

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2012-2013

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du mercredi 24 juillet 2013

(11^e jour de séance de la session)



www.senat.fr



7771051 308904

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. DIDIER GUILLAUME

Secrétaire :
M. Jean-François Humbert.

1. **Procès-verbal** (p. 7622)
 2. **Publication du rapport d'une commission d'enquête** (p. 7622)
 3. **Réseaux de soins.** – Adoption d'un projet de loi dans le texte de la commission (p. 7622)
- Discussion générale : Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé ; M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales.
- M. Alain Milon, Mme Laurence Cohen, MM. Gérard Roche, Robert Tropeano, Mme Aline Archimbaud, M. Jean-François Husson, Mmes Jacqueline Alquier, Catherine Génisson, M. René Teulade, Mme Patricia Schillinger.
- Clôture de la discussion générale.
- Article 1^{er} (p. 7636)
- Mme Laurence Cohen, M. Philippe Bas.
- MM. René-Paul Savary, Jean-François Husson.
- Adoption, par scrutin public, de l'article.
- Article 2 (p. 7639)
- Mme Jacqueline Alquier, M. Dominique Watrin.
- Amendement n° 5 rectifié de M. Alain Milon. – M. Alain Milon.
- Amendement n° 13 rectifié de Mme Catherine Procaccia. – Mme Catherine Procaccia.
- Amendement n° 10 rectifié de M. Gilbert Barbier. – M. Jean-Claude Requier.
- Amendement n° 2 de M. Gérard Roche. – M. Jean-Marie Vanlerenberghe.
- Amendement n° 18 de la commission et sous-amendement n° 19 de M. Gérard Roche. – MM. le rapporteur général, Gérard Roche, Mme Marisol Touraine, ministre. – La priorité est ordonnée pour l'amendement et le sous-amendement.
- Amendement n° 4 de M. Gérard Roche. – M. Jean-Marie Vanlerenberghe.
- Amendement n° 11 rectifié de M. Gilbert Barbier. – M. Jean-Claude Requier.

Amendement n° 1 de M. Gérard Roche. – Retrait.

Amendement n° 14 rectifié *bis* de Mme Catherine Procaccia. – Mme Catherine Procaccia.

M. le rapporteur général, Mme Marisol Touraine, ministre ; MM. Jean-Noël Cardoux, Jean-Marie Vanlerenberghe, Mme Isabelle Debré, MM. René-Paul Savary, Alain Milon, Jean-François Husson, Mme Catherine Deroche, MM. Marc Laméni, Gérard Roche.

M. le rapporteur général, Mme Marisol Touraine, ministre. – Adoption, par deux scrutins publics, du sous-amendement n° 19 et de l'amendement n° 18 modifié, l'amendement n° 5 rectifié devenant sans objet.

Retrait des amendements n°s 13 rectifié et 10 rectifié.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, Mme Marisol Touraine, ministre. – Retrait des amendements n°s 2 et 4.

Rejet des amendements n°s 11 rectifié et 14 rectifié *bis*.

Amendement n° 6 rectifié de M. Alain Milon. – M. René-Paul Savary.

Amendement n° 3 de M. Gérard Roche. – M. Jean-Marie Vanlerenberghe.

M. le rapporteur général ; Mme Marisol Touraine, ministre ; MM. Jean-Noël Cardoux, Gérard Roche, Jean-Marie Vanlerenberghe. – Rejet des amendements n°s 6 rectifié et 3.

Amendement n° 12 rectifié de M. Gilbert Barbier. – MM. Jean-Claude Requier, le rapporteur général, Mme Marisol Touraine, ministre. – Retrait.

Amendement n° 15 rectifié de Mme Catherine Procaccia. – Mme Catherine Procaccia, M. le rapporteur général, Mme Marisol Touraine, ministre. – Rejet.

Amendement n° 16 rectifié de Mme Catherine Procaccia. – Mme Catherine Procaccia, M. le rapporteur général, Mme Marisol Touraine, ministre. – Rejet.

Adoption de l'article modifié.

Article 3 (p. 7656)

Amendement n° 7 de M. Alain Milon. – Mme Catherine Procaccia, M. le rapporteur général, Mme Marisol Touraine, ministre. – Rejet.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe.

Adoption de l'article.

Vote sur l'ensemble (p. 7657)

Mmes Jacqueline Alquier, Laurence Cohen, M. Gérard Roche.

Adoption, par scrutin public, de la proposition de loi dans le texte de la commission, modifié.

M. le rapporteur général, Mme Marisol Touraine, ministre.

4. Engagement de la procédure accélérée pour l'examen d'un projet de loi (p. 7659)

Suspension et reprise de la séance (p. 7659)

PRÉSIDENTE DE M. JEAN- LÉONCE DUPONT

5. Conférence des présidents (p. 7659)

6. Règlement du budget et approbation des comptes de l'année 2012. – Rejet en nouvelle lecture d'un projet de loi (p. 7659)

Discussion générale : MM. Bernard Cazeneuve, ministre délégué chargé du budget ; François Marc, rapporteur général de la commission des finances.

Mme Marie-France Beaufiglioli, MM. Jean-Claude Requier, André Gattolin, Philippe Dallier.

Clôture de la discussion générale.

Article liminaire et articles 1^{er} à 9. – Adoption. (p. 7667)

Vote sur l'ensemble (p. 7694)

Mme Michèle André, MM. François Marc, rapporteur général, Philippe Dallier.

Rejet, par scrutin public, de l'ensemble du projet de loi.

7. Ordre du jour (p. 7695)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. DIDIER GUILLAUME

vice-président

Secrétaire :

M. Jean-François Humbert.

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à quatorze heures trente.)

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

PUBLICATION DU RAPPORT D'UNE COMMISSION D'ENQUÊTE

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

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

3

RÉSEAUX DE SOINS

ADOPTION D'UN PROJET DE LOI DANS LE TEXTE DE LA COMMISSION

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels de santé (proposition n° 172, texte de la commission n° 776, rapport n° 775).

Dans la discussion générale, la parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, *ministre des affaires sociales et de la santé*. Monsieur le président, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur général, mesdames, messieurs les sénateurs, c'est peu dire que le texte dont nous allons débattre aujourd'hui a d'ores et déjà suscité de nombreux débats et fait couler beaucoup d'encre.

Mme Isabelle Debré. Ah oui!

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Il s'agit en effet d'une proposition de loi importante pour ce qui concerne le champ d'intervention des complémentaires santé.

La discussion de ce texte intervient dans un contexte particulièrement opportun, puisque le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, le HCAAM, a adopté, il y a quelques jours, un rapport concernant l'évolution des complémentaires santé. Ces débats sont utiles, et même nécessaires, car ils doivent nous permettre – je le dis très clairement – de progresser encore sur le sujet majeur de l'accès aux soins de l'ensemble de nos concitoyens. C'est bien dans cette perspective que s'inscrit le Gouvernement.

Je veux souligner que cette proposition de loi diffère profondément de celle qui avait été présentée par M. Fourcade et dont le Sénat avait débattu. Dans le texte qu'ils ont élaboré à l'automne dernier, les députés ont souhaité clarifier le champ et les modalités d'intervention des réseaux de soins. Je tiens à saluer le travail approfondi réalisé par la commission des affaires sociales du Sénat, et tout particulièrement par son rapporteur général.

L'objectif de la proposition de loi est clair: je l'ai dit, il s'agit de renforcer l'accès aux soins de nos concitoyens, tout en limitant le montant qui reste à leur charge. L'accès de tous à des soins de qualité est une priorité. Cela implique d'abord de conforter l'assurance maladie obligatoire, qui est évidemment le socle fondamental et le pilier de notre système de protection sociale en matière de santé. Le fait que nous nous penchions aujourd'hui sur les conditions d'accès aux complémentaires santé et sur les modalités de contractualisation ne doit pas faire oublier que la clé de voûte de notre système est l'assurance maladie obligatoire. Il n'y a pas de contradiction entre les deux.

L'assurance maladie obligatoire se fonde sur un principe de solidarité entre les bien portants et les malades. Elle constitue ainsi un puissant facteur de réduction des inégalités. Pour autant, notre système de solidarité ne s'est jamais traduit par une prise en charge complète des soins. C'est dans ce contexte, et pour cette raison, qu'il nous revient de préciser la place des complémentaires santé. Celles-ci remboursent aujourd'hui près de 14 % des dépenses de santé, ce qui représentait près de 25 milliards d'euros en 2011.

Comme l'a souligné le HCAAM dans son avis du 11 juillet dernier, la couverture complémentaire de santé apparaît désormais comme un élément essentiel de l'accès aux soins, et notamment, mais pas uniquement, pour les dépenses qui sont moins bien remboursées par l'assurance maladie.

Aujourd'hui, un certain nombre de nos concitoyens renoncent à se soigner, faute de complémentaire ou de couverture complémentaire de niveau suffisant. C'est le cas en particulier pour certains soins courants : en matière d'optique, par exemple, l'assurance maladie ne prend en charge que 4 % de la dépense totale des ménages.

Malgré la mise en place de la couverture maladie universelle complémentaire, la CMU-C, dont le seuil – je veux le rappeler – a été relevé le 1^{er} juillet dernier, 2,5 millions de personnes ne sont pas couvertes par une complémentaire. C'est pourquoi le Président de la République s'est fixé comme objectif « à l'horizon 2017 la généralisation de l'accès à une couverture complémentaire de qualité ».

Une première étape a été franchie avec la signature de l'accord national interprofessionnel, l'ANI, qui permettra à tous les salariés de bénéficier d'une couverture complémentaire dès que les conditions de sa mise en œuvre dans l'ensemble des branches seront réunies, c'est-à-dire au plus tard en 2016.

Il faut maintenant parvenir à généraliser les complémentaires au-delà du seul monde du travail, mais aussi réussir à mieux maîtriser les conditions de la mise en place des complémentaires. Pour les soins qui sont remboursés de façon privilégiée par les complémentaires santé, cela implique de développer des dispositifs de régulation adaptés. Les réseaux peuvent contribuer à cet effort de régulation. Ils permettent en effet aux adhérents des complémentaires santé de se soigner avec un reste à charge moins élevé.

Aujourd'hui, l'ensemble des complémentaires ne disposent pas des mêmes possibilités puisque, sur le plan juridique, elles n'ont pas toutes le droit de mettre en place des réseaux. C'est pourquoi le premier objectif de cette proposition de loi est de placer l'ensemble des complémentaires sur un pied d'égalité.

Les entreprises d'assurance et les institutions de prévoyance ont la possibilité de conventionner sans restriction. À l'inverse, les organismes régis par le code de la mutualité ne peuvent pas proposer à leurs adhérents des contrats intégrant ce type de dispositions. Il faut donc que la loi permette à l'ensemble des complémentaires de disposer des mêmes outils de régulation. En effet, il ne serait pas compréhensible que seules les mutuelles ne puissent pas recourir aux outils de régulation que constituent les réseaux de soins.

Cependant, pour pouvoir se développer, ces réseaux doivent être encadrés. Le travail réalisé par l'Assemblée nationale a permis de définir les principes et les règles qui doivent régir leur fonctionnement. Ces principes ont été précisés par la commission des affaires sociales du Sénat.

Le premier principe est le libre choix du patient. Il est au cœur du modèle de santé français. Nos concitoyens y sont profondément attachés, et il n'est évidemment pas envisageable de le remettre en cause.

Le deuxième principe est l'instauration de règles claires en matière de conventionnement. De telles règles font encore défaut aujourd'hui. Les conventionnements devront reposer sur des critères objectifs, transparents et non discriminatoires. J'insiste, pour ma part, sur la transparence, car elle constitue un point clé de la légitimité des conventionnements. La transparence doit bénéficier à tous : aux professionnels, aux complémentaires et aux patients.

Les conventionnements ne pourront pas comporter de clause d'exclusivité. Il ne serait pas acceptable qu'un professionnel ne puisse conventionner qu'avec un seul réseau, car cela ne correspondrait pas aux besoins de la population. Un professionnel doit pouvoir prendre en charge l'ensemble des patients, en fonction des besoins de santé qu'ils expriment.

L'Autorité de la concurrence a déjà eu l'occasion de rappeler ces principes de transparence, d'objectivité et de non-discrimination : ils seront désormais inscrits dans la loi et deviendront donc opposables. C'est l'objet de l'article 2 de la proposition de loi.

Enfin, le troisième principe est le droit à l'information. L'organisme assureur devra veiller à ce que ses adhérents soient pleinement éclairés sur l'existence d'un conventionnement, sur ses caractéristiques ou encore sur les garanties de remboursement. Ce principe de transparence devra s'appliquer avant la conclusion du contrat et tout au long de son exécution. Le rapport annuel prévu par l'article 3 de la proposition de loi contribuera, lui aussi, à cette exigence de transparence.

La commission des affaires sociales du Sénat a souhaité préciser ces principes en rappelant que chaque professionnel devait à ses patients les mêmes modalités de délivrance des prestations de soins. De la sorte, le texte adopté par la commission rappelle le principe fondamental d'égal accès aux soins édicté par le code de la santé publique. Votre rapporteur général a cependant déposé un amendement visant à mentionner explicitement ce principe dans la proposition de loi.

Même si ce n'est pas nécessaire sur un plan strictement juridique – ce principe fondamental du droit de la santé figure déjà, je viens de le dire, dans le code de la santé publique –, cet amendement permettra de clarifier le sens du texte adopté en commission. Le Gouvernement y sera donc favorable.

La commission a également soulevé la question de l'existence du *numerus clausus* dans ces réseaux : le texte qu'elle a adopté tend ainsi à prévoir que tous les professionnels pourront conventionner avec les complémentaires santé dès lors qu'ils en respectent le cahier des charges, sauf pour l'optique, où des réseaux fermés peuvent être autorisés.

Cette question est complexe, car l'enjeu n'est pas tant de savoir si un réseau est ouvert ou fermé que de s'assurer que chaque adhérent peut accéder à des professionnels conventionnés à proximité de son lieu de vie. C'est notamment le cas – je sais d'ailleurs que nombre d'entre vous y sont particulièrement sensibles – dans les zones rurales.

Or il ne faudrait pas que, pour des raisons de densité de professionnels médicaux, la constitution de réseaux soit favorisée dans les secteurs urbains, au détriment des secteurs ruraux. Je souhaite que nos débats nous permettent d'approfondir ce point, car, je le répète, le fait d'opposer réseaux ouverts et réseaux fermés ne répond pas à cet enjeu.

Par ailleurs, je tiens à souligner qu'il nous appartient collectivement de veiller au respect des principes constitutionnels, en particulier celui de la liberté contractuelle, qui pourrait être remise en cause par l'interdiction de certaines formes de contractualisation. Prévoir dans la loi une interdiction des réseaux fermés pourrait être considéré comme une atteinte à

ce principe constitutionnel. En outre, la souplesse des réseaux peut être essentielle pour faire face aux évolutions de notre système de soins et aux réalités du terrain.

Enfin, il s'agit de préciser le champ d'intervention de ces réseaux de soins, sujet qui a suscité de nombreux débats et de grandes inquiétudes. Comme l'a exprimé le HCAAM dans un avis récent, ces réseaux trouvent tout leur sens pour les soins dont les tarifs ne sont pas aujourd'hui suffisamment encadrés et pour lesquels la prise en charge par l'assurance maladie est limitée. C'est par exemple le cas des soins prothétiques dentaires, mais cela concerne aussi une large part des dispositifs médicaux, au premier rang desquels figurent l'optique et l'audioprothèse.

Néanmoins, soyons clairs : les tarifs de ces soins, fixés par voie conventionnelle entre les syndicats et l'assurance maladie, n'ont pas vocation à être régulés, et ne peuvent l'être, dans le cadre des réseaux, puisque la liberté tarifaire n'existe pas pour ces soins. Je pense en particulier aux soins paramédicaux.

L'examen par l'Assemblée nationale a également permis de préciser que les tarifs des actes médicaux ne pouvaient être encadrés par de tels réseaux : en effet, l'avenant n° 8 a fixé un cadre pour réguler les dépassements d'honoraires, comme le souhaitait fermement le Gouvernement.

La commission des affaires sociales du Sénat a complété ces mesures en précisant que ces actes médicaux ne pouvaient pas, dès lors, donner lieu à des remboursements différenciés dans le cadre de ces réseaux. Je veux le dire ici de façon très claire, c'est bien dans cet esprit que l'Assemblée nationale avait adopté ces dispositions. Pour les députés, il s'agissait de la conséquence logique de la rédaction qu'ils avaient adoptée. Néanmoins, il vous a paru utile de préciser ce point dans le texte que vous avez voté en commission. C'est sans doute une bonne chose que cette ambiguïté ait été dissipée.

Par ailleurs, la commission a souhaité expliciter et restreindre le champ des professions pour lesquelles les réseaux de soins peuvent comporter des stipulations tarifaires. Le texte adopté limite, en effet, l'encadrement des tarifs pour les actes remboursés par l'assurance maladie aux seuls professionnels pour lesquels les complémentaires sont majoritaires dans le financement, c'est-à-dire les opticiens, les audioprothésistes et les chirurgiens-dentistes. Nous pouvons en discuter, mais vous avez souhaité poser ce point de départ. De mon point de vue, si les complémentaires ont, à l'évidence, un rôle majeur à jouer là où l'assurance maladie propose actuellement un remboursement inférieur à 50 %, on ne peut pas déterminer la part que doivent prendre les complémentaires en fonction de ce qu'est aujourd'hui...

M. Jean-François Husson. Oui, aujourd'hui!

Mme Marisol Touraine, ministre. ... leur part de remboursement. Cependant, on peut considérer qu'elles ont aussi un rôle de régulation à jouer dans des secteurs pour lesquels l'assurance maladie intervient de façon majoritaire. Je voulais apporter cette nuance entre mon appréciation et la vôtre, mais, en tout cas, je note qu'une proposition a été avancée.

Mesdames, messieurs les sénateurs, ce texte contribuera directement à l'objectif de régulation de notre système de santé, puisque son adoption permettra de donner un cadre clair et transparent aux réseaux de soins.

La première des priorités, que nous partageons tous, c'est l'intérêt des patients. Nous devons donc tout mettre en œuvre pour garantir à chacun le bénéfice de soins de qualité, et ce au meilleur coût. Nous devons donc faire en sorte de réduire les montants qui restent à la charge des patients.

Telles sont les raisons pour lesquelles le Gouvernement souhaite que cette proposition de loi soit adoptée. En renouvelant mes remerciements à l'ensemble de la commission des affaires sociales, et plus précisément à M. le rapporteur général, je réaffirme la disponibilité du Gouvernement pour faire avancer la discussion de ce texte, dans le respect des principes que je viens de rappeler. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste, du groupe écologiste, ainsi que sur certaines travées du RDSE et de l'UDI-UC.*)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, mes chers collègues, les ordonnances ayant créé la sécurité sociale en 1945 ont fixé un principe toujours d'actualité : la participation des patients à leurs propres dépenses de santé. C'est pour financer et mutualiser ce reste à charge que les organismes complémentaires d'assurance maladie, les OCAM, se sont développés. Aujourd'hui, ils versent environ 26 milliards d'euros de prestations – nous avons là une petite nuance d'appréciation avec Mme la ministre! –, ce qui représente 13,7 % des dépenses de santé, tandis que la sécurité sociale continue d'en couvrir plus de 75 %.

Depuis 1945, la logique d'un complément permettant de couvrir les 20 % de ticket modérateur de l'époque et d'atteindre 100 % du tarif de la sécurité sociale constitue le fondement du développement des OCAM.

Or cette logique est dépassée dès lors que les remboursements de l'assurance maladie sont très faibles et que les prix sont libres, ce qui est le cas en optique, dans l'audioprothèse et pour les soins dentaires prothétiques, trois secteurs pour lesquels les remboursements des organismes complémentaires sont tout à la fois élevés et complètement déconnectés des tarifs de la sécurité sociale. Comme j'ai évoqué plus en détail ces secteurs dans mon rapport écrit, je n'y reviens donc pas.

En outre, malgré l'intervention des organismes complémentaires, les restes à charge – plusieurs centaines d'euros – sont lourds à supporter pour les patients. Qui plus est, la faculté des assurés de comparer et d'évaluer les offres qui leur sont faites est très réduite. Autant notre capacité à choisir une monture de lunettes est évidente, autant celle à sélectionner un type de verres est minime.

La dissymétrie entre l'information du patient et celle du professionnel est très élevée, alors même que les coûts sont peu transparents, puisque les prix d'achat des équipements et biens ne sont pas connus de l'assuré, et que le prix final varie sensiblement selon les produits, y compris dans une même gamme.

Dans ces conditions – liberté des prix et opacité de la formation de ces derniers –, comment accepter que les OCAM n'aient aucune marge de manœuvre et restent uniquement des financeurs aveugles? Une telle voie serait tout bonnement irresponsable du point de vue des assurés eux-mêmes, lesquels sont amenés à payer *in fine* les cotisations.

Ainsi, il ne serait ni vertueux ni sain de restreindre les options que peuvent choisir les organismes complémentaires, à savoir soit l'augmentation des cotisations, soit la diminution des garanties contractuelles.

C'est pour l'ensemble de ces raisons que les OCAM ont mis en œuvre différents outils que l'on appelle parfois, dans le jargon de la sécurité sociale, « de gestion du risque ». Ces outils ont plusieurs finalités : mieux maîtriser l'évolution de la dépense et diminuer le reste à charge, mais aussi contrôler la qualité de la prestation, ainsi que conseiller et orienter les adhérents.

Ce qui est généralement appelé un réseau de soins constitue l'un de ces outils. Constitué au travers d'un contrat passé avec un professionnel ou un établissement de santé, et il repose sur deux instruments principaux, qui peuvent être utilisés simultanément : la négociation de tarifs plus avantageux et un meilleur remboursement pour l'adhérent quand il consulte à l'intérieur du réseau.

L'ensemble des études et rapports disponibles militent pour le développement des réseaux de soins. Pas plus tard que la semaine dernière, comme vous l'avez rappelé, madame la ministre, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a pris position en faveur du développement de ces réseaux dans le cadre du rapport demandé par le Gouvernement sur les organismes complémentaires.

Venons-en maintenant aux dispositions de la proposition de loi.

L'article 1^{er} tend à placer les mutuelles sur un pied d'égalité avec les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance. Le code de la mutualité n'autorise les mutuelles à instaurer des différences dans le niveau des prestations qu'elles servent à leurs adhérents qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés. En mars 2010, la Cour de cassation a interprété strictement cette disposition, ce qui empêche les mutuelles de rembourser différemment un adhérent selon qu'il consulte au sein du réseau ou non.

Or rien dans le code des assurances ou dans le code de la sécurité sociale n'interdit cette possibilité aux assurances et aux instituts de prévoyance. Il existe donc une rupture d'égalité entre les familles de complémentaires qui ne se justifie aucunement, puisque l'ensemble des OCAM sont en concurrence. Après un débat fourni, la commission a approuvé l'article 1^{er} de la proposition de loi sans modification.

L'article 2 est essentiel : il tend à poser les bases d'un encadrement du fonctionnement des réseaux de soins. Ajouté lors des débats à l'Assemblée nationale, cet article vise à fixer les principes que doivent respecter les conventions entre les OCAM, quels qu'ils soient, et les professionnels ou établissements de santé. Je les rappelle ici : libre choix du professionnel ou de l'établissement par le patient ; critères objectifs, transparents et non discriminatoires pour l'adhésion du professionnel ou de l'établissement à la convention ; absence de clause d'exclusivité.

L'Assemblée nationale a également ajouté que les conventions avec les médecins ne pouvaient pas inclure de stipulations tarifaires relatives aux actes et prestations de la sécurité sociale, ce qui couvre les honoraires et les autres rémunérations découlant de la classification commune des actes médicaux, de la nomenclature générale des actes professionnels ou des conventions négociées avec l'assurance maladie.

Les OCAM devront fournir une information complète à leurs assurés sur l'existence d'un conventionnement, ses caractéristiques et son impact sur leurs droits.

Enfin, l'ensemble de ces règles s'appliqueront non seulement aux nouvelles conventions, mais aussi à celles qui seront simplement renouvelées.

Durant l'examen de cette proposition de loi, j'ai souhaité trouver un équilibre entre des objectifs et des contraintes qui peuvent parfois apparaître comme contradictoires. Je m'étais fixé une ligne de conduite : créer les conditions d'une diminution du reste à charge des patients.

Aujourd'hui, il n'existe aucun encadrement des réseaux de soins : les OCAM peuvent proposer à tous les professionnels, y compris les médecins, des contrats portant sur n'importe quelle question.

Rejeter la proposition de loi revient à accepter que prévale une liberté contractuelle totale entre les OCAM et les professionnels. Je crois au contraire qu'il relève de l'intérêt général et de notre responsabilité de poser les principes que doivent respecter les réseaux dans leur fonctionnement. Pour éviter les éventuelles dérives que certains mettent en avant aujourd'hui, il faut légiférer : c'est ce que permet cette proposition de loi.

Parallèlement, si nous imposons trop de contraintes, nous encourageons le risque d'une censure par le Conseil constitutionnel : dans sa décision relative au projet de loi relatif à la sécurisation de l'emploi, le Conseil a érigé les principes de la liberté d'entreprendre et de la liberté contractuelle à un niveau inattendu, justement au sujet des complémentaires santé.

Au-delà de l'argument constitutionnel, il ne me semble pas illégitime, je le répète, qu'un organisme complémentaire puisse maîtriser un tant soit peu des dépenses financées par les cotisations de ses adhérents, mais dans un cadre prudentiel respectueux des libertés de chacune et de chacun.

Telles sont les lignes de force qui ont guidé les travaux de la commission. Celle-ci a modifié le texte de l'Assemblée nationale sur trois points substantiels.

Tout d'abord, la commission a souhaité préciser le champ des professionnels concernés et l'étendue du conventionnement. Elle a préservé la possibilité pour les OCAM de conclure des conventions avec l'ensemble des professionnels et établissements de santé. En effet, ces conventions sont d'abord un outil dans la lutte contre les restes à charge. Qui plus est, certaines d'entre elles peuvent porter sur des sujets tout à fait consensuels et importants pour nos concitoyens, par exemple le tiers payant.

Cependant, tous les professionnels ne se situent pas sur le même plan du point de vue de l'assurance maladie : la plupart d'entre eux relèvent de conventions nationales, qui jouent encore un rôle moteur et prédominant dans la régulation du système de santé, qu'il s'agisse des médecins, des infirmiers, des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes, pour ne citer que ces exemples ; pour d'autres, les dépenses de l'assurance maladie sont aujourd'hui minoritaires et, parfois, aucune convention nationale n'est en vigueur.

Plutôt que de désigner uniquement les médecins, sans critère objectif particulier, nous avons décidé que, lorsque les dépenses de l'assurance maladie sont majoritaires, des

conventions peuvent exister, mais ne peuvent pas porter sur des stipulations tarifaires liées aux actes et prestations fixés par l'assurance maladie.

Nous avons, en outre, précisé la rédaction de l'Assemblée nationale en ce qui concerne les médecins. Cette profession est la seule, avec celle des chirurgiens-dentistes, à pouvoir pratiquer, dans certaines conditions, des honoraires libres. Alors que le Gouvernement et l'assurance maladie ont engagé des travaux pour lutter contre ces dépassements – je pense en particulier à l'avenant n° 8 qui se met lentement en place –, nous avons privilégié cette voie et prévu que les conventions des organismes complémentaires ne pourront pas avoir pour effet de moduler les remboursements selon que le patient consulte dans un réseau ou non. Cette question ne se pose pas pour les autres professions – infirmières, sages-femmes masseurs-kinésithérapeutes, etc. –, puisqu'elles sont contraintes et ne peuvent dépasser les tarifs fixés par la sécurité sociale. Nous restons donc bien dans la logique de « complément » que j'évoquais au début de mon intervention.

Le deuxième sujet concerne les réseaux ouverts ou fermés. La démographie des chirurgiens-dentistes et des audioprothésistes est en pratique limitée soit par un *numerus clausus* explicite, soit par un nombre de places restreint en école. En outre, il ne semble pas qu'un risque de surpopulation soit établi dans ces deux secteurs à l'avenir. C'est pourquoi nous avons estimé qu'un réseau fermé n'y est pas nécessaire ; en pratique, il n'en existe d'ailleurs pas.

En revanche, la situation démographique des opticiens-lunetiers est plus préoccupante : chaque année, environ 2 000 nouveaux diplômés sortent des écoles et le nombre total de professionnels a déjà crû de 53 % depuis 2005 ! En l'état, ce rythme est insoutenable pour la profession qui va elle-même se retrouver dans de grandes difficultés. Un réseau fermé peut donc se justifier dans l'optique, pour des raisons démographiques. Pour accepter de modérer leurs tarifs, les opticiens doivent avoir l'espérance de recevoir un nombre significatif d'assurés, ce que seul un réseau fermé permet.

La commission a donc décidé d'interdire les réseaux fermés, sauf en optique : ce dernier secteur connaît une situation tout à fait particulière par rapport à celle des autres professions, ce qui justifie une mesure spécifique.

Enfin, nous avons inscrit un principe complémentaire à ceux qui ont déjà été posés par l'Assemblée nationale : les conventions ne pourront pas avoir pour effet d'introduire des différences dans les modalités de délivrance des soins, ce qui interdit une éventuelle discrimination selon que le patient bénéficie ou non de tel ou tel réseau. Je vous proposerai d'améliorer la rédaction du texte de la commission sur ce point.

En conclusion, mes chers collègues, si nous devons répondre à l'urgence consistant à placer sur un pied d'égalité les trois familles de complémentaires, nous devons aussi poser les bases d'un encadrement des réseaux de soins, encadrement aujourd'hui totalement inexistant. La commission vous propose d'adopter la proposition de loi dans la rédaction résultant de ses travaux, tout en espérant que l'Assemblée nationale pourra alors l'approuver dans des termes identiques. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe écologiste.*)

M. le président. La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur général, mes chers collègues, la proposition de loi que nous examinons aujourd'hui définit les principes de fonctionnement des réseaux de soins constitués par les organismes complémentaires en santé, mutuelles, assureurs ou institutions de prévoyance. Ce sujet a fait l'objet de longs débats au sein de notre Haute Assemblée en 2011.

La proposition de loi déposée par M. Le Roux reprend, en effet, une des dispositions de la loi du 10 août 2011, dite loi Fourcade, modifiant la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. À l'époque, cette mesure avait été insérée par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, afin de donner la possibilité aux mutuelles de mieux rembourser leurs adhérents, lorsque ces derniers faisaient appel à un prestataire de santé membre d'un réseau de soins avec lequel elles avaient conclu un contrat.

Après sa suppression par le Sénat, sur l'initiative de plusieurs membres de la commission des affaires sociales – et pas uniquement de son rapporteur ! –, un compromis avait été trouvé lors de la commission mixte paritaire, consistant en une expérimentation très encadrée d'une durée de trois ans. L'article correspondant avait finalement été censuré par le Conseil constitutionnel, qui l'avait considéré comme un cavalier législatif.

Permettez-moi, mes chers collègues, de revenir quelques instants sur la méthode employée.

Tout d'abord, j'observe que cette proposition de loi présentée par le président du groupe socialiste de l'Assemblée nationale ne devait pas être une priorité pour le groupe socialiste du Sénat, puisqu'il ne l'a jamais inscrite dans la moindre de ses « niches parlementaires » depuis son adoption par l'Assemblée nationale, le 28 novembre 2012 !

Quelle urgence y avait-il à examiner ce texte en fin de session extraordinaire, un 24 juillet ? Est-ce une réponse à certaines mutuelles pour qu'elles finissent par accepter l'ANI ? Je vous rappelle que la généralisation de la complémentaire santé au sein de chaque entreprise a mis en émoi de nombreux intervenants de l'économie de l'assurance santé. Plusieurs d'entre eux avaient parlé de milliers d'emplois supprimés et de la liquidation de plusieurs mutuelles.

En ce qui concerne la procédure, je tiens à rappeler que l'obligation de procéder à une étude d'impact existant pour les projets de loi ne s'applique pas aux propositions de loi. En outre, sur un sujet aussi important, il aurait été utile, avant que le Parlement ne se prononce, de solliciter le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie afin d'obtenir un éclairage précis sur la prise en charge par les organismes complémentaires d'assurance maladie du reste à charge.

J'en viens au fond : alors que j'étais rapporteur de la loi Fourcade, j'avais rappelé qu'offrir un meilleur remboursement aux adhérents qui se font soigner par un professionnel conventionné par un réseau de soins s'inscrit non pas dans le cadre du conventionnement de ce dernier, mais bien dans celui des relations entre les adhérents et les mutuelles. À ce jour, je reste convaincu qu'une modulation de la prise en charge des prestations, selon que le patient choisit ou non de recourir à un professionnel de santé membre d'un réseau, va à l'encontre des principes de notre système de santé, fondé notamment sur l'équité et le libre choix du patient, et ne résout pas nécessairement la problématique du reste à charge.

Les mutuelles appellent de leurs vœux cette pratique qui leur est interdite par le code de la mutualité, à la différence des autres organismes complémentaires d'assurance maladie. À la suite de deux récents arrêts de la Cour de cassation, qui leur a rappelé cette interdiction, elles veulent une modification législative pour rétablir, disent-elles, l'égalité de la concurrence. Or, dans l'un de ses jugements, la Cour de cassation souligne que les plaignants « n'avaient pas de choix libre entre un orthodontiste non conventionné à leur porte et un conventionné à 45 kilomètres ». La mise en place de ces réseaux ne règle donc en rien le problème des déserts médicaux et pourrait même l'aggraver !

Cette proposition de loi vise, en réalité, à étendre une pratique déjà développée. Sans doute est-ce le signe d'une perte de pouvoir : de plus en plus souvent, le politique court après l'existant et cherche à trouver des solutions après coup, voire à se poser les questions une fois la législation en place.

M. Jean-Noël Cardoux. Très juste !

M. Alain Milon. Nous l'avons tous fait et nous le faisons tous !

Les questions que nous pouvons légitimement nous poser sont les suivantes : comment ce conventionnement fonctionne-t-il ? Avec quels résultats ? Quels sont exactement le rôle et la nature des réseaux de soins ? Quelles sont les exigences de qualité imposées aux contractants et comment leur respect peut-il être contrôlé ? N'y a-t-il pas un risque de favoriser le *low cost* ? Nous n'avons aucune réponse à toutes ces questions ; de ce fait, nous pensons qu'une réflexion globale sur ces réseaux est nécessaire avant toute évolution de la loi.

Cette proposition de loi, même amendée par le rapporteur général, dont nous pouvons approuver l'analyse, ne nous satisfait pas sur plusieurs points.

Avec des réseaux de soins, les cotisants qui s'adressent à des praticiens hors réseau n'auront plus droit aux mêmes remboursements que ceux qui consultent dans le réseau. Cette inégalité n'est pas acceptable à nos yeux : introduire une différence de remboursement conduit inévitablement à une rupture d'égalité entre les Français face à l'accès aux soins.

Ce texte remet en cause un principe essentiel : à cotisations égales, remboursements et prestations égaux. Il met donc en péril le principe même de la liberté de choix du patient. L'inscription d'une mention garantissant la liberté de choix n'est malheureusement pas une assurance dans la pratique. Certes, le patient aura toujours le choix : celui d'être remboursé ou de ne pas l'être !

En outre, le conventionnement et la constitution de réseaux représenteront un coût non négligeable, poussant inéluctablement à la concentration qui se fera au détriment des petites mutuelles, et donc du pluralisme mutualiste.

Enfin, organiser l'offre de soins en réseaux mutualistes risque de contribuer à accentuer la désertification médicale de certaines zones, les réseaux en question ayant tendance à se concentrer dans les centres urbains. Le texte de la commission exclut les médecins, mais *quid* des autres professionnels de santé ?

Nous avons donc déposé des amendements pour améliorer ce texte.

En premier lieu, nous pensons que l'État doit prendre ses responsabilités pour veiller aux conditions de négociation de ces conventionnements, pour définir les principes qui doivent les régir et pour en assurer la transparence et l'harmonisation. C'est pourquoi nous proposons qu'un décret en Conseil d'État, pris en concertation avec les professionnels concernés, fixe les règles de conventionnement.

En outre, nous sommes opposés aux réseaux fermés. Formons-nous trop d'opticiens ? Dans les années quatre-vingt, alors que l'on craignait une explosion du nombre de médecins, un *numerus clausus* avait été mis en place : aujourd'hui, on déplore une pénurie ! Il appartient au législateur de trouver une solution pour financer l'ensemble des soins dus à l'ensemble de la population, plutôt que de laisser le champ libre aux uns et aux autres.

Je l'ai souvent dit, mais je veux le rappeler : il y a une trentaine d'années, nous parlions de centrales d'achat et nous constatons aujourd'hui la disparition des petits commerces, des agriculteurs, etc.

Ces réseaux me font penser, avec le recul du temps, à l'installation de ces centrales d'achat ! Ce sont eux qui dicteront le prix. Nous avons commis l'erreur de croire que ce système ferait baisser les prix. Or si un OCAM dirige l'ensemble, il imposera ses vues et ses tarifs.

La mise en place d'un *numerus clausus* est de nature à générer des difficultés d'accès aux soins par un système de captation des patients et des professionnels de santé sur le territoire. Il est important, à nos yeux, de faire respecter le caractère ouvert de ces réseaux et le principe du libre choix du professionnel et de l'assuré. Surtout, il nous paraît choquant de mettre une seule et unique profession dans les réseaux fermés. Comment pouvons-nous accepter que des organismes privés fixent un *numerus clausus* ?

Enfin, le texte de la commission exclut expressément les médecins des remboursements modulés. Pourquoi ne pas exclure toutes les professions de santé ? En l'état actuel du texte, nous craignons que les professions de santé ne soient de plus en plus contrôlées, évaluées et, finalement, régies par les OCAM.

Vous l'aurez compris, le sort réservé à nos amendements conditionnera notre vote. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, portant sur un sujet dont nous sommes familiers depuis la loi Fourcade, la proposition de loi dont nous débattons aujourd'hui suscite un débat toujours aussi passionné, sans doute en partie du fait d'un *lobbying* soutenu !

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

Mme Sophie Primas. Cela suffit !

Mme Laurence Cohen. De quoi s'agit-il au juste ? En effet, ce texte a non pas pour objet de créer des réseaux de soins mutualistes, puisqu'ils existent déjà, mais de leur permettre de déroger à une règle majeure du code de la mutualité, laquelle interdit, à ce jour, aux mutuelles de procéder à des remboursements différenciés autres que ceux autorisés en fonction de la nature du contrat souscrit et de la situation de famille des adhérents.

Or les autres opérateurs complémentaires que sont les assurances privées et les instituts de prévoyance pratiquent déjà de tels remboursements différenciés. La Mutualité française a donc fait valoir que cette situation générerait une concurrence déloyale, préjudiciable aux mutuelles.

Progressivement, depuis 1992, sous l'impulsion de textes réglementaires, législatifs et communautaires, les règles applicables aux mutuelles et aux assurances privées commerciales tendent à s'uniformiser, ce qui a malheureusement des conséquences négatives pour les œuvres sociales des mutuelles. Qu'il s'agisse de la séparation des deux livres, de l'application de la taxe spéciale sur les contrats d'assurance, de l'assujettissement des mutuelles à l'impôt sur les sociétés ou de l'application des règles prudentielles figurant dans les plans Solvabilité I et II, tout converge vers une assimilation totale des mutuelles aux assurances privées commerciales. Au point que, en 2004, la loi relative à l'assurance maladie a créé l'Union nationale des organismes d'assurance maladie, l'UNOCAM, comme si tous les acteurs la composant avaient un intérêt commun à agir...

Or l'intérêt des assurances privées commerciales, comme des instituts de prévoyance, réside moins dans la satisfaction des besoins en santé des populations que dans la maximisation des profits générés par ces groupes.

Compte tenu des objectifs officiellement portés par le mouvement mutualiste, vous comprendrez donc que nous nous étonnions de l'existence de ce regroupement.

Cette interrogation, mes chers collègues, nous la portons également sur cette proposition de loi qui contribue, comme l'article 1^{er} de l'ANI, à remettre en cause l'architecture de notre système de santé en modifiant le partage entre la solidarité nationale, supportée par la sécurité sociale, et le champ d'intervention des complémentaires santé, dont personne n'ignore qu'elles relèvent des moyens de nos concitoyens.

Nous partageons naturellement avec le rapporteur général, avec nos collègues du groupe socialiste, ainsi qu'avec le Gouvernement, un certain nombre de constats. Nous divergeons, toutefois, sur les réponses.

Pour eux et pour la majorité d'entre vous, mes chers collègues, l'adoption de cette proposition de loi aura pour effet de réduire le prix des lunettes, des soins dentaires et des appareillages auditifs dans la mesure où les mutuelles pourront négocier des tarifs plus avantageux pour leurs adhérents.

Autrement dit, les mutuelles seront autorisées à agir comme des centrales d'achat, opérant une forme de régulation des prix par le marché. Cette approche libérale ne nous convainc pas. Et parce que nous considérons que la santé n'est pas une marchandise, nous nous opposons à ce que les prix des secteurs précités soient fixés, comme n'importe quel autre produit, en fonction de la loi de l'offre et de la demande.

Afin que les prix baissent réellement et pour tous, y compris pour celles et ceux de nos concitoyens qui sont « trop riches » pour bénéficier de la CMU et trop pauvres pour souscrire une mutuelle, le groupe CRC souhaite que les prix des soins visés dans cette proposition de loi soient, comme cela est le cas pour les médicaments, encadrés par les pouvoirs publics. Et pourquoi pas, d'ailleurs, par le Comité économique des produits de santé lui-même?

En outre, certains considèrent que, grâce à l'adoption de ce texte, les mutuelles pourraient veiller sur la qualité des prestations concernées.

Cette affirmation tend à jeter un doute sur le sérieux des pouvoirs publics quant au niveau d'exigence de conformité et de sécurité auquel nos concitoyens peuvent légitimement prétendre.

Qui plus est, cette affirmation tend à laisser croire que, là encore, le marché permettrait d'apporter un encadrement hors de portée des pouvoirs publics. Pourtant, les médicaments, qui contribuent, eux aussi, à améliorer l'état de santé de nos concitoyens, font l'objet d'une veille sanitaire et qualitative qui dépend non des mutuelles, mais bien des pouvoirs publics. Le scandale récent des prothèses PIP conforte notre analyse sur le besoin d'intervention forte des pouvoirs publics.

Enfin, face à l'insuffisance notoire des remboursements de la sécurité sociale sur les soins et appareillages optiques, dentaires et auditifs, vous proposez, plutôt que de renforcer la sécurité sociale, de généraliser la concurrence entre opérateurs complémentaires. Or, si la sécurité sociale n'est pas en capacité de mieux rembourser certaines dépenses de santé, c'est qu'elle est victime d'un pillage généralisé qui ne cesse de s'étendre!

Dernier exemple en date, l'article 1^{er} de l'ANI, qui a pour effet de retirer 2,5 milliards d'euros de ressources à la sécurité sociale pour encourager le patronat à souscrire des complémentaires, ce qui coûte annuellement à la sécurité sociale 6,5 milliards d'euros.

Naturellement, l'UNOCAM et le patronat y trouvent leur compte, puisque, rappelons-le, le MEDEF ne cesse de demander la réduction du champ de la solidarité au profit d'une généralisation de la concurrence dans le domaine de la protection sociale. Et pour cause! La participation des employeurs au financement des régimes complémentaires est, en effet, bien moins importante que celle qui est destinée à financer la sécurité sociale.

Le patronat ne manquera d'ailleurs pas de se réjouir de cette proposition de loi, ainsi que du projet de directive européenne élaboré par la Commission européenne dont l'article 76 vise à instituer le respect de l'égalité de traitement entre tous les opérateurs économiques.

Chacun l'aura compris, le maître mot de notre débat est donc bien celui de concurrence!

Nous regrettons sincèrement que, pour permettre aux mutuelles de faire jeu égal avec les assurances privées lucratives, on nous propose une rupture avec l'ADN de la mutualité, poussée à s'aligner sur le secteur marchand. Pourquoi ne pas avoir fait le choix inverse? Il s'agit, en quelque sorte, d'abandonner encore un peu plus le mutualisme!

Notre groupe est très dubitatif sur cette fuite en avant, qui consiste à renoncer toujours un peu plus à des réformes de fond et à laisser les règles du jeu entre les mains non pas des politiques, mais des acteurs économiques.

On prend en otage les patients, en faisant croire que c'est à eux que l'on pense d'abord. En réalité, c'est un marché de dupes, on oublie toutes celles et tous ceux qui ne peuvent pas souscrire à une mutuelle, faute de moyens. Et, surtout, on

obère le glissement qui se fait de plus en plus fortement non pas vers un remboursement solidaire, mais vers un remboursement à la carte selon la nature du contrat !

En résumé, c'est pour nous, au travers de cette proposition de loi, un rendez-vous manqué avec une loi qui aménage à la marge un système chaque jour davantage meurtrier pour la sécurité sociale.

Notre groupe s'est interrogé sur son vote, comme il le fait à chaque fois, mais, face à la prolifération des assurances privées et afin de tenir compte de la situation des patients, il a choisi de s'abstenir, une abstention marquée – vous l'aurez compris ! – par une analyse très négative de cette proposition de loi. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC. – Mme la présidente de la commission des affaires sociales applaudit également.*)

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

M. le président. La parole est à M. Gérard Roche.

M. Gérard Roche. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, les réseaux de soins existent depuis plus de dix ans. Ils ont leur utilité, notamment pour développer la pratique du tiers payant. Il n'est donc pas question ici de les remettre en cause en tant que tels.

En conséquence, l'objet de cette proposition de loi est non de réformer globalement les réseaux de soins, mais principalement d'en encadrer l'une des modalités, celle du remboursement différencié.

Il convient donc, d'emblée, d'établir une distinction claire entre, d'une part, les réseaux de soins et, d'autre part, la prestation différenciée. C'est ce qui nous amène au véritable sujet du texte : permettre aux mutuelles de pratiquer des remboursements différenciés au sein desdits réseaux.

On le sait, la question se pose parce que, dans sa rédaction actuelle, le code de la mutualité interdit explicitement aux mutuelles de moduler leurs prestations en faveur de leurs adhérents ayant recours à un professionnel de santé membre d'un réseau de soins.

La Cour de cassation a rappelé les mutuelles au respect de cette interdiction par un arrêt du 18 mars 2010. Cette jurisprudence constante, nous l'interprétons comme un appel au législateur, un appel d'autant plus légitime qu'aucune interdiction comparable ne s'impose aux deux autres catégories de complémentaires santé que sont les instituts de prévoyance et les assurances.

L'objet de ce texte serait donc de rétablir l'égalité sur ce point entre mutuelles, d'une part, et instituts de prévoyance et assurances, d'autre part, et ce dans un contexte de concurrence évidemment exacerbée par la généralisation de la complémentaire santé salariale mise en place par la loi de sécurisation de l'emploi.

La mesure semble donc légitime. Elle est, d'ailleurs, recommandée de toutes parts, de la Cour des comptes au Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

À vrai dire, nous n'entrerons pas dans ces considérations. Il ne nous appartient pas de défendre tel ou tel opérateur face à tel ou tel autre. Notre rôle de législateur est de défendre l'intérêt général, en l'occurrence celui de l'assuré, du patient : le seul enjeu pour nous est que chacun, quels que soient ses revenus, même et surtout les plus modestes, puisse

avoir des lunettes ou se faire poser une prothèse dentaire au meilleur prix, c'est-à-dire avec un reste à charge le plus bas possible.

Le développement du remboursement différencié sert-il cet objectif ? La réponse est, pour l'instant, affirmative. Si nous répondons ainsi, c'est parce que les avis autorisés convergent. L'Autorité de la concurrence et la Cour des comptes concluent que le reste à charge est, en moyenne, inférieur, au sein des réseaux.

Observons tout de même que ce résultat n'est pas uniquement le fait du remboursement différencié. Il se combine avec la négociation de tarifs plus avantageux pratiqués par les professionnels conventionnés.

Schématiquement, l'augmentation des volumes et une certaine standardisation permettent une baisse des coûts de fourniture répercutée d'abord dans les prix, puis dans la bonification du remboursement. Selon ce schéma vertueux, il n'est pas irrationnel de compter sur le remboursement différencié pour contribuer à faire baisser le reste à charge à l'avenir, à condition, bien sûr, que son développement n'ait pas d'effets pervers préjudiciables à l'assuré !

Pour cela, un certain nombre de conditions doivent être réunies. J'en énumérerai quatre.

Premièrement, il ne faudrait évidemment pas que le remboursement différencié conduise à une augmentation du reste à charge pour les assurés qui n'auraient pas la possibilité de recourir à un professionnel de réseau.

Autrement dit, la prestation différenciée doit demeurer une bonification de remboursement au sein du réseau, et non se transformer en pénalité pour les autres. Le seul moyen d'éviter cela est de garantir un remboursement minimal de toute prestation. Notre groupe a préparé un amendement sur ce point très difficile, on le sait. Je pense que Jean-Marie Vanlerenberghe interrogera Mme la ministre sur ce sujet. Une réponse rassurante nous ferait plaisir.

Après avoir réglé la question de la quantité, se pose la deuxième question clé, celle de la qualité des prestations : comment la garantir dans les futurs réseaux de soins ?

Sur ce point encore, le texte a été amélioré en commission. Il tend à prohiber toute discrimination dans la délivrance des soins entre assurés. Comment, toutefois, garantir en amont la médicalité des conventions elles-mêmes ? Certes, les cahiers des charges sont élaborés en concertation avec les professions médicales concernées, puis contrôlés par l'Autorité de la concurrence. Mais ces professions ne sont pas des autorités médicales extérieures à l'accord et l'Autorité de la concurrence n'est pas une autorité médicale du tout.

Nous voulions, là aussi, défendre un amendement visant à faire certifier la médicalité des cahiers des charges par la Haute Autorité de santé, par exemple. Après réflexion, cela ne nous a pas paru possible. Nous souhaiterions que le rapport annuel d'évolution des conventions soit un moyen de contrôler la médicalité de ces conventions avec une année de retard. Autrement dit, nous aimerions que la clause de trois ans ne soit pas respectée et que le rapport ait définitivement un caractère annuel.

Troisièmement, il ne faudrait pas que la liberté de l'assuré de choisir son prestataire se trouve, de fait, entamée.

On ne cesse de répéter que l'assuré restera libre. Bien sûr ! Mais si la paire de lunettes est remboursée 50 euros en un lieu et 200 euros ailleurs, pour la plupart des assurés, le calcul sera vite fait... Et que faire si l'opticien conventionné est loin ? Cela pose la question de l'accès à des soins de proximité. Vous l'avez dit, madame le ministre, en filigrane ressurgissent le spectre de la désertification médicale et le débat sur les réseaux ouverts et fermés.

Bien entendu, seuls les réseaux ouverts sont susceptibles de garantir la meilleure accessibilité géographique aux soins. C'est pourquoi nous ne pouvons que saluer l'effort d'amélioration entrepris par notre rapporteur général en la matière. Le texte issu des travaux de la commission des affaires sociales précise en effet que, par principe, les réseaux constitués seront ouverts, à l'exception notable des opticiens-lunetiers.

Mme Isabelle Debré. Une exception non acceptable...

M. Gérard Roche. Nous entendons bien l'argument justifiant cette exception, liée à la démographie particulièrement dynamique de la profession. Il est cependant nécessaire que les réseaux d'optique demeurent ouverts au moins pour les opticiens installés en zone rurale, où ils ne sont pas si nombreux, pour garantir un accès de proximité.

M. René-Paul Savary. Très bien !

M. Gérard Roche. Songeant à ce monde rural, j'avais rédigé un amendement dans le coin d'un pré de Haute-Loire. (*Sourires.*) Il tendait à introduire une exception à cette règle pour les communes de moins de 5 000 habitants. J'ai toutefois pris de la hauteur lors de mon retour à Paris, mes collègues m'ayant expliqué qu'il y avait aussi des villes de cette taille dans les banlieues et à proximité des grandes agglomérations. (*Mme la ministre opine.*) Ma proposition est donc tombée à l'eau...

J'ai déposé, en revanche, un sous-amendement à un amendement présenté par M. le rapporteur général tendant à prévoir, à l'alinéa 3 de l'article 2, le respect des exigences de proximité dans l'accès aux soins.

Quatrièmement, se pose aussi la question du champ des accords tarifaires et du remboursement différencié, lesquels ne doivent être mis en œuvre que dans les domaines où la sécurité sociale est majoritairement absente. Il s'agit de l'optique, dont 4 % seulement sont remboursés par la sécurité sociale, de l'audioprothèse, remboursée par l'assurance maladie à hauteur de 14 % environ, et de la prothèse dentaire, remboursée en moyenne à 15 %. Ces domaines correspondent à la fourniture de matériels médicaux. Tout le reste doit en être exclu, c'est-à-dire les domaines mixtes de fourniture de services et de prestations médicales conventionnées par l'assurance maladie, sous peine de porter une atteinte sérieuse et dangereuse au conventionnement de base.

Encore une fois, notre commission a amélioré le texte sur ce point clé, en proscrivant les accords tarifaires non plus pour les seuls actes des médecins, mais aussi pour ceux de toutes les professions conventionnées, ainsi que les remboursements modulés, mais pour les seules prestations des médecins.

Nous nous sommes donc arrêtés au milieu du gué. Il faudrait aller un peu plus loin ; nous vous proposerons donc un amendement en ce sens.

Globalement, notre position sur ce texte dépendra du sort qui sera réservé à nos amendements. Il semble, à cet égard, que la discussion s'annonce constructive.

Pour conclure, je ne peux que saluer l'exceptionnel travail de notre commission, et en particulier celui de notre rapporteur général, Yves Daudigny, qui a saisi l'occasion d'un rééquilibrage du code de la mutualité pour élaborer un cadre législatif transversal à tous les réseaux de soins.

Je souhaitais également vous remercier, madame le ministre, d'avoir annoncé que vous étiez ouverte à tous les débats à venir sur ce sujet important.

Nous allons peut-être franchir aujourd'hui une étape, mais la route est encore longue...

Par-delà ces réseaux, le problème de fond qui se pose est celui du champ de la sécurité sociale. Après tout, si nous débattons de cette question, c'est bien parce que celle-ci s'est progressivement désengagée de l'optique, du dentaire et de l'audioprothèse, en ne revalorisant jamais sa nomenclature. C'est pourquoi le présent texte, qui tend à y remédier, est important.

Aujourd'hui, l'assurance maladie se refuse à traiter tant la médecine de confort que la dépendance. Or l'une et l'autre sont intrinsèquement liées ! La perte de la vue, de l'ouïe et tous les déficits sensoriels sont des portes d'entrée, trop souvent négligées, dans la dépendance, bien avant la déficience cognitive. Quand nous l'aurons compris, nous aurons, à mon sens, fait un grand pas vers la redéfinition du champ de l'assurance maladie.

Une grande course nous attend, dont nous n'avons parcouru qu'une étape ; d'autres nous attendent, avec de rudes cols à franchir. Il faudra bien graisser le pédalier ! (*Sourires et applaudissements sur les travées de l'UDI-UC.*)

M. le président. La parole est à M. Robert Tropeano.

M. Robert Tropeano. Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, encore aujourd'hui, nombre de nos concitoyens renoncent à se soigner ou retardent leurs soins pour des raisons financières. C'est d'autant plus vrai s'agissant des soins très faiblement remboursés par la sécurité sociale.

Les élus de la République ne peuvent être indifférents à cette situation. C'est la raison pour laquelle nous avons adopté, dans le cadre de la loi relative à la sécurisation de l'emploi, la généralisation de la couverture complémentaire santé à l'ensemble des salariés. Il s'agissait d'une véritable avancée. Car si le financement par la sécurité sociale reste élevé, force est de constater que, depuis une trentaine d'années, il diminue au profit de la couverture complémentaire, qui prend à sa charge 26 milliards d'euros, et il est très inégal selon le type de soins ou de prestations. Alors que l'assurance maladie prend en charge plus de 90 % des soins hospitaliers, la prise en charge des soins dentaires, de l'optique ou des audioprothèses est particulièrement réduite, comme l'a rappelé très justement le rapporteur général. Il en résulte un reste à charge important pour les patients.

C'est dans cet esprit que les auteurs de la présente proposition de loi ont souhaité, notamment, sécuriser le fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles.

Nous ne sommes pas opposés au principe de la mise en place de réseaux de soins qui reposent sur la combinaison d'engagements réciproques : les organismes complémentaires garantissent à leurs adhérents de bénéficier de tarifs plus

avantageux, en échange de quoi ils les orientent vers les professionnels de santé avec lesquels ils ont négocié, assurant ainsi à ces derniers d'étendre leur clientèle.

Le conventionnement entre organismes complémentaires et professionnels de santé permet ainsi de réguler les prix et de limiter le reste à charge pour les assurés. En ce sens, c'est une excellente chose, et nous ne pouvons qu'approuver cet objectif.

Je le répète, nous sommes favorables à l'idée même d'organiser le secteur des complémentaires, notamment pour l'optique, le dentaire et l'audioprothèse, domaines dans lesquels l'absence de régulation publique et l'opacité tarifaire empêchent le consommateur de faire réellement jouer la concurrence.

Tous les acteurs publics qui ont étudié la question reconnaissent que les réseaux de soins améliorent l'accès aux soins, diminuent le reste à charge des adhérents à prestation équivalente et offrent un accompagnement aux usagers dans leurs démarches. Pour autant, ce texte soulève quelques inquiétudes au sein de la majorité comme de l'opposition.

Certains sont ainsi réticents à reconnaître le bien-fondé d'une modulation des prestations qui ne sont pas indispensables au bon fonctionnement des réseaux. Des membres de mon groupe avaient d'ailleurs exprimé cette crainte en juillet 2011, lors de l'examen de la proposition de loi Fourcade.

L'accès de tous les Français à des soins de qualité est une priorité absolue pour le Gouvernement. C'est un objectif que nous partageons tous. Mais, comme l'a rappelé notre collègue Gilbert Barbier en commission des affaires sociales, ce texte n'est pas anodin. Il bouleverse foncièrement les principes fondamentaux de l'organisation des soins dans notre pays en permettant aux mutuelles d'opérer une différenciation dans le remboursement des prestations. Surtout, il remet en cause le principe « à cotisations égales, prestations égales ».

Certains soutiennent qu'il y a urgence à mettre sur un pied d'égalité les trois familles d'organismes de protection sociale complémentaires. Dans son arrêt du 18 mars 2010, la Cour de cassation a pourtant rappelé que l'interdiction faite aux mutuelles de pratiquer des modulations dans le niveau de prestations avait pour contrepartie d'autres avantages, et que les mutuelles n'étaient pas placées en situation de concurrence défavorable par rapport aux autres organismes complémentaires d'assurance maladie.

Faut-il rappeler que, s'il y a atteinte au principe d'égalité, ce n'est pas entre les différents organismes complémentaires qu'il faut la chercher, mais bien entre les adhérents ? Ceux qui s'adresseront à des professionnels hors réseau seront moins bien remboursés que ceux qui consulteront dans le réseau.

N'est-il pas à craindre, également, que la possibilité de mettre en place des réseaux fermés soit une atteinte au principe d'égalité ? Certes, le rapporteur général a souhaité limiter cette possibilité au seul secteur de l'optique. Pour autant, comment accepter que des professionnels qui répondent aux critères soient écartés du réseau ?

Les conséquences seront dramatiques pour ces praticiens et pour nos concitoyens qui vivent en zone rurale. Nous savons bien que les opticiens qui ne pourront pas bénéficier d'un conventionnement verront leur chiffre d'affaires baisser et pourraient, à terme, disparaître.

Conserver le maillage territorial est nécessaire. Il faut maintenir ces praticiens de proximité qui font le choix et l'effort de s'installer en milieu rural. Ils sont indispensables aux personnes qui vivent loin des centres urbains, dont nous savons pertinemment qu'ils concentrent l'essentiel des réseaux.

S'agissant de la liberté de choix des patients, vous avez affirmé, madame la ministre, que ce droit fondamental était assuré. Toutefois, on peut légitimement se demander si la modulation de la prise en charge selon que le praticien fait partie ou non du réseau de soins ne remet pas en cause ce principe, dès lors que les assurés seront fortement incités, *via* les remboursements différenciés, à consulter les praticiens appartenant à un réseau. Nombre de nos concitoyens n'auront pas d'autre solution que de faire le choix le moins onéreux. Dans ces conditions, peut-on réellement parler de liberté de choix du patient ?

Ce texte soulève enfin la question de la qualité des produits. Il est à craindre que les organismes complémentaires privilégient le critère financier par rapport au critère de qualité, imposant de ce fait l'importation de prothèses fabriquées à bas coût, par exemple en Chine. Cette inquiétude se justifie d'autant plus que le contrôle des professionnels de santé sera organisé par les organismes eux-mêmes, qui rémunèrent les contrôleurs.

Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, pour ma part, je voterai en faveur de ce texte.

M. le président. La parole est à Mme Aline Archimbaud.

Mme Aline Archimbaud. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur général, mes chers collègues, nous attendons tous avec impatience des discussions de fond sur la nécessaire réforme du système de santé.

De ce point de vue, les prochains débats sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, à l'automne, puis sur la nouvelle stratégie nationale de santé et le projet de loi sur lequel vous travaillez, madame la ministre, seront des rendez-vous extrêmement importants.

Nous sommes en effet très préoccupés par le déficit de la sécurité sociale et le désengagement du régime obligatoire de certaines pathologies, d'une part, et par les inégalités d'accès aux soins, les dépassements d'honoraires et les autres restes à charge difficiles à supporter par nos concitoyens les plus modestes, d'autre part. Nous souhaitons donc insister sur la nécessité de réfléchir, plus globalement, à une politique de prévention et de promotion de la santé publique.

La proposition de loi que nous examinons traite de ces problématiques, mais de manière très partielle. La question des restes à charge y est abordée de façon détournée et coupée des autres grands enjeux de santé, ce qui rend le débat assez difficile : on nous demande de trancher sur un sujet précis, alors qu'il faudrait des réformes plus profondes.

Sur les difficiles questions des tarifs non régulés et des soins peu remboursés par la sécurité sociale, une intervention publique et un travail législatif forts sont nécessaires. Il s'agit en effet d'un problème grave, qui concerne nombre de nos concitoyens.

Le groupe écologiste défend le secteur de l'économie sociale et solidaire. Nous serons d'ailleurs actifs lors de l'examen du projet de loi qui sera présenté à la rentrée par Benoît Hamon, ministre délégué chargé de l'économie sociale et solidaire et de la consommation.

Ce secteur, dans toute sa diversité, est important et précieux à la fois pour l'économie, l'emploi, la démocratie et la solidarité. Nous espérons d'ailleurs que les mutuelles y joueront pleinement leur rôle. Il est important, entre autres choses, qu'elles restent attachées aux valeurs essentielles, et par là même précieuses, de l'économie sociale : la coopération et la solidarité.

Par ailleurs, il faut éviter que la taille critique nécessaire à la gestion de tels réseaux incite les mutuelles à se concentrer encore davantage, comme semblent le redouter certains des orateurs qui m'ont précédée. Nous avons déjà signalé lors de l'examen de la clause de désignation incluse dans l'accord national interprofessionnel, que risquaient de se perdre, du coup, les qualités du mouvement mutualiste que sont la proximité et la diversité. Pour notre part, nous serons vigilants.

Actuellement, les mutuelles ne sont cependant pas sur un pied d'égalité avec les autres organismes complémentaires, qu'il s'agisse du système assurantiel ou des sociétés de prévoyance. Cette situation pose problème.

La Mutualité française nous indique que les mutuelles souhaiteraient avoir les mêmes possibilités en termes de réseaux de soins, pour obtenir une diminution du reste à charge pour leurs adhérents, sans baisse de la qualité des produits ou des soins.

Cette possibilité accordée aux mutuelles de créer des réseaux de soins ne peut être donnée que sous certaines conditions strictes. Elle suppose un encadrement qui a déjà été aménagé lors des débats à l'Assemblée nationale. La commission des affaires sociales a adopté plusieurs amendements allant dans ce sens.

Le respect de certaines exigences sont en effet nécessaires, elles ont déjà été rappelées : le maintien du libre choix des patients et des professionnels, la transparence, c'est-à-dire l'existence de critères objectifs et non discriminatoires, une large publicité des critères d'entrée dans le réseau et des conventionnements, une information publique étendue des adhérents sur le contenu des négociations et des conventions et l'absence de clause d'exclusivité.

Enfin, un amendement adopté par l'Assemblée nationale, renforcé par un amendement voté par la commission des affaires sociales du Sénat, dont l'objet nous semble indispensable, vise à prévoir un bilan annuel sur la base d'un rapport du Gouvernement. Ce bilan approfondi doit permettre d'évaluer si les soins prodigués et les produits fournis sont de qualité, si les mutuelles ont bien obtenu une baisse des restes à charge pour leurs adhérents, si les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes engagés dans ces réseaux de soins ont, eux aussi, consenti un effort de baisse des prix.

Pour mon groupe, le maintien de ces conditions est absolument nécessaire pour que le texte soit acceptable et que nous l'approuvions. Le débat qui va suivre conditionnera donc notre vote. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-François Husson.

M. Jean-François Husson. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, le texte qui nous est aujourd'hui soumis est une proposition de loi, ce qui honore le Parlement. Il doit permettre en toute légalité aux mutuelles relevant du code de la mutualité d'offrir à leurs adhérents le bénéfice du conventionnement avec un certain nombre de professions de santé, notamment à travers le réseau de soins.

Par principe, je suis favorable à ce texte. Cela rejoint la position qui avait été la mienne lors du débat sur le projet de loi relatif à la sécurisation de l'emploi, puisque j'avais également appelé à une saine et juste concurrence entre les différents acteurs.

Les réseaux de soins s'inscrivent dans le prolongement du conventionnement engagé dans les années quatre-vingt-dix par les organismes complémentaires d'assurance maladie avec un certain nombre de professionnels de santé, principalement avec les pharmaciens. À l'époque en effet, l'un des objectifs principaux était de développer le tiers payant.

Cette pratique s'est ensuite développée avec les organismes complémentaires et d'autres professionnels de santé pour que ces derniers cessent d'être en quelque sorte des payeurs aveugles après l'intervention des régimes obligatoires. Les régulateurs comme les professionnels de santé se sont efforcés d'améliorer la pertinence et la qualité des soins pour faire en sorte que la maîtrise des dépenses ne se traduise pas par une réduction de la prise en charge des patients.

Nous constatons depuis vingt ans la réussite de ce dispositif, les chiffres le démontrent. Les réseaux de soins conduisent bien à une maîtrise des coûts, qui ne cessent d'augmenter ; ils permettent également, lorsque le souhaite le patient, le développement du conseil aux assurés, notamment sur le tarif, comme des enjeux de prévention et d'assistance.

Cette proposition de loi ne doit pas être l'arbre qui cache la forêt et occulter un enjeu d'une autre ampleur. Il me paraît grand temps d'ouvrir le chantier de notre système de protection sociale, d'aborder la question de son essoufflement, de la rénovation de notre système de santé et, donc, des enjeux liés à la sécurité sociale pour tous les Français. C'est, je pense, le préalable à une réflexion de fond entre tous les acteurs sur l'organisation de notre système de santé pour demain.

Comment permettre l'accès de tous à la santé par une prise en charge du régime obligatoire et des organismes complémentaires ? Est-il par exemple normal que, pour certaines dépenses de santé, la part des régimes obligatoires soit si faible ? Quelles relations entretiendront demain l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires ? Quel sera le rôle des complémentaires santé et quelle place occuperont-elles ? Quelle sera la fiscalité qui leur sera appliquée ? Quelle place faut-il accorder aux contrats responsables ? Comment notre système de santé répondra-t-il à l'avenir à l'exigence d'égalité des territoires – égalité d'accès comme de moyens – tant pour les usagers que pour les professionnels de santé ? Faut-il évoquer les réflexions et les propositions émises récemment par le Conseil d'analyse économique sur le panier de soins ?

Vous en conviendrez, bien des questions se posent à chacun de nous aujourd'hui. Certes, cette proposition de loi n'a pas vocation à y répondre, mais nous ne pouvons durablement les ignorer. Il est de notre devoir, me semble-t-il, de nous atteler à la tâche, chacun dans son domaine de

compétences et d'expertise, avec nos concitoyens, pour faire évoluer et progresser notre système de santé vers davantage d'équité, de sécurité et de justice. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'UDI-UC, ainsi que sur certaines travées du groupe socialiste.*)

M. Philippe Bas. Très bien !

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Alquier.

Mme Jacqueline Alquier. Madame la ministre, vous l'avez rappelé, la priorité du Gouvernement, c'est l'accès de tous à des soins de qualité. Pour garantir cet accès aux soins, le pilier fondamental, c'est l'assurance maladie obligatoire. Il n'est donc pas question de remettre en cause ce dispositif, garant d'un système de santé solidaire. Il faut le répéter pour faire taire l'une des objections sans fondement à la proposition de loi que nous discutons aujourd'hui.

Si cette proposition de loi n'a pas vocation à régir l'accès aux soins dans son ensemble, elle constitue cependant une étape importante, puisqu'elle nous offre l'occasion de commencer à fixer les règles du jeu entre les réseaux et les organismes complémentaires.

Aujourd'hui, nous devons d'abord répondre à l'urgence de combler un vide juridique et modifier le code de la mutualité pour acter le principe de conventionnement mutualiste et mettre ainsi sur un pied d'égalité les trois familles d'organismes de protection sociale complémentaires : mutuelles, instituts de prévoyance et sociétés d'assurance. En effet, cette possibilité, remise en cause par un arrêté de la Cour de cassation de mars 2010, insécure les mutuelles qui encourent des condamnations à brève échéance.

Or, depuis la mise en place de réseaux de soins dans les secteurs où la prise en charge de l'assurance maladie est faible – soins dentaires, optique, audioprothèse –, on observe une baisse des tarifs de 30 %, de 40 %, voire de 50 %, ce qui permet l'accès des ménages modestes à des soins majeurs.

La légalisation des réseaux de soins mis en place par les mutuelles depuis une vingtaine d'années dans les secteurs où l'assurance maladie s'est le plus désengagée est une promesse de campagne de François Hollande, parce qu'elle favorise les conditions d'un meilleur accès de tous à des soins de qualité et au meilleur coût.

La loi Fourcade de 2011 avait tenté, dans son article 22, de légiférer dans le même sens et n'avait pas alors suscité d'oppositions de fond. Pourtant, elle n'apportait pas les garanties que ce texte présente et que j'évoquerai dans un instant.

Depuis dix ans, les politiques de santé mises en œuvre par la précédente majorité ont mis à mal la protection des Français en réduisant le périmètre des solidarités nationales, avec les réformes successives sur les participations forfaitaires, les franchises médicales et la diminution du taux de remboursement de certains médicaments. Ce désengagement a entraîné le développement de la prise en charge par les organismes complémentaires, en premier lieu par les mutuelles.

Les organismes complémentaires prennent aujourd'hui en charge 13,7 % des dépenses de santé, soit 26 milliards d'euros, ce qui légitime des politiques de gestion du risque et des partenariats avec les professionnels et des établissements de santé, comme l'a rappelé la présidente de la commission des affaires sociales à une autre occasion.

Si le socle reste et doit rester – j'insiste ! – l'assurance maladie obligatoire, les complémentaires existent et il n'a jamais été question que la sécurité sociale constitue l'élément exclusif du système. Encore faut-il que toutes les complémentaires de santé soient placées dans une situation identique. Or les mutuelles regroupent à elles seules 38 millions d'usagers : elles font partie de l'histoire de la solidarité et ont toute légitimité pour être des acteurs à part entière et agir dans le domaine des réseaux de soins, avec les effets positifs que l'on relève.

L'objectif des réseaux de soins est de faire pression sur les prix pour diminuer le reste à charge pour les patients, dans un contexte où 10 % à 15 % de nos concitoyens disent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières, en particulier dans les secteurs que j'ai précédemment cités.

La réduction du reste à charge pour le patient doit bien être le fil conducteur de nos orientations en matière de protection sociale, et tout ce qui peut y participer doit être encouragé.

La proposition de loi que nous présentons aujourd'hui a été enrichie par notre assemblée pour répondre aux craintes que nous avons entendues. Les grands principes qui la sous-tendent et garantissent la régulation et la transparence de ces réseaux ont été précisés.

Ainsi l'article 2 nouveau définit-il le cadre juridique des réseaux de soins, quel que soit leur statut. Il précise que les conventions conclues ne peuvent porter sur le niveau des tarifs pratiqués par le médecin pour les actes et prestations qui sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre des conventions médicales nationales. Il interdit les clauses d'exclusivité ; il indique que le réseau ne peut porter atteinte au libre choix du patient et qu'il doit reposer sur des critères objectifs, transparents et non discriminatoires de sélection des professionnels, vous l'avez rappelé, madame la ministre. Il garantit une information claire et complète des adhérents sur les caractéristiques des soins mis en place par sa complémentaire, ainsi que sur l'impact sur les garanties souscrites. Le patient pourra donc choisir, en toute connaissance de cause, son praticien et connaître le montant de son remboursement.

L'article 3 nouveau prévoit que, à compter du 30 juin 2013, un rapport annuel adressé au Parlement par le Gouvernement analysera les conséquences de la mise en place des réseaux de soins quant à la qualité des prestations offertes et à l'amélioration de l'accès aux soins des assurés concernés.

Afin d'aller encore plus loin, la commission des affaires sociales de notre assemblée a adopté plusieurs amendements du rapporteur général. Ainsi, nous devons nous prononcer sur la possibilité pour les organismes complémentaires de « contractualiser avec les professions de santé », sans que les conventions comportent de clauses tarifaires, hormis pour les chirurgiens-dentistes, les opticiens et les audioprothésistes.

Les conventions avec les médecins ne pourront avoir pour effet une modulation du remboursement et les conventions entre les mutuelles et les professionnels ne pourront entraîner de discriminations dans la délivrance des soins.

Enfin, les réseaux de soins seront ouverts à tous les professionnels remplissant les conditions fixées, sauf pour l'optique où la démographie justifie le recours à cet outil de régulation. On observe, en effet, dans ce secteur une forte croissance des magasins d'optique avec 47 % de points de vente supplé-

mentaires par rapport à 2000. Or cette croissance excède largement l'augmentation des besoins médicaux de la population et entraîne une sous-productivité qui se traduit dans les marges brutes prélevées par les opticiens.

Grâce à la précision apportée par le rapporteur général, cet article tendra également à affirmer qu'être dans un réseau de soins ne revient pas à être favorisé pour l'accès aux soins.

Aussi, la majorité des membres de mon groupe votera ce texte qui, tout en donnant une base juridique à des réseaux existants et opérants, ce qui est son objectif principal à court terme, dissipe les inquiétudes qu'il a suscitées, particulièrement celles qui concernent l'inclusion des médecins dans le dispositif, l'aliénation du choix des patients et la crainte d'une moindre qualité des prestations.

La future grande loi de santé publique auquel nous travaillons viendra en son temps répondre à tous les enjeux majeurs de l'organisation de notre système de santé. Elle nous permettra de débattre du sujet global de la régulation de l'offre de soins dans notre pays, pour que les générations à venir continuent à bénéficier d'une protection sociale juste et solidaire et d'un accès aux soins qui ne soit pas régi seulement par une logique de marché. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur général, mes chers collègues, en 2012, le Président de la République, à l'occasion de son discours devant le congrès de la Mutualité française, a rappelé avec force la place des mutuelles au sein de notre système de protection sociale. Il s'était livré, dans son intervention, à une analyse très approfondie de notre système de protection sociale et de notre système de santé, en affirmant que le seul objectif était de garantir un égal accès à des soins de qualité à l'ensemble de nos concitoyens.

C'est dans ce cadre qu'il a pris l'engagement de permettre aux mutuelles de mettre en place des réseaux de soins, tels que définis dans la présente proposition de loi, à l'heure où les mutuelles se trouvent dans une situation d'inégalité à l'égard des compagnies d'assurance complémentaires et des caisses de prévoyance.

C'est dans cet esprit d'approche globale de notre système de protection sociale que nous devrions aborder l'examen de ce texte.

Je remercie M. le rapporteur général de son analyse approfondie du fonctionnement de notre système de protection sociale. Il a mis en évidence l'importance du secteur complémentaire : il représente à lui seul 26 milliards d'euros, à mettre en regard des 138 milliards d'euros de financement public, soit 13,7 % des dépenses totales de santé. Les mutuelles représentent 55 % du secteur complémentaire.

Je le remercie par ailleurs de nous avoir rappelé que trois secteurs très différents présentent deux points communs : des prix libres et des remboursements de l'assurance maladie très minoritaires. Je veux parler des soins dentaires, de l'audioprothèse et de l'optique, en rappelant, concernant ce dernier domaine, le caractère symbolique de l'intervention de l'assurance maladie à un taux d'environ 4% au regard des 45% financés par les systèmes complémentaires.

Nous ne pouvons nous satisfaire de ce constat, et il n'y a pas de fatalité à ce qu'il perdure. Loin de moi la volonté de faire preuve d'un angélisme béat. Aussi, je ne réclame pas aujourd'hui, malgré le déficit de l'assurance maladie, de contribution supplémentaire – même si la question reste d'actualité. Je considère, en revanche, qu'il est indispensable que l'assurance maladie participe activement au débat sur les conditions d'existence des réseaux.

L'exigence de qualité au meilleur prix, les conditions d'accessibilité aux meilleurs soins quel que soit le territoire, les procédures de traçabilité, l'évaluation des dispositifs médicaux proposés, l'information et la responsabilisation de nos concitoyens sont des sujets essentiels.

L'assurance maladie, si péremptoire dans son ordonnance d'économie afin de réduire son déficit – je pense notamment à ses préconisations concernant la prise en charge des pathologies thyroïdiennes et des cancers de la thyroïde – ne peut s'exonérer de ses responsabilités, alors que, par exemple, 30 % de nos jeunes de moins de vingt ans souffrent de problèmes de vision et portent des lunettes.

Je remercie, enfin, les complémentaires et les mutuelles d'avoir pris la responsabilité de s'investir avec compétence dans ce débat ô combien fondamental.

Les complémentaires ont mis en place des réseaux de soins et se sont, de fait, autorégulées. Je ne vais pas leur en faire grief ; leur rôle est essentiel. Néanmoins, j'estime que les pouvoirs publics doivent participer à l'évaluation de la qualité du dispositif proposé. Ils doivent également être vigilants quant à la façon dont les conventions sont passées entre les usagers et les organismes complémentaires. Nous avons d'ailleurs débattu de cette question ce matin en commission et nous y reviendrons très certainement.

Monsieur le rapporteur général, vous avez accompli un travail considérable de réécriture des articles 1^{er} et 2 de la proposition de loi, en particulier en mettant l'ensemble des complémentaires à un même niveau de droits et de devoirs. Vous avez également largement amélioré le concept de réseau de soins.

Pour autant, lorsque vous inscrivez dans le texte la possibilité d'existence de réseaux fermés pour l'optique, arguant d'une offre qui, du fait de son abondance, mérite régulation, le débat reste, à nos yeux, ouvert. Il s'agit d'une réalité, mais des tarifs différenciés de remboursement heurtent l'exigence d'un traitement égalitaire pour nos concitoyens, même si le libre choix de ces derniers est clairement acté.

À titre personnel, je ne suis pas favorable à ces réseaux fermés, et j'ai pu constater que, au sein même de la Mutualité française, les avis divergeaient sur cette question. Je relève par ailleurs la chaleur, la qualité et la sincérité des relations que j'ai pu entretenir avec les différents acteurs de la Mutualité. Et vous pouvez imaginer qu'ils ont été nombreux !

À mon sens, si surabondance d'offre en matière d'optique il y a, elle doit être traitée en amont, notamment au stade de la formation, avec la possibilité par exemple de proposer des formations complémentaires aux étudiants. La démographie médicale des ophtalmologues pose en effet problème dans beaucoup de nos territoires.

Madame la ministre, nous connaissons votre énergie, votre compétence et votre détermination. Vous travaillez aujourd'hui sur de nombreux sujets, parmi lesquels l'évolution des contrats solidaires et responsables. Notre débat aurait pu s'inscrire dans ce cadre.

Malgré le travail très important accompli par M. le rapporteur général, je regrette l'approche encore trop contrainte, en matière d'organisation des réseaux de soins, de cette proposition de loi.

Aussi, je ne participerai pas au vote du présent texte. *(Applaudissements sur les travées du groupe CRC et sur certaines travées du groupe socialiste.)*

M. le président. La parole est à M. René Teulade.

M. René Teulade. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, en matière de santé, le renoncement aux soins est un phénomène de plus en plus prégnant. Pour preuve, en 2010, 32,6 % des personnes qui n'étaient pas couvertes par une complémentaire santé déclaraient avoir renoncé à des soins pour des raisons pécuniaires.

Dès lors, il n'est pas surprenant de constater que, dans le cadre de la conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale qui s'est tenue l'hiver dernier, le groupe de travail sur la santé et l'accès aux soins préconisait une extension de la couverture maladie universelle, de la CMU complémentaire, ainsi qu'un accès aux complémentaires santé à des coûts maîtrisés pour les plus démunis.

Par conséquent, la fragilisation et la paupérisation croissantes d'une frange importante de la population conduisent à faire de l'accès aux soins une problématique vive, qui se pose à l'échelon du continent européen lui-même. En guise d'illustration, comment ne pas mentionner la Grèce, pays dans lequel la crise économique-sociale a conduit à la résurgence de maladies que l'on pensait depuis longtemps disparues ?

Bien entendu, toute comparaison abusive me ferait tomber dans l'inanité. Notre système de santé n'a pas été autant affecté par les politiques d'assainissement budgétaire que celui de l'État hellénique. Pour autant, d'autres funestes fléaux, tels que la désertification médicale, participent au creusement des inégalités territoriales et renforcent les difficultés d'accès aux soins.

Or l'intérêt de la présente proposition de loi réside précisément dans l'apport d'une solution à ces entraves. Il s'agit de permettre aux mutuelles d'être en mesure d'améliorer l'accès aux soins de leurs affiliés en régulant les secteurs inflationnistes ou ceux qui sont délaissés par l'assurance maladie, c'est-à-dire les secteurs où les mutuelles trouvent une légitimité pour intervenir.

Aujourd'hui, la part des remboursements des complémentaires santé est majoritaire en matière d'optique, de soins dentaires et d'audioprothèse. À titre d'exemple, en moyenne, l'assurance maladie rembourse 4 % des frais d'équipement en optique, quand les organismes complémentaires prennent en charge 45 % de cette dépense. Autrement dit, un reste à charge singulièrement élevé pour le patient demeure; ce qui explique d'ailleurs, dans une large mesure, le renoncement aux soins que j'évoquais précédemment.

Sans revenir exhaustivement sur les dispositions du texte, parfaitement présentées, d'ailleurs, par M. le rapporteur général, la pratique du remboursement différencié selon le

cas où les patients recourent à un professionnel de santé conventionné ou non, dans les conditions, strictes, fixées par la présente proposition de loi, est de nature à diminuer le reste à charge des adhérents et, donc, à améliorer leur accès aux soins.

Par ailleurs, ai-je bien entendu et saisi les arguments des pourfendeurs de la modulation du remboursement sur le fondement du conventionnement mutualiste? La liberté de choix du praticien par le patient serait, paraît-il, entravée. En réalité, il s'agit ici d'un postulat spéculaire: l'incitation financière visant à faire appel à un professionnel de santé membre d'un réseau de soins n'est en aucun cas une obligation. La nuance est donc de taille, et il faudra veiller à ce que la couverture territoriale du réseau soit, naturellement, la meilleure possible.

D'autre part, d'aucuns ont également mis en exergue le fait que la qualité des équipements fournis serait de moins bonne facture dans les réseaux de soins. Or, en l'espèce, la constitution de tels réseaux n'aurait aucun sens si elle aboutissait à une détérioration de ladite qualité. Au contraire, il semble que l'encadrement des appels d'offre afférents à la procédure d'adhésion aux conventions ainsi que le contrôle exercé par les mutuelles sur les professionnels de santé membres des réseaux favorisent un accès à des soins de haute qualité pour un coût raisonnable, comme en témoignent d'ailleurs plusieurs études.

Enfin, conformément à l'engagement du Président de la République, retranscrit dans la loi relative à la sécurisation de l'emploi; après accord de la majorité des partenaires sociaux, la généralisation de la couverture complémentaire santé obligatoire devrait être instituée d'ici à 2017, ce qui doit être salué. Néanmoins, je tiens ardemment à souligner qu'elle n'est qu'un premier pas.

En effet, l'amélioration de l'accès aux soins ne peut s'arrêter aux seuls salariés. Les étudiants, les chômeurs, les retraités ne doivent pas être oubliés, car, à terme, le risque est d'assister à l'avènement d'un système à trois vitesses dans lequel l'assurance maladie serait complétée par une couverture complémentaire, qui ne serait obligatoire que pour certains, tandis que les plus aisés opéreraient pour une sur-complémentaire. *In fine*, ce serait une nette régression par rapport au modèle pensé après guerre.

Enjeu éminent de santé publique, mais plus substantiellement révélateur du progrès social au sein de notre société, l'amélioration de l'accès aux soins, ou le refus de l'inégalité devant la souffrance, doit rester un *leitmotiv* permanent.

C'est la raison pour laquelle j'ai souvent défini, à titre personnel, la sécurité sociale comme le droit à ne pas courber l'échine. Je n'ai pas toujours été compris. J'explique alors que c'est en Corrèze, lors de ma jeunesse, que j'ai vu deux pauvres voisins se courber jusqu'à terre après la visite de leur médecin pour le remercier de ne pas les avoir fait payer et d'avoir même participé à l'achat de médicaments en laissant sur la table de nuit de l'argent... Nous devons l'affirmer en permanence et c'est là le fond de notre débat futur: la sécurité sociale est ce qui sépare la charité du droit et la dignité de l'assistance. *(Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe écologiste, ainsi que sur certaines travées du RDSE.)*

M. le président. La parole est à Mme Patricia Schillinger.

Mme Patricia Schillinger. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, en 2008, 15,4 % de la population adulte déclarait avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Ces renoncements concernent en premier lieu les soins dentaires et optiques, pour lesquels la part des dépenses remboursées par l'assurance maladie obligatoire est plus faible. En effet, seuls 4 % des dépenses d'optique font l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale, les complémentaires santé prenant en charge 66 % de ces dépenses, avec un reste à charge de 29 % en moyenne pour les ménages. Selon une étude consacrée au secteur de la distribution des lunettes, les marges bénéficiaires des opticiens s'élèveraient à 233 % ! En France, le prix de vente est 50 % plus élevé que dans les autres pays européens.

Cette situation n'est pas normale. En raison d'une prise en charge insuffisante des frais d'optique et malgré le bénéfice d'une mutuelle, certains patients sont dans l'impossibilité de s'équiper pour corriger leur handicap. De plus, ce surcoût n'est pas synonyme d'un service de meilleure qualité, comme le démontrent les sondages effectués à la demande de la Commission européenne en 2011.

Ainsi, les dépenses dans les secteurs de l'optique, du dentaire et de l'audioprothèse sont peu remboursées et les tarifs varient d'un territoire à un autre. Il est donc indispensable de réguler le système de santé dans ces secteurs. Il apparaît légitime, au nom de la solidarité, que les mutuelles soient en mesure de proposer à leurs adhérents de diminuer le reste à charge.

Nous devons réguler ce secteur et éviter ainsi une économie de la rente au bénéfice de certains professionnels qui ajustent leurs tarifs au niveau de remboursement.

Le texte que nous examinons aujourd'hui permettra de faciliter l'accès à des soins de qualité pour le plus grand nombre. En effet, son objectif est double.

D'une part, il vise à favoriser une régulation des coûts de santé en vue de maîtriser le reste à charge pour les ménages et le montant des cotisations des complémentaires santé, évitant ainsi des démutualisations.

D'autre part, il tend à améliorer la qualité de l'offre à travers les engagements pris par les professionnels de santé au sein des réseaux ainsi constitués.

Il s'agit, ici, de combler un vide juridique en sécurisant les réseaux de soins, qui existent depuis une vingtaine d'années, afin de rétablir une véritable égalité entre les organismes complémentaires par une modification du code de la mutualité. Ce texte permettra aux mutuelles de jouer pleinement leur rôle de régulateur du secteur en leur donnant la possibilité d'être des acteurs de la négociation entre l'offre et la demande de soins.

Par ailleurs, je rappelle que ce texte répond à une demande exprimée par plusieurs instances publiques : la Cour des comptes, l'Inspection générale des finances, l'Inspection générale des affaires sociales et l'Autorité de la concurrence ont toutes plaidé pour l'ouverture à tous les organismes complémentaires de la possibilité de constituer des réseaux de soins.

La légalisation de ces réseaux de soins mis en place par les mutuelles fait également partie des engagements de campagne de François Hollande. Il est important pour le Président de la République de rétablir l'égalité entre les

assurances et les mutuelles afin de favoriser les conditions d'un meilleur accès de tous à des soins de qualité et au meilleur coût. On ne peut que s'en féliciter. En effet, l'absence de régulation provoque des distorsions de prix significatives entre les mêmes prestations.

Cette régulation est nécessaire et urgente pour nos concitoyens, même si j'insiste sur le fait que la liberté de choix du professionnel de santé reste entière pour tout adhérent d'une mutuelle. Quel que soit le professionnel choisi, au sein d'un réseau ou non, l'assuré conserve le remboursement de sa mutuelle, mais il pourra être mieux remboursé s'il accepte de se rendre chez un professionnel conventionné par sa mutuelle. Tous les professionnels peuvent entrer dans les réseaux de soins. Contrairement aux idées reçues, ils ne sont pas réservés aux grandes enseignes et ne défavorisent pas les petits opticiens indépendants, à condition qu'ils remplissent des critères de prix et de qualité.

Le conventionnement assure en retour aux professionnels de santé un surcroît de patients. Il est primordial que tous les salariés puissent avoir une mutuelle. Il était important que ce texte soit présenté au plus vite au Parlement, car la loi relative à la sécurisation de l'emploi, votée dernièrement, prévoit l'obligation pour les entreprises de garantir une mutuelle à leurs salariés. Actuellement, des négociations sont en cours dans ce sens entre les différentes branches professionnelles. Les entreprises seront libres de retenir le ou les organismes de leur choix.

Ainsi, avec l'adoption de l'accord national interprofessionnel, on risque de voir des entreprises se diriger vers les organismes de prévoyance ou vers les compagnies régies par le code des assurances, pour qui la mise en place de réseaux de soins est déjà effective. Cette situation serait défavorable aux mutuelles, qui se trouveraient fortement pénalisées. Celles-ci ne doivent pas être injustement écartées du dispositif. Le texte qui nous est présenté aujourd'hui apparaît donc comme une nécessité ; il permettra aussi d'améliorer le fonctionnement des réseaux, quels que soient leurs statuts, mutualistes ou non.

Je me réjouis de ce texte, car il va directement changer le quotidien de nos concitoyens, notamment de ceux qui renoncent à se soigner parce qu'ils n'ont pas assez d'argent. Il doit permettre l'accès de tous à une santé de qualité.

Il est donc juste que le législateur autorise la régulation des prix pratiqués. Nous ne devons pas tomber dans un débat qui oppose la logique économique à une logique de santé et d'accès aux soins. Il y a eu déjà beaucoup trop de dérives et il est de notre responsabilité de poser des règles et des principes. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe écologiste, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

M. le président. Personne ne demande plus la parole dans la discussion générale?...

La discussion générale est close.

Nous passons à la discussion des articles du texte de la commission.

Article 1^{er} **(Non modifié)**

Le dernier alinéa de l'article L. 112-1 du code de la mutualité est complété par les mots : « ou lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de

santé ou un service de santé avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu une convention dans les conditions mentionnées à l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale ».

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, sur l'article.

Mme Laurence Cohen. L'article 1^{er}, qui constitue à lui seul l'objet de cette proposition de loi, nous contraint à deux options qui ne sont pas véritablement des choix.

Soit nous adoptons cette proposition de loi, au motif que les moyens à mettre en œuvre importent peu, tant que le reste à charge des patients diminue.

Soit nous nous prononçons contre son adoption, et nous continuons de fait à accepter les difficultés de nombre de nos concitoyens à se faire soigner par un chirurgien-dentiste, à s'équiper de lunettes ou d'audioprothèses.

L'application de l'article 40 de la Constitution nous prive d'un débat alternatif puisqu'il nous est impossible d'amender cette proposition de loi afin de renforcer la participation de notre système de protection sociale dans les domaines principalement visés par ce texte, à savoir les soins dentaires, l'optique ou l'audioprothèse, dans lesquels, reconnaissons-le, les remboursements par la sécurité sociale sont particulièrement faibles. Alors que nous constatons toutes et tous cette carence, je m'étonne d'ailleurs que nous nous retrouvions aujourd'hui à débattre d'une proposition de loi qui désarme encore un peu plus l'État et la protection sociale au bénéfice d'opérateurs économiques privés.

Pourtant, Mme la rapporteur du texte à l'Assemblée nationale a été claire lorsqu'elle affirma : « Cette situation, qui est de fait celle d'un système de santé à plusieurs vitesses, est responsable du maintien, voire du creusement des inégalités dans l'accès aux soins, et génère des comportements de renoncement à certains soins pour des raisons financières. »

Hélas, pour résoudre cette inégalité sociale – c'est bien de cela qu'il s'agit –, on nous propose de combattre la protection sociale obligatoire à deux vitesses, non pas en remédiant à cette situation, mais en proposant de transposer cette situation à la protection sociale complémentaire. Car, soyons clairs, nos concitoyennes et concitoyens les plus modestes, ceux par exemple qui sont assujettis à la CMU et à la CMU-C, dont plus de 33 % ont déjà renoncé aux soins pour des raisons financières, et qui sont de fait parmi les plus nombreux à renoncer aux soins, ne seront pas demain mieux remboursés qu'ils ne l'étaient hier, et ne bénéficieront d'aucun accès facilité aux soins.

Les personnes âgées ou en situation de handicap, qui peinent à se déplacer et dont les frais de santé sont parmi les plus importants, seront discriminées, si elles ne peuvent s'inscrire dans un réseau de soins en raison de leur manque de mobilité, par rapport aux autres adhérents qui, eux, n'ont pas de difficulté à se déplacer.

Quant à celles et ceux qui ne peuvent pas souscrire une mutuelle, faute de moyens suffisants, mais ne sont pas bénéficiaires pour autant de la CMU, l'adoption de ce texte n'améliorera en rien leur accès aux soins.

En effet, pour ces derniers et, d'une manière générale, pour tous nos concitoyens, la seule manière efficace de réduire les inégalités territoriales et sociales en matière de santé réside dans le renforcement de notre système de protection sociale.

J'ai bien compris, en commission et aujourd'hui encore, que cet objectif était partagé au-delà des rangs du groupe CRC. Je me réjouis que nous partagions ainsi les mêmes valeurs. Mais cela ne suffit pas, mes chers collègues. Où sont les actes communs ?

Comment interpréter le fait que, comme sous le précédent quinquennat, les 30 milliards d'euros d'exonérations de cotisations sociales consenties aux employeurs perdurent ?

Comme j'ai eu l'occasion de le souligner lors de mon intervention générale, l'ANI, madame la ministre, a encore appauvri la sécurité sociale de 2,5 milliards d'euros, dans le but précisément de renforcer le développement des contrats complémentaires, comme s'il fallait, pour permettre le développement de tels contrats, affaiblir le seul régime solidaire et universel qui existe, la sécurité sociale.

Et aujourd'hui, plutôt que de renforcer la sécurité sociale, plutôt que de rassurer nos concitoyens sur sa place dans les années à venir, nous renforçons les complémentaires.

Tout cela nous inquiète pour l'avenir, puisque nous n'ignorons rien de la tentation que certains nourrissent de substituer progressivement les mutuelles à la sécurité sociale, et de transférer le financement de celle-ci des richesses produites par le travail à la consommation, au moyen d'une augmentation de la CSG ou de la TVA.

Il suffit d'ailleurs de lire avec attention le rapport de l'Assemblée nationale pour s'apercevoir que cette proposition de loi pourrait n'être qu'une étape.

Vous comprendrez, mes chers collègues, que, dès aujourd'hui, le groupe CRC réaffirme que seul l'élargissement du périmètre et du niveau de remboursement des soins par la sécurité sociale est de nature à réduire efficacement et solidairement le reste à charge que supportent actuellement nos concitoyens. Nous devons avoir le courage d'avancer ensemble dans cette voie. Or c'est précisément le chemin inverse que l'on nous propose malheureusement d'emprunter au travers de cet article.

M. le président. La parole est à M. Philippe Bas, sur l'article.

M. Philippe Bas. Mes chers collègues, je me prononcerai en faveur de cet article 1^{er}, tout en assortissant mon vote d'une réserve.

J'estime en effet que les dépenses de santé qui ne sont que faiblement remboursées par l'assurance maladie doivent elles aussi faire l'objet d'une régulation, et que celle-ci ne pourra pas être le fait de l'assurance maladie elle-même.

Cette régulation me semble nécessaire, tout d'abord, pour maîtriser la dépense, ensuite, pour maintenir la qualité des soins, sur laquelle il convient d'être exigeant – ce sera l'objet de ma réserve –, enfin, pour permettre un meilleur accès aux soins dans des domaines où il est rendu plus difficile par le niveau des remboursements de l'assurance maladie.

La situation actuelle, qui se caractérise par une distinction ne reposant sur aucune justification d'intérêt public entre, d'une part, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance et, d'autre part, les mutuelles, ne doit pas perdurer après l'arrêt de la Cour de cassation cité notamment par Alain Milon.

J'estime donc que tous les assureurs complémentaires doivent être traités de la même façon et qu'il faut encourager les mutuelles, qui participent de façon substantielle au remboursement des soins, à adopter un comportement de régulateurs, et non de payeurs aveugles.

Il m'apparaît toutefois extrêmement important – c'est la réserve que je voulais formuler – que les pouvoirs publics ne se désintéressent pas du contenu des conventions qui pourraient être conclues avec les audioprothésistes, les opticiens ou les chirurgiens-dentistes.

Car le véritable écueil de ces réseaux, c'est naturellement la qualité des soins. Si la pression s'exerce exclusivement sur la baisse des prix, et non sur la hausse de la qualité, nous serons finalement perdants en termes de qualité des soins et d'accès aux soins.

Par conséquent, je soutiendrai très fermement l'amendement qui sera tout à l'heure présenté au nom du groupe UMP et qui prévoit que le contenu des conventions établissant ces réseaux sera déterminé par décret en Conseil d'État.

Hormis cette réserve, je soutiendrai dans son principe la mise en place de ces réseaux, et je voterai donc l'article 1^{er}.

M. le président. L'amendement n° 8 rectifié, présenté par MM. Barbier, Mézard, Bertrand, Collin et Requier, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 9 rectifié, présenté par MM. Barbier, Mézard, Bertrand, Collin et Requier, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

L'article L. 112-1 du code de la mutualité est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Toutefois, les mutuelles ou unions peuvent instaurer des différences de prestations pour l'optique, les audioprothèses ou les soins dentaires prothétiques lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé membre d'un réseau de soins ou avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu un contrat comportant des obligations en matière d'offre de soins. »

Cet amendement n'est pas soutenu.

La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote sur l'article.

M. René-Paul Savary. J'ai été très sensible aux arguments de mon collègue Philippe Bas, et ce sont peu ou prou les mêmes raisons qui me conduiront, pour ma part, à ne pas voter l'article 1^{er}.

L'alignement est une réalité, mais il me semble choquant que ce soit le secteur non marchand qui s'aligne sur le secteur marchand.

Comme Alain Milon l'a souligné, c'est la porte ouverte à des prestations à bas coût qui seront préjudiciables à la qualité du service rendu, sans compter que les patients et les prestataires seront davantage captifs qu'aujourd'hui.

De surcroît, dès que l'on ouvre une brèche, certains sont toujours très prompts à s'y engouffrer.

Ainsi, dans le domaine de l'audition, de nouveaux matériels se développent à destination des personnes dont l'acuité auditive commence à diminuer, avant même que l'on puisse parler de réelle pathologie : il s'agit des assistants d'écoute auditive, commercialisés notamment par Sonalto, dont le marché est estimé à plus de 1 milliard d'euros. La presse s'est récemment fait l'écho de ces dispositifs, dont le coût avoisine les 300 euros, contre 1 500 à 1 800 euros pour une vraie prothèse auditive. Les réseaux seront peut-être tentés de favoriser ce type de matériel moins onéreux, dont la vocation est avant tout médico-sociale, alors que les prothèses ont véritablement vocation à traiter médicalement les problèmes de diminution de l'audition.

Je rappellerai également que le coût sociétal des mutuelles est relativement important. En effet, les aides déjà existantes à l'acquisition d'une mutuelle sont renforcées dans le cadre de l'ANI. De surcroît, le montant des baisses fiscales et des diminutions de cotisations sociales est estimé dans de nombreux articles de presse à 5,6 milliards d'euros, auxquels s'ajouteront 2 milliards d'euros...

M. Alain Néri. Pouvez-vous nous rappeler qui a augmenté les charges des mutuelles ?

M. René-Paul Savary. Vous le constatez, mes chers collègues, pour l'État, le coût des mutuelles sera plus élevé. Il s'additionne d'ailleurs aux prestations sociales. C'est la raison pour laquelle je voterai contre l'article 1^{er}.

M. le président. La parole est à M. Jean-François Husson, pour explication de vote.

M. Jean-François Husson. Je l'ai déjà dit mais je vous le confirme, mes chers collègues, je voterai l'article 1^{er} par souci d'équité entre les acteurs du secteur du remboursement complémentaire au régime obligatoire.

Je veux également rappeler que, au cours de la table ronde, une quasi-unanimité s'est dégagée. Après l'exposition des points de vue, seul un acteur n'a pas considéré que le dispositif qui nous est proposé fût bon. C'est une question de justice pour les acteurs de l'économie sociale et solidaire, dont font partie les mutuelles. Pour tenir ce propos, je me réfère de nouveau au débat que nous avons eu lors de la transcription de l'accord national interprofessionnel dans la législation.

Je trouve un peu surprenant que certains de mes collègues siégeant sur les travées de cet hémicycle, quelle que soit leur sensibilité politique, ne s'intéressent pas suffisamment aux besoins et au mode de vie de nos concitoyens. Ces derniers recherchent des garanties et des niveaux d'écoute et de services différenciés, quels que soient les acteurs.

Tout à l'heure, le secteur de l'assurance a été qualifié de « commercial ». C'est un mot de trop. Faire commerce n'est ni insultant ni injurieux. Le monde de la mutualité, les institutions de prévoyance et les assurances ont chacun leur place. L'ensemble de nos concitoyens auront accès en toute connaissance de cause à des niveaux de garanties et de services différenciés. Ils pourront parfois avoir le choix bien que, très prochainement, c'est-à-dire lors de la généralisation, celui-ci commencera à être limité.

M. le président. Je mets aux voix l'article 1^{er}.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe socialiste.

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

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

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

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(*Il est procédé au dépouillement du scrutin.*)

M. le président. Voici le résultat du scrutin n° 322 :

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

Le Sénat a adopté.

Article 2

- ① I. – Après le chapitre III du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre III *bis* ainsi rédigé :
- ② « *Chapitre III bis*
- ③ « **Conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels, les services et les établissements de santé**
- ④ « *Art. L. 863-8.* – I. – Les mutuelles, unions ou fédérations relevant du code de la mutualité, les entreprises d'assurances régies par le code des assurances et les institutions de prévoyance régies par le présent code peuvent, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, conclure avec des professionnels de santé, des établissements de santé ou des services de santé, des conventions comportant des engagements relatifs, pour l'organisme assureur, au niveau ou à la nature des garanties ou, pour le professionnel, l'établissement ou le service, aux services rendus ou aux prestations ainsi qu'aux tarifs ou aux prix.
- ⑤ « Ces conventions ne peuvent comprendre aucune stipulation portant atteinte au droit fondamental de chaque patient au libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé.
- ⑥ « Elles ne peuvent avoir pour effet d'introduire des différences dans les modalités de délivrance des soins par le professionnel, établissement ou service.
- ⑦ « L'adhésion des professionnels, établissements ou services à ces conventions s'effectue sur la base de critères objectifs, transparents et non discriminatoires. L'adhésion ne peut comporter de clause d'exclusivité.
- ⑧ « Tout professionnel, établissement ou service répondant aux critères mentionnés à l'alinéa précédent peut adhérer à la convention. Cependant, les conventions concernant la profession d'opticien-lunetier peuvent prévoir un nombre limité d'adhésions.
- ⑨ « Pour les professionnels de santé autres que ceux appartenant à des professions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 162-14-3 du présent code, ces conventions ne peuvent comporter de stipulations tarifaires relatives aux actes et prestations mentionnées aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 du présent code.

⑩ « Le niveau de la prise en charge des actes et prestations médicaux par les organismes mentionnés au premier alinéa ne peut être modulé en fonction du choix de l'assuré de recourir ou non à un médecin ayant conclu une convention avec ces organismes.

⑪ « II. – L'organisme assureur garantit une information complète auprès de ses assurés ou adhérents sur l'existence du conventionnement, ses caractéristiques et son impact sur leurs droits. »

⑫ II. – (*Non modifié*) Le I s'applique aux conventions conclues ou renouvelées à compter de la date de promulgation de la présente loi.

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Alquier, sur l'article.

Mme Jacqueline Alquier. L'article 2, tel qu'il résulte des travaux de la commission, nous semble être un bon compromis.

Il présente l'avantage de poser les bases des modalités de fonctionnement des réseaux de soins, alors que ceux-ci ne sont encadrés par aucune disposition législative ou réglementaire. Je voudrais remercier une nouvelle fois M. le rapporteur général, qui s'est attelé à ce travail.

Selon nous, il est essentiel de fixer un cadre. C'est vital pour les réseaux de soins et respectueux de leur fonctionnement. Un tel encadrement fermera la porte à toute dérive.

Il faut trouver le bon dosage, ce qui a été fait dans le présent texte, qui, je le répète, est un bon compromis.

Les OCAM, quels qu'ils soient, et les professionnels ou établissements de santé doivent respecter un certain nombre de principes.

Les conventions doivent imposer le libre choix du professionnel ou de l'établissement par le patient, la référence à des critères objectifs, transparents et non discriminatoires pour l'adhésion du professionnel, l'absence de clause d'exclusivité, l'obligation pour les OCAM de fournir aux assurés une information sur l'existence d'un conventionnement, ainsi que sur ses caractéristiques et son impact.

Un tel cadre, vous l'aurez compris, mes chers collègues, est pour nous incontournable. Il doit réunir sur le même plan tous les organismes complémentaires et viser essentiellement des professionnels dont le remboursement des actes par l'assurance maladie est minime, à savoir les chirurgiens-dentistes, les opticiens et les prothésistes, les médecins restant en dehors de ces réseaux.

L'article 2 pose également le principe d'une vigilance envers les opticiens. Les réseaux de soins devront être ouverts à tous les professionnels qui remplissent les conditions fixées par les conventions, sauf aux professionnels de l'optique dont la démographie galopante impose de fixer un nombre limité d'opticiens par zone géographique. Il s'agit d'une mesure de protection pour cette profession, qui risque de se retrouver dans de grandes difficultés.

Telles sont toutes les raisons qui nous conduisent à vous répéter, monsieur le rapporteur général, que nous apprécions la méthode utilisée, le cadre proposé.

La présente proposition de loi et son article central représentent pour les parlementaires que nous sommes une opportunité et une nécessité. L'article 2 améliore le droit existant en fixant des principes qui clarifient et rassurent en tant que de besoin quant au fonctionnement des réseaux de soins. N'en

faisons pas l'économie et ne perdons pas de vue que derrière le système, il y a des patients et l'amélioration des soins de nos concitoyens, dont certains sont de plus en plus fragilisés. (*Applaudissements sur les travées socialistes.*)

M. le président. La parole est à M. Dominique Watrin, sur l'article.

M. Dominique Watrin. L'article 2 de la proposition de loi que nous examinons, bien que modifié par M. le rapporteur général lors des travaux de la commission des affaires sociales, nous conduit à nous interroger dans la mesure où, de toute évidence, le champ des réseaux de soins auquel sont associés des remboursements différenciés est bien plus vaste que celui qui est constitué par les trois domaines pris à chaque fois en exemple, à savoir le secteur dentaire, l'optique et l'audioprothèse.

En effet, si l'exposé des motifs de la proposition de loi visait explicitement les dentistes, les opticiens et les audioprothésistes, la rédaction actuelle fait référence aux professionnels de santé, aux établissements et aux services de santé. *In fine*, pourrait être concerné par ce texte l'ensemble des professions réglementées par le code de la santé publique, ainsi que les autres intervenants du secteur de la production de services de santé, soit, potentiellement, de multiples professions. Les propos de Mme la ministre ne nous rassurent pas sur ce point, en tout cas pour ce qui concerne l'avenir.

Je note d'ailleurs que cette proposition de loi permettra également aux organismes complémentaires, mutuelles comme assurances privées, de conclure des conventions avec des établissements de santé, sans que ces derniers se voient imposer des règles de bon sens, comme le respect des tarifs opposables. Or, si l'on veut défendre les patients, ne faudrait-il pas commencer par là ?

En réalité, sans l'avouer réellement, ce texte vise à permettre aux opérateurs économiques, qui viennent compléter, pour ne pas dire concurrencer, la sécurité sociale, de constituer un système parallèle de soins à l'américaine, dit HMO, *Health Maintenance Organization*. Je rappelle, pour mémoire, son fonctionnement : des organismes privés gèrent la protection sociale que les grandes entreprises accordent à leurs salariés. Ils agréent médecins et hôpitaux et surveillent les dépenses des patients, ainsi que les prescriptions des praticiens.

Or ce système entre en concurrence frontale avec les fondements et la visée même de notre système de protection sociale obligatoire issue des luttes sociales et de la Libération. Il va en revanche dans le sens du projet de directive élaboré par la Commission européenne, qui demande de lever toutes les barrières à une activité commerciale de santé, et exige une égalité de traitement entre tous les opérateurs économiques de santé, privés comme publics, ce que le groupe CRC continue de combattre.

Par ailleurs, il n'est pas possible de passer sous silence le mouvement centrifuge qui écarte du système de santé les populations les plus fragiles économiquement, notamment en raison du coût même des complémentaires, ni les risques possibles de restriction de l'offre dans les territoires ruraux, les réseaux ayant en effet tendance à se concentrer autour des centres urbains.

Voulons-nous un système reposant non plus sur l'universalité garantie par la loi, mais sur une logique de conventionnement ? C'est pourtant cette dernière qui est déjà mise en œuvre dans le régime obligatoire de base. Loin de faire

preuve de son efficacité, elle démontre plutôt ses limites. Ainsi, le conventionnement, qui permet aux professionnels de santé de bénéficier d'une prise en charge partielle de leurs cotisations sociales, en contrepartie du respect des tarifs opposables, n'empêche et ne limite en rien l'explosion des dépassements d'honoraires, que nos concitoyens perçoivent à raison comme une discrimination tarifaire dans l'accès aux soins.

Qui plus est, la politique conventionnelle dont cette proposition de loi se réclame est avant tout destinée à la médecine générale et libérale. Elle correspond mal à d'autres formes de médecine, comme celle qui est pratiquée dans les centres de santé.

Ces derniers se sont d'ailleurs vu appliquer une tacite reconduction de la convention précédente, calquée pour l'essentiel sur ce qui est prévu pour les médecins généralistes. On ne prend donc pas en compte la plus-value qu'ils apportent au regard de l'accès aux soins et de la qualité de ceux-ci. De plus, on risque, par contrecoup, d'impacter le modèle économique des centres de santé. La Fédération nationale des centres de santé et même la Mutualité française, que nous avons reçue dans le cadre de l'examen de cette proposition de loi, regrettent d'avoir été mises devant le fait accompli et auraient préféré qu'une véritable négociation puisse s'ouvrir avec les centres de santé.

Pour toutes ces raisons, le groupe CRC ne soutiendra pas cet article. (*Mme Laurence Cohen applaudit.*)

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

L'amendement n° 5 rectifié, présenté par M. Milon, Mmes Boog, Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mme Cayeux, M. de Raincourt, Mme Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mmes Giudicelli, Hummel et Kammermann, MM. Laménie, Longuet et Pinton, Mme Procaccia et MM. Savary et Mayet, est ainsi libellé :

Alinéas 4 à 8

Remplacer ces alinéas par deux alinéas ainsi rédigés :

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

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

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Le présent amendement prévoit qu'un décret en Conseil d'État, en concertation avec les professionnels concernés, apporte des garanties concrètes, en fixant précisément les règles de tout conventionnement par l'ensemble des organismes complémentaires.

En outre, les règles de conventionnement appliquées par les organismes complémentaires doivent être harmonisées.

Par ailleurs, cet amendement prévoit que les réseaux de soins sont ouverts. Ils ne permettront donc pas de *numerus clausus*, afin de préserver l'indépendance des professionnels.

L'adoption de ces principes serait de nature à rassurer tant les professionnels concernés que les assurés et permettrait de diminuer les restes à charge sans enfermer les praticiens dans des réseaux ni restreindre la liberté de choix des patients.

Je tiens à le souligner, cet amendement reprend en partie le texte du compromis trouvé par la commission mixte paritaire qui s'était réunie lors de l'examen de la loi Fourcade. Si nous n'avons pas repris l'idée d'une expérimentation sur trois ans, il nous semble toutefois indispensable d'uniformiser les modes de conventionnement.

M. le président. L'amendement n° 13 rectifié, présenté par Mmes Procaccia, Bruguière, Cayeux, Debré et Deroche et MM. Cambon, Cardoux, J. Gautier, Milon et Savary, est ainsi libellé :

Alinéa 4

Supprimer les mots :

ou par l'intermédiaire d'un tiers,

La parole est à Mme Catherine Procaccia.

Mme Catherine Procaccia. Au travers de cet amendement, il s'agit d'affirmer qu'une prestation médicale ne peut être un acte commercial.

Transférer à des sociétés financières non soumises au code des assurances, au code de la mutualité ou au code de la sécurité sociale une partie des prérogatives de l'assurance maladie en matière de gestion et de mise en œuvre de la politique sanitaire constituerait une dérive du système de santé.

Nous proposons donc de supprimer les mots « ou par l'intermédiaire d'un tiers ». En effet, un tiers commercial, qui n'est ni une mutuelle, ni une société d'assurance, ni un organisme de prévoyance, ne possède qu'une vocation financière.

Ainsi formulé, ce paragraphe respecte bien l'article L. 162-14-3 du code de la sécurité sociale et prévoit, pour l'assurance maladie complémentaire, le même encadrement que l'assurance maladie obligatoire, en excluant l'introduction d'intermédiaires s'agissant du conventionnement avec les professionnels de santé.

M. le président. L'amendement n° 10 rectifié, présenté par MM. Barbier, Mézard, Bertrand, Collin et Requier, est ainsi libellé :

Alinéa 4

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Jean-Claude Requier.

M. Jean-Claude Requier. Aux termes de l'alinéa 4 de l'article 2, les organismes complémentaires peuvent conclure des conventions avec un professionnel, un établissement ou un service de santé.

Cet amendement vise à compléter cet article, en prévoyant qu'un décret, en concertation avec les professionnels concernés, fixe les règles de tout conventionnement, dans le but de les harmoniser.

M. le président. L'amendement n° 2, présenté par MM. Roche, Vanlerenberghe et Amoudry, Mmes Dini et Jouanno, M. Marseille et les membres du groupe Union des Démocrates et Indépendants - UC, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Jean-Marie Vanlerenberghe.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. L'objet de cet amendement est de garantir la « médicalité » des conventions complémentaires, en précisant qu'elles devront être conformes à un cahier des charges établi par l'autorité indépendante compétente, à savoir la Haute Autorité de santé, la HAS.

Nous en avons bien conscience, l'intervention de la HAS n'est pas, en l'occurrence, des plus appropriées. On nous a fait observer en commission qu'elle ne serait pas dans son rôle, dans la mesure où elle n'est censée intervenir qu'auprès des professions de santé. Or certains des professionnels concernés par le présent texte ne relèvent pas de cette catégorie.

Toutefois, chacun l'aura compris, il s'agit d'un amendement d'appel, qui soulève un vrai problème.

Aujourd'hui, rien ne garantit le contenu strictement médical des conventions conclues par les OCAM avec les professionnels, établissements et services de santé, ce qui est une lacune extrêmement préoccupante du dispositif mis en place par le présent texte.

En effet, la qualité médicale des soins est intrinsèquement liée au contenu économique des accords en question. Autrement dit, il ne faudrait pas que la qualité des soins et matériels médicaux soit sacrifiée sur l'autel de l'efficacité économique desdits réseaux.

Or, aujourd'hui, les conventions sont élaborées par les OCAM, en concertation, certes, avec les organes représentatifs des professions concernées, par exemple, pour le dentaire, la Confédération nationale des syndicats dentaires, avant d'être soumises à l'avis de l'Autorité de la concurrence. Elles ne font donc l'objet d'aucun contrôle médical indépendant.

Bien sûr, la profession s'autocontrôle et assure le respect des bonnes pratiques, lorsqu'elle dispose d'un ordre, ce qui n'est pas le cas de toutes les professions intéressées par la proposition de loi. Qui plus est, la profession est, par nature, partie au contrat. Quant à l'Autorité de la concurrence, cela va sans dire, elle n'est tout simplement pas une autorité médicale.

Par cet amendement, nous vous interrogeons donc, madame la ministre, sur la manière dont les pouvoirs publics contrôleront la qualité médicale des conventions.

M. le président. L'amendement n° 18, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission, est ainsi libellé :

I. - Alinéa 5

Compléter cet alinéa par les mots :

et au principe d'égal accès aux soins

II. - Alinéa 6

Supprimer cet alinéa.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Par cet amendement, la commission entend inscrire dans cette loi le principe d'égal accès aux soins. Nous souhaitons éviter d'éventuelles dérives, qui pourraient aboutir à donner une priorité à un patient non pas sur des critères médicaux, mais sur le fait qu'il bénéficie de tel ou tel contrat d'organisme complémentaire.

Monsieur le président, la commission demande le vote par priorité de cet amendement, ainsi que du sous-amendement n° 19, avant l'amendement n° 5 rectifié.

M. le président. Le sous-amendement n° 19, présenté par MM. Roche, Vanlerenberghe, Marseille et les membres du groupe Union des Démocrates et Indépendants - UC, est ainsi libellé :

Amendement n° 18, alinéa 3

Rédiger ainsi cet alinéa :

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

La parole est à M. Gérard Roche.

M. Gérard Roche. Sur l'amendement n° 1, un compromis a été trouvé en commission des affaires sociales.

Comme nous le confirmera M. le rapporteur, la commission y est favorable, à condition que nous le reformulions, ce que nous acceptons.

Au départ, il s'agissait, je l'ai dit au cours de la discussion générale, de permettre aux opticiens-lunetiers installés dans des communes de moins de 5 000 habitants d'adhérer librement à toute convention complémentaire.

C'est toute la problématique du réseau ouvert ou fermé qui est ainsi posée. La première mouture du texte ne tranchait pas sur ce sujet clef. Il est pourtant clair que les réseaux ouverts garantissent à l'assuré une meilleure accessibilité, en particulier géographique, aux soins.

Remarquons également que, même du point de vue du professionnel, le réseau fermé n'est pas une bonne solution, dans la mesure où il instaure un *numerus clausus* tournant. Tous les trois ans, l'appel d'offres est relancé et de nouveaux prestataires sont conventionnés en remplacement des précédents.

La clientèle se déplace donc, ce qui dévalorise d'autant l'activité et met les prestataires à la merci des complémentaires.

C'est donc dans l'intérêt tant de l'assuré que du professionnel que le texte issu des travaux de notre commission a enfin tranché en faveur des réseaux ouverts.

Sur l'initiative de notre rapporteur, le texte pose ainsi la règle selon laquelle les réseaux sont, par principe, ouverts, ce dont nous ne pouvons que nous réjouir. Tout professionnel peut adhérer à la convention.

Cependant, une exception est maintenue pour les opticiens-lunetiers. Elle se justifie par la très importante démographie de cette profession. Nous le comprenons, l'ouverture totale des réseaux dans ce domaine reviendrait à les vider de leur substance.

Néanmoins, il ne faut pas pour autant en oublier purement et simplement l'impératif d'assurer un maillage et une densité suffisants pour concrétiser l'accessibilité géographique du service pour l'assuré.

Pour remédier à une telle difficulté, nous proposons que les opticiens-lunetiers installés dans des communes de moins de 5 000 habitants adhèrent librement à la convention.

Mais nous avons entendu l'argument pertinent qui nous a été opposé : un tel système engendrerait une rupture d'égalité. En particulier, cela favoriserait, en zone urbaine, les opticiens de banlieue, au détriment des opticiens d'une agglomération centrale.

Aussi, nous retirons cet amendement n° 1 en lui substituant un sous-amendement à l'amendement n° 18 de la commission qui a été présenté voilà quelques instants, en modifiant l'alinéa 3. L'objet de ce sous-amendement est de prendre en compte les zones sous-médicalisées, en particulier rurales et de montagne, en précisant que les conventions doivent respecter les exigences de proximité dans l'accès aux soins.

M. le président. Je suis saisi d'une demande de la commission tendant au vote par priorité de l'amendement n° 18 et, par conséquent, du sous-amendement n° 19.

Aux termes de l'article 44, alinéa 6, du règlement du Sénat, la priorité est de droit quand elle est demandée par la commission saisie au fond, sauf opposition du Gouvernement.

Quel est l'avis du Gouvernement sur cette demande de priorité ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis favorable.

M. le président. La priorité est de droit.

L'amendement n° 4, présenté par MM. Roche, Vanlerenberghe et Amoudry, Mmes Dini et Jouanno, M. Marseille et les membres du groupe Union des Démocrates et Indépendants - UC, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Jean-Marie Vanlerenberghe.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. L'objet de cet amendement est de garantir un remboursement minimal dans le cadre du remboursement différencié.

Ce dernier, en effet, doit conduire à bonifier le remboursement au sein des réseaux – personne ne peut contester ce fait –, mais certainement pas à dérembourser les assurés qui ne pourraient avoir recours à un professionnel, un établissement ou un service de santé membre du réseau.

C'est le plus grand risque auquel nous expose le développement du remboursement différencié, qui pourrait avoir pour effet d'accroître le reste à charge de certains assurés, et ce à cotisation égale, ce qui est exactement l'inverse de l'effet escompté.

Pour que le remboursement différencié ait un effet vertueux, il faut que trois conditions soient réunies.

Premièrement, il est nécessaire que le réseau produise un « effet volume » et une certaine standardisation permettant une baisse des coûts de fourniture.

Deuxièmement, la convention OCAM doit imposer que cette baisse des coûts de fourniture soit répercutée sur les prix des professionnels signataires.

Troisièmement, la convention doit imposer à son tour à l'OCAM de répercuter le gain lié à la baisse des prix, par le biais d'une majoration de remboursement.

La deuxième étape, en particulier, est un point clef, parce que, si le remboursement différencié n'est pas accompagné d'un accord tarifaire, les OCAM peuvent avoir la tentation de financer la bonification de remboursement des assurés consultant dans le réseau en pénalisant les assurés qui ne pourraient pas le faire. C'est ce qu'il faut surtout éviter.

Pour ce faire, nous proposons, à travers cet amendement, de poser explicitement le principe selon lequel les conventions complémentaires « ne peuvent avoir pour effet de réduire le niveau de la prise en charge des actes et prestations médicaux [...] en fonction du choix de l'assuré de recourir ou non à un professionnel, établissement ou service de santé ayant conclu une convention avec ces organismes ».

On nous a fait remarquer en commission que, si la problématique était réelle, l'amendement posait un problème technique. En effet, pour éviter une réduction de prise en charge, il faut une référence, un standard en quelque sorte, et un ancrage dans le temps. Dans ce but, nous pourrions rectifier notre amendement de manière à préciser que c'est à la date de leur signature que ces conventions ne peuvent avoir pour effet de réduire ce niveau de prise en charge.

M. le président. L'amendement n° 11 rectifié, présenté par MM. Barbier, Mézard, Bertrand, Collin et Requier, est ainsi libellé :

Alinéa 8, seconde phrase

Supprimer cette phrase.

La parole est à M. Jean-Claude Requier.

M. Jean-Claude Requier. La commission a souhaité interdire les réseaux de soins fermés, sauf à la profession d'opticien-lunetier.

Selon le rapporteur général, « un réseau fermé peut se justifier dans l'optique en raison de l'absence de maîtrise en amont du nombre de professionnels et de l'ouverture des magasins ».

Pour notre part, nous considérons au contraire que tout professionnel de santé qui en fait la demande doit pouvoir adhérer à un réseau de soins dès lors qu'il respecte les termes du conventionnement. Il s'agit de garantir à l'assuré le libre choix de son praticien et d'éviter une restriction de l'offre accessible au patient, notamment dans les zones rurales.

Notre amendement vise donc à interdire les réseaux fermés, y compris au secteur de l'optique.

M. le président. L'amendement n° 1, présenté par MM. Roche, Vanlerenberghe et Amoudry, Mmes Dini et Jouanno, M. Marseille et les membres du groupe Union des Démocrates et Indépendants - UC, est ainsi libellé :

Alinéa 8, seconde phrase

Compléter cette phrase par les mots :

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

Cet amendement a été retiré.

L'amendement n° 14 rectifié *bis*, présenté par Mmes Procaccia, Bruguière, Cayeux, Debré et Deroche et MM. Cambon, Cardoux, J. Gautier, Milon et Savary, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 8

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Catherine Procaccia.

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

À titre d'exemple, le partenariat mis en œuvre depuis dix-sept ans dans le cadre d'un protocole entre la Mutualité Fonction Publique et la Confédération nationale des syndicats dentaires garantit au patient l'indépendance du praticien et lui assure qu'il recevra des soins adaptés à son état de santé. Il organise les rapports entre les mutuelles de la fonction publique et les chirurgiens-dentistes signataires et permet de diminuer le reste à charge des patients qui bénéficient d'une prestation améliorée sur des honoraires plafonnés. C'est un réel progrès en matière d'accès aux soins puisque plus de 26 000 chirurgiens-dentistes y ont adhéré, sur 35 000 praticiens libéraux.

Le conventionnement suivant un accord avec les syndicats représentatifs, il a d'ailleurs reçu une consécration avec la signature par l'UNOCAM et les syndicats représentatifs d'une charte de bonnes pratiques.

Pour ces raisons, nous proposons, par cet amendement, que les conventions soient conformes aux modèles types nationaux négociés par les organisations professionnelles représentatives.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission émet un avis favorable sur le sous-amendement n° 19, qui s'inscrit en cohérence avec la position que celle-ci avait adoptée à l'égard de l'amendement n° 1, sous réserve que celui-ci fit l'objet d'une rectification rédactionnelle.

Les auteurs des amendements n° 5 rectifié et 10 rectifié demandent qu'un décret, pris en concertation avec les organisations représentatives, fixe les règles des conventions entre les OCAM et les professionnels.

Ils reprennent l'idée qui avait finalement prévalu, après moult débats et sous un autre gouvernement, lors de l'examen de la proposition de loi dite « Fourcade ».

J'ai longtemps été séduit par cette idée d'un encadrement national qui fixerait les principes de fonctionnement des réseaux, mais j'y ai renoncé, et ce pour plusieurs raisons.

D'abord, sur le plan juridique, je ne sais pas à quel point le Conseil constitutionnel n'estimerait pas, comme pour l'ANI, qu'il s'agit d'une atteinte disproportionnée à la liberté contractuelle. Tout dépendrait naturellement de ce qu'il y aurait effectivement dans ce décret.

Ensuite, si nous voulons justement rester dans « l'épure » du Conseil, je ne vois pas ce qui pourrait être écrit dans ces principes que la présente proposition de loi ne fixe pas déjà elle-même : liberté de choix du praticien, critères objectifs, transparents et non discriminatoires, absence d'exclusivité. J'ai proposé d'y ajouter la non-discrimination pour les patients. À partir de ces éléments, renvoyer à un décret n'apporte pas véritablement de plus-value particulière.

En outre, l'adoption de ces amendements créerait une insécurité juridique manifeste pour tous les contrats qui seront renouvelés entre la promulgation de la loi et celle du décret : ces conventions seront-elles légales ? Ce n'est guère certain et ce serait très dommageable pour l'ensemble des acteurs concernés. Par exemple, les conventions « tiers payant » qui existent aujourd'hui avec les établissements de santé seraient fragilisées, voire sans fondement, tant que le décret ne serait pas paru, ce qui pénaliserait au final les patients.

Enfin, les amendements n° 5 rectifié et 11 rectifié ne visent à autoriser que des réseaux ouverts. J'ai déjà expliqué pourquoi j'estimais nécessaire de permettre des réseaux fermés en optique : 2 000 diplômés sortent chaque année des écoles et leur nombre, comme celui des points de vente, a explosé ces dernières années. Cette situation est totalement différente de celle des autres professions de santé ; c'est pourquoi un traitement particulier doit leur être réservé.

Tous les rapports que j'ai pu lire sur cette question expliquent que les OCAM doivent être en mesure de fixer un *numerus clausus* s'ils veulent disposer d'un moyen de négociation sur les prix. Or cette négociation sur les prix est essentielle – même si je fais miens les propos qui ont été tenus tout à l'heure sur la question de la qualité – : c'est bien cette négociation qui peut faire baisser le reste à charge des patients.

Par conséquent, la commission émet un avis défavorable sur les amendements n° 5 rectifié, 10 rectifié et 11 rectifié.

L'amendement n° 13 rectifié vise à supprimer la possibilité pour les organismes complémentaires de conclure des conventions « par l'intermédiaire d'un tiers ».

Là aussi, il me semble que nous porterions atteinte de manière disproportionnée à la liberté contractuelle et à la liberté d'entreprendre, pour reprendre les termes du Conseil constitutionnel.

Aussi, la commission sollicite le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

L'amendement n° 2 tend à préciser que les conventions entre un OCAM et un professionnel, établissement ou service de santé sont établies en conformité avec un cahier des charges adopté par la Haute Autorité de santé.

J'ai déjà indiqué pourquoi un cahier des charges national me semblait inadapté à ce stade de nos débats. Surtout, un tel cahier des charges ne serait pas de la compétence de la Haute Autorité de santé, qui est chargée d'établir des référentiels de pratique professionnelle.

D'ailleurs, lorsque l'assurance maladie négocie elle-même des conventions, elle ne consulte pas la Haute Autorité de santé. Nous avons eu un large débat en commission et chacun est convenu que cette instance n'était pas compétente sur ce sujet.

Je rappelle également que les professionnels de santé exercent déjà leur métier dans un cadre largement réglementé, notamment en termes de déontologie ou de bonnes pratiques. Les contrôles existent déjà et le rapport prévu à l'article 3 permettra d'identifier d'éventuels problèmes.

Là encore, la commission sollicite le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

L'amendement n° 4 porte sur le niveau de prise en charge par les OCAM. Nous entendons bien la démarche du groupe UDI-UC, qui demande que les conventions ne puissent avoir pour effet de « réduire le niveau de la prise en charge des actes et prestations médicaux [...] en fonction du choix de l'assuré de recourir ou non à un professionnel [...] ».

Si je comprends l'esprit de l'amendement, je considère que sa portée pratique est plus difficilement perceptible, car l'expression « réduire la prise en charge » renvoie nécessairement à une règle ou à une temporalité. Réduire par rapport à quoi ? Or, dans ce texte, nous sommes dans le cadre des relations contractuelles entre un OCAM et son adhérent ou un professionnel. Les conditions de la prise en charge sont fixées par le contrat, qui devra prévoir les conditions de remboursement en cas de consultation dans un réseau ou non.

Grâce à l'alinéa sur l'information des adhérents, nous allons faire en sorte que ceux-ci soient pleinement informés des conditions du fonctionnement de l'éventuel réseau. C'est un progrès qui répond en partie à la problématique de l'amendement.

La commission sollicite le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

Enfin, l'amendement n° 14 rectifié *bis* vise à renvoyer la conformité des conventions avec les professions médicales à un modèle type négocié avec les organisations professionnelles.

J'ai déjà évoqué cette question : un modèle type me semble aller clairement à l'encontre du principe constitutionnel de liberté contractuelle en matière de complémentaire santé. Je rappelle que, juridiquement, nous ne sommes pas ici dans le champ de la sécurité sociale.

En outre, sans aucune obligation de résultat, la négociation envisagée aurait toute chance d'échouer, ce qui condamnerait tous les conventionnements en vigueur dans les professions concernées.

Aussi, la commission émet un avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Comme je l'ai indiqué dans la discussion générale, je suis pleinement favorable à la réaffirmation du principe d'égal accès aux soins, que le rapporteur général rappelle dans son amendement n° 18, même si ce rappel n'est pas nécessaire d'un strict point de vue juridique, dans la mesure où ce principe est déjà posé dans le code de la santé publique.

Monsieur Roche, par votre sous-amendement, vous souhaitez réaffirmer quant à vous « les principes d'égalité et de proximité dans l'accès aux soins ». Je comprends que, dans votre esprit, il s'agit aussi de réaffirmer ce principe d'égal accès aux soins dans toutes ses dimensions – financières et géographiques. À vous, à Jean-Marie Vanlerenberghe, je veux dire que je partage votre préoccupation que la constitution de réseaux de soins n'ait pas pour conséquence paradoxale qu'une partie de la population, pour des raisons géographiques, soit confrontée à des difficultés sinon accrues, du moins nouvelles.

Ainsi, des conventionnements seraient conclus plus facilement avec des professionnels implantés dans l'agglomération où ceux-ci sont en plus grand nombre, et moins facilement avec des professionnels situés, par exemple, dans des secteurs ruraux ou des secteurs difficiles, ayant un chiffre d'affaires – disons les choses clairement – moins important et qui pourraient donc présenter une moindre attractivité pour les réseaux.

Je comprends votre préoccupation et je la partage, mais je vous fais part de mon interrogation quant à la manière dont vous comptez, au travers de votre sous-amendement n° 19, y apporter une réponse. C'est pourquoi j'émettrai non pas un avis défavorable, mais un avis de sagesse sur ce sous-amendement.

Je suis perplexe, parce que le principe de proximité n'est pas défini juridiquement. Par conséquent, le risque auquel nous serons tous confrontés demain, c'est que la mise en œuvre de ce principe ou l'évaluation de sa mise en œuvre par un juge, le cas échéant,...

M. Jean-François Husson. La proximité !

Mme Marisol Touraine, ministre. ... pose des difficultés. Qu'est-ce que la proximité ? Quel est son rayon en termes de kilomètres ? Aucune référence n'existe à ce sujet dans notre droit.

Pour ma part, j'aurais préféré que l'affirmation de ce principe, auquel nous sommes attachés comme élément de l'égal accès aux soins, soit effectuée dans l'article 3 lors de l'élaboration du rapport. Dans ce cas, nous aurions pu commencer à poser dans ce dernier des références, des éléments nous permettant d'apprécier concrètement ce que veut dire cette proximité.

Très honnêtement, monsieur le sénateur, la transformation de votre sous-amendement en amendement à l'article 3, et partant, son retrait dans le cadre de cet article 2, m'aurait semblé judicieuse. Si vous ne le souhaitez pas, j'émettrai un avis de sagesse, en réaffirmant ma perplexité quant à l'appréciation concrète de cette mesure par un juge.

Les amendements n° 5 rectifié, 10 rectifié et 14 rectifié *bis*, à des titres divers, posent le principe que la loi n'est pas d'application directe et que sa mise en œuvre nécessite un décret.

Or, la proposition de loi telle qu'elle est rédigée, contrairement à la proposition de loi Fourcade, est suffisamment précise pour être d'application directe. Nous n'avons donc pas besoin d'un cahier des charges, quelles que soient les modalités de sa mise en place, puisque celles-ci ne sont pas exactement identiques dans les trois amendements précités.

Par conséquent, je suis défavorable à ces trois amendements.

L'amendement n° 13 rectifié de Mme Procaccia a pour objet d'interdire à un intermédiaire la possibilité de conclure ces réseaux. Cela reviendrait à refuser à plusieurs mutuelles de s'associer pour appartenir au même réseau et de discuter ensemble de sa mise en place. Cet amendement ne me paraît pas aller dans le sens de la proposition de loi. Aussi, j'émetts un avis défavorable.

L'amendement n° 11 rectifié reprend une partie de l'amendement n° 5 rectifié pour ce qui est des réseaux fermés. Je ne reviendrai pas sur ce qu'a excellemment dit M. le rapporteur et sur les propos que j'ai tenus à la tribune pour émettre un avis défavorable sur ces deux amendements. Il me semble qu'une question juridique est posée, et au-delà, une question d'appréciation du mode de fonctionnement de ces réseaux. L'enjeu n'est pas de savoir si un réseau est ouvert ou fermé ; il est bien, comme l'a affirmé M. Roche, de savoir si l'égal accès aux soins dans le cadre de ces réseaux est garanti.

S'agissant de l'amendement n° 2, monsieur Vanlerenberghe, je vous demande de bien vouloir le retirer. J'entends votre souhait que la qualité des réseaux et des soins au sein de ces réseaux puisse faire l'objet d'une évaluation. Je prends l'engagement, ici devant vous, que cette évaluation soit faite dans le cadre du rapport qui sera élaboré.

Vous l'avez dit vous-même, la Haute Autorité de santé n'est pas l'institution adaptée pour mettre en œuvre ce que vous avez indiqué. C'est pourquoi il serait préférable que vous retiriez cet amendement ; à défaut, je serai contrainte d'émettre un avis défavorable.

Sur l'amendement n° 4, je comprends également la préoccupation que vous avez exprimée, messieurs Vanlerenberghe et Roche, mais je suggère également le retrait de cet amendement ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

Interdire le remboursement différencié, c'est, selon vous, accepter qu'on améliore la situation mais pas qu'on la dégrade. Mais par rapport à quelle base de départ ? Il n'en existe aucune, contrairement à l'assurance maladie.

Par définition, lorsque les complémentaires, les mutuelles vont définir des réseaux et en faire partie, elles vont avoir la possibilité de redéfinir leurs contrats. En cas de dégradation de certaines prestations, les adhérents seront évidemment informés et pourront automatiquement se retirer de la mutuelle visée, puisque le contrat aura été modifié.

Par conséquent, on ne sait pas très bien par rapport à quelle référence la situation peut être appréciée ? Si cet amendement n'était pas retiré, compte tenu de sa difficulté d'application, j'émettrai, je l'ai dit, un avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Jean-Noël Cardoux, pour explication de vote sur le sous-amendement n° 19.

M. Jean-Noël Cardoux. Ayant écouté attentivement l'ensemble des propos qui ont été tenus, je vais expliquer les raisons qui me conduisent à voter en faveur de l'amendement n° 5 rectifié présenté par Alain Milon.

Je constate que le Sénat a adopté l'article 1^{er}, qui est fondé sur le principe – il a selon moi été détourné – que les mutuelles doivent être alignées sur la façon dont se comportaient les assurances et les institutions de prévoyance. Or, après vérifications, nous avons constaté un vide juridique en la matière : aucun texte ne codifiait la création de réseaux, ni par les assurances ni par les institutions de prévoyance. Par conséquent, on va calquer un mécanisme sur quelque chose qui n'existait pas et qui a été construit sur le tas au fil du temps, sans doute avec un certain nombre d'anomalies ou d'outrances qu'il aurait été logique de mieux analyser.

La proposition du groupe UMP au travers de cet amendement consiste donc à relancer une négociation avec tous les partenaires professionnels concernés, pour revoir comment l'ensemble des réseaux, quels que soient les intervenants, puissent être organisés, avant d'élaborer ensuite un cadre réglementaire. Il faut repartir à zéro et non se calquer sur ce qui existait sans encadrement formel.

Est évidemment au cœur du problème cette qualité de réseaux. Ce qui m'inquiète à la suite des différentes auditions auxquelles nous avons procédé, c'est que l'on va évaluer, vérifier. Je crains que ne soit mise en route une machine à broyer les professions de santé, qui va les encadrer et leur donner des directives quant à leur comportement professionnel. Or la qualité d'un réseau ne peut se concevoir que sur des éléments objectifs, matériels comme l'environnement, la qualité du cabinet, de l'accueil, du retour des actes, de la façon dont est reçu le client, et non sur la qualité de la prestation médicale, ce qui reviendrait à interférer sur le libre exercice des professions de santé.

Voilà pourquoi je suis inquiet et il me semblerait nécessaire de remettre tout à plat pour aboutir à une solution qui soit acceptable, au lieu de se tourner vers une énième Haute Autorité des réseaux afin de contrôler toutes ces évaluations. J'ai pourtant l'impression, d'après les interventions des uns et des autres, que nous nous engageons dans cette voie.

Enfin, si je vais voter cet amendement concernant également l'ouverture des réseaux, c'est parce que nous sommes dans une économie de libre concurrence. J'ai été surpris, monsieur le rapporteur général, de vous entendre dire que la décision du Conseil constitutionnel sur l'ANI était inattendue. S'il y a une décision qui n'était pas inattendue, c'est bien celle-là ! Tout le monde se doutait que le Conseil constitutionnel allait adopter cette position. En l'occurrence, nous sommes dans le même cas de figure.

À mes yeux, la seule solution est d'ouvrir un réseau, et c'est la qualité de la constitution de ce réseau qui fera la différence. Comme dans l'ANI, puisque la clause de désignation a été transformée en clause de recommandation, je ne pense pas que le fait de recommander un organisme à des organisations syndicales soit de nature à diminuer la réduction de prix que pourrait octroyer cet organisme d'assurance.

Avoir des réseaux ouverts, les constituer afin de garantir leur qualité, avec l'effet de groupe, mécaniquement, nous arriverons à faire baisser les prix. Comme pour tout ce que nous avons abordé ces derniers temps, la libre concurrence est la seule garantie à la fois de la qualité et de la justesse des prix. (*M. Jean-Claude Lenoir applaudit.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Vanlerenberghe, pour explication de vote.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Madame la ministre, vous avez souhaité que nous renvoyions ce sous-amendement à l'article 3. Or celui-ci n'est pas tout à fait de même nature que l'article 2, car il vise à procéder à des évaluations. Je conçois qu'il serait nécessaire de préciser, parmi les critères d'évaluation, la proximité géographique. Il serait peut-être bon d'amender ainsi l'article 3. Puisqu'il comporte un certain nombre de critères, il est possible d'en ajouter.

En revanche, vous l'avez dit vous-même, madame la ministre, le principe d'égal accès aux soins figure *de facto* dans la loi. Il n'est cependant pas inutile de le rappeler ici, à l'instar de M. le rapporteur général au travers de son amendement n° 18.

En outre, vous avez souligné qu'était plus spécialement visé l'accès tarifaire ; mais pourquoi ne pas ajouter la proximité « géographique », puisque vous avez-vous-même employé ce terme, madame la ministre ? La précision serait alors suffisante pour permettre d'agir, si cela s'avérait nécessaire, dans certains cas particuliers, notamment dans les zones rurales s'il advenait qu'elles ne soient pas couvertes.

M. le président. Monsieur Vanlerenberghe, rectifiez-vous votre sous-amendement en ajoutant le terme « géographique » ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Oui, monsieur le président, si Mme la ministre le souhaite.

Mme Marisol Touraine, ministre. Non !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Mais mon sous-amendement peut aussi rester tel quel, car, dans l'esprit de tous, cette proximité est géographique.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. J'essaie d'être cohérent et constant dans mon positionnement.

J'avais donné un avis favorable à la première rédaction. Il apparaît que celle-ci est susceptible de soulever de nombreux contentieux. Le positionnement dans le texte du sous-amendement peut aussi se révéler, Mme la ministre l'a indiqué, source de contentieux, mais dans une moindre mesure.

Je pense qu'il faut s'en tenir à la rédaction telle qu'elle a été proposée dans le sous-amendement n° 19.

M. le président. Monsieur Vanlerenberghe, quelle est, en définitive, votre position ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Je maintiens la rédaction telle qu'elle avait été envisagée, car, dans mon esprit, il n'y avait pas de doute : la géographie, c'est la proximité, et inversement.

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Debré, pour explication de vote.

Mme Isabelle Debré. Madame le ministre, le sous-amendement n° 19 me pose problème. En effet, nous sommes opposés au fait qu'un seul réseau soit fermé. À cet égard, je m'interroge quant à la constitutionnalité d'une telle mesure : est-il normal que le seul réseau des opticiens soit fermé ? Pourquoi cibler cette profession précisément ?

Naturellement, vous allez me répondre que les opticiens sont nombreux, et que, comme chacun de nous dans cet hémicycle, vous visez l'égal accès aux soins pour tous.

Pour autant, adopter le sous-amendement de M. Roche reviendrait à fabriquer une véritable usine à gaz – passez-moi l'expression. Cette disposition sera extrêmement difficile à mettre en œuvre. Voilà pourquoi, je le répète, nous préférons que tous les réseaux soient ouverts. Si on commence à distinguer les zones urbaines et rurales, les agglomérations de plus ou moins 5 000 habitants, les difficultés se révéleront vite innombrables !

C'est la raison pour laquelle nous avons, de même que notre collègue du groupe CRC, posé cette question en commission : si l'on veut réguler effectivement l'activité des opticiens, pourquoi ne pas procéder comme pour les pharmaciens, en fixant un seuil en termes de nombre d'habitants, plutôt que de contraindre cette profession à fonctionner en réseau fermé ?

Certes, le sous-amendement de M. Roche va pour partie dans notre sens, dans la mesure où il tend à assouplir le dispositif. Toutefois, nous ne le voterons pas, car il ne va pas suffisamment loin : nous ne voulons pas de réseau fermé, qui plus est exclusivement pour les opticiens.

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

M. René-Paul Savary. Je suis, moi aussi, particulièrement perplexe face à ces propositions : d'une part, on nous dit qu'il faut véritablement affirmer l'égalité de délivrance des soins et, de l'autre, par le biais du sous-amendement n° 19, on ajoute que, dans telle ou telle zone rurale, certains réseaux pourront être ouverts, alors qu'ils resteront fermés dans d'autres territoires. À ce titre, ce sous-amendement tend à rompre l'égalité de délivrance des soins.

Mes chers collègues, j'attire votre attention sur les difficultés qu'entraînent les réseaux fermés : ce système va véritablement tirer vers le bas un certain nombre de prestations dans le domaine de l'optique.

Récemment, de graves inondations ont frappé le Bangladesh, où sont fabriqués des verres d'excellente qualité, comparables à ceux qui sont produits, en France, par les grands groupes que nous connaissons bien. Or ces groupes qui, à travers les réseaux existants, proposaient déjà à leurs patients des verres provenant du Bangladesh – ce qui n'était bien sûr pas toujours mentionné – se sont aussitôt tournés vers des fabricants français.

On le constate, ces réseaux ont la volonté d'aller vers des prestations *low cost*, quitte à provoquer le cas échéant une baisse de qualité. Ainsi, les verres loupes seront pour les adhérents des réseaux fermés, et les verres médicalisés seront pour les autres ! Cette formule n'est pas la bonne. Bien au contraire, c'est *via* les réseaux ouverts que l'on pourra améliorer la qualité et diminuer le coût des prestations assurées.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. Sauf erreur de ma part, nous allons voter sur le sous-amendement n° 19, puis sur l'amendement n° 18 et, dès lors que celui-ci sera adopté, les autres amendements n'auront plus objet.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Non, pas tous !

M. le président. Seul l'amendement n° 5 rectifié deviendra sans objet, mon cher collègue.

M. Alain Milon. À cet égard, j'en profite pour revenir sur les propos, à mes yeux choquants, qu'a tenus M. le rapporteur général en commission des affaires sociales.

M. Daudigny a très bien indiqué qu'il fallait conserver deux réseaux ouverts, le premier pour les audioprothésistes et le second pour les prothésistes dentaires, car ces professionnels n'étaient pas nombreux. En revanche, il a indiqué que la France formait beaucoup d'opticiens,...

Mme Marisol Touraine, ministre. Et c'est vrai !

M. Alain Milon. ... et qu'en conséquence il fallait disposer d'un réseau fermé dans ce domaine.

Ainsi, le Parlement devrait décider d'exclure du réseau certains opticiens formés par des écoles elles-mêmes agréées par les ministères de l'éducation nationale et de la santé. Cela revient à condamner ces professionnels à mourir. Est-ce notre rôle ? C'est là ma première question. À mon sens, nous n'avons pas le droit d'instituer des réseaux fermés dans de telles conditions.

M. Roche, quant à lui, n'est pas favorable aux réseaux fermés. Il précise à cet égard que, dans son département, tous les petits villages sont sans opticien et que tous les habitants de ces localités ne disposent pas d'une voiture pour se rendre dans la ville la plus proche. Il faut donc, à ses yeux, ouvrir le réseau des opticiens, mais uniquement pour certains territoires et dans certaines conditions. Dans les faits, cette mesure revient à créer des réseaux fermés quoique un peu ouverts, ou des réseaux un peu ouverts mais largement fermés. (*Sourires sur les travées de l'UMP.*) Il s'agit là d'une usine à gaz (*Mme Isabelle Debré opine.*), que les membres du groupe UMP ne peuvent pas accepter. Cela me semble être important.

En outre, j'ai bien entendu ce qu'a dit Mme la ministre : un Français sur cinq renonce chaque année à des soins dentaires ou à des soins d'optique. C'est un chiffre tout à fait considérable. Néanmoins, il ne faut pas oublier que les réseaux, créés depuis une dizaine d'années, structurent déjà plus de la moitié des secteurs dentaire et optique. Si un Français sur cinq renonce à ces soins, c'est donc bien un signe que l'efficacité de ces réseaux n'est pas prouvée, faute de quoi nos concitoyens se seraient tournés vers eux pour l'obtention des soins.

Parallèlement, une étude de Galileo consulting montre que les porteurs de lunettes qui choisissent eux-mêmes leur opticien sont plus satisfaits des conseils de ce dernier, de la personnalisation de la prestation et du service après-vente que ceux qui suivent les recommandations de leur assureur.

J'ajoute que, dans le champ des soins dentaires, qui est le domaine de prédilection des réseaux fermés, la seule mesure sérieuse adoptée au cours des dernières années en matière de prévention – à savoir la prise en charge à 100 % des bilans bucco-dentaires et des soins consécutifs à six, neuf, douze, quinze et dix-huit ans – a été prise non par les réseaux mais par la sécurité sociale ! (*M. François Trucy opine. – MM. Jean-Noël Cardoux et René-Paul Savary applaudissent.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-François Husson, pour explication de vote.

M. Jean-François Husson. Pour ma part, je souhaite réagir brièvement à ce que notre collègue Alain Milon vient de dire au sujet des 20 % de Français qui renoncent aux soins de prothèses optiques ou dentaires.

Je rappelle que des dispositifs de soutien existent, notamment pour l'aide à l'acquisition de la complémentaire santé. Sauf erreur de ma part, seuls 30 % à 35 % des bénéficiaires potentiels y ont actuellement recours. Cela signifie qu'il y a avant tout un problème d'information. Si l'on se penchait collégialement et collectivement sur la situation des deux tiers restants, il serait certainement possible d'améliorer l'accès aux soins.

Concernant ce que j'ai appelé il y a quelques instants la question de l'égalité d'accès aux soins entre les territoires – préoccupation que traduit également la proposition de M. Roche –, je l'affirme quitte à me répéter, il faut éviter de s'entêter.

Le seul réseau fermé proposé, c'est celui des opticiens-lunetiers. Dans ce domaine, nous sommes placés face à une alternative : soit le réseau est ouvert, c'est-à-dire qu'il est régi par la libre concurrence – même s'il s'agit pour certains d'un gros mot. Dans ce cas, tous les problèmes que l'on évoque ici disparaissent !

Mme Isabelle Debré. Tout à fait !

M. Jean-François Husson. Soit le réseau est fermé. À ce titre, je m'en réfère au rapport fourni par l'Assemblée nationale, qui dresse le panorama des réseaux de soins constitués par les organismes complémentaires : y figurent six réseaux, dont la population couverte varie de un à trois. On constate qu'un réseau fermé peut compter 1 700 opticiens contre 10 000 pour un réseau ouvert. Dans le premier cas, la population couverte est de 6,5 millions de personnes et, dans le second, de 2,5 millions.

En matière de baisse des tarifs, pour le réseau qui regroupe 2,5 millions de personnes et 10 000 opticiens-lunetiers, le reste à charge pour les adhérents en contrat individuel s'élève à moins de cinquante euros, contre un peu plus de vingt euros en contrat collectif. Ne nous trompons pas d'enjeu !

Madame la ministre, entendez la voix d'une certaine sagesse sénatoriale ! Si vous acceptez de laisser ouverts l'ensemble des réseaux, chacun y gagnera.

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

Mme Catherine Deroche. Je serai brève, dans la mesure où mes collègues ont déjà tout dit.

Alain Milon a parfaitement décrit le sentiment des membres du groupe UMP quant à la fermeture des réseaux pour les opticiens, concernant les organismes complémentaires. Il s'agit, au total, de faire mourir des magasins d'optique au prétexte qu'il y aurait trop d'opticiens en France. Sur le plan intellectuel, cette démarche est tout à fait ahurissante.

De surcroît, ce dispositif va susciter un effet pervers. Les organismes complémentaires vont maintenir des remboursements, quel que soit le professionnel de santé choisi mais uniquement pour certaines catégories de leurs assurés. Nous allons donc aboutir à un système à deux vitesses. Ceux qui en auront les moyens souscriront des mutuelles, et les autres seront contraints de se diriger vers les réseaux fermés où, vous l'avez dit vous-même, monsieur le rapporteur, l'objectif est la limitation des coûts.

Qui va juger du rapport qualité-prix ? De quel droit les mutuelles vont-elles évaluer la qualité des soins fournis, y compris en matière d'optique ? On le sait, il ne s'agit pas d'une simple question de confort ou d'esthétique. Il existe de

nombreuses maladies optiques – je songe notamment aux maladies de la réfraction chez l'enfant. Je note au passage que, pour ces maladies infantiles, les remboursements de caisse d'assurance maladie sont tout à fait dérisoires. Ils mériteraient d'être totalement revus, quelles que soient les difficultés financières de l'organisme.

M. le président. La parole est à M. Marc Laménie, pour explication de vote.

M. Marc Laménie. Ce sous-amendement a déjà suscité de nombreuses explications de vote. Pour ma part, je suis tout à fait favorable au critère de la proximité géographique, défendu par M. Roche. Je suis cent fois d'accord avec notre collègue, étant géographe moi-même. Cela étant, il faut également faire preuve de prudence dans l'interprétation que l'on tire de cette notion. Je rejoins donc aussi celles et ceux qui se sont exprimés en ce sens.

Nombreux sont ceux qui, parmi nous, ont été alertés sur ce problème par les opticiens eux-mêmes. Je suis loin d'être spécialiste de ce sujet ; nos collègues représentant les professions médicales et paramédicales sont bien plus compétents que moi en la matière. Ils peuvent beaucoup mieux témoigner. Avec un regard tout à fait neutre et extérieur, je souligne simplement que de nombreux professionnels nous ont interpellés, en notre qualité de sénateurs. Qui a tort, qui a raison ? Ce n'est pas simple !

Ce sous-amendement a le mérite d'avoir été déposé, mais il importe également de laisser jouer la concurrence. Je rejoins donc mes collègues, en termes d'ouverture.

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

M. Gérard Roche. Mes chers collègues, à la suite de ces diverses explications de vote, je tiens à expliciter notre position.

Ne perdons pas de vue l'enjeu essentiel du vote qui intervient aujourd'hui : la France voit cohabiter, d'une part, le secteur conventionné, où tous les Français sont égaux devant l'assurance maladie et où les mutuelles et les complémentaires interviennent pour le reste à payer, et, de l'autre, un secteur qui s'apparente à une véritable jachère, où l'assurance maladie n'intervient pas assez. Il s'agit là du domaine des déficits sensoriels. C'est ainsi.

Mme Laurence Cohen. Mais ce n'est pas une fatalité ! C'est agaçant, à la fin !

M. Gérard Roche. De fait, pour des raisons évidentes de financement, il est très difficile pour l'assurance maladie d'aller actuellement sur ces secteurs. En conséquence, des personnes de condition modeste n'ont pas accès à des prothèses qui pourraient compenser leur déficit sensoriel. Cette question revêt un poids social extrêmement important, notamment pour les personnes âgées, qui entrent souvent dans la dépendance du fait d'un déficit sensoriel, bien avant d'être frappées par un déficit cognitif.

Certes, le présent texte ne va ni tout améliorer ni tout guérir, mais il pourra combler, au moins pour partie, la carence que subit notre société concernant le traitement des atteintes sensorielles.

Comme sénateur, je souhaite agir afin de mettre un terme à une situation dans laquelle des gens ne peuvent pas s'offrir ce dont ils ont besoin, dans laquelle des personnes âgées, dans

nos campagnes et dans nos banlieues, vont acheter au marché aux puces ou dans les braderies des lunettes d'occasion parce qu'elles ne peuvent pas s'en payer d'autres.

Cette loi n'est certes pas la panacée, mais, parce qu'elle améliorera les choses, il faut qu'elle soit votée. Cela ne sera le cas que si nous trouvons des compromis entre nous.

Il y a, bien sûr, un problème pour les opticiens, et l'injustice que vous dénoncez est réelle. En effet, pourquoi eux et pas les autres ?

Mme Isabelle Debré. Exactement !

M. Gérard Roche. Certains éléments devraient tout de même nous conduire à nous interroger. On ne trouve plus de kinésithérapeutes, en particulier pour soigner à domicile des patients hémiplegiques ou victimes d'un accident vasculaire cérébral ; on ne trouve plus d'infirmiers libéraux en campagne mais aussi dans les banlieues comme dans certains centres urbains ; en revanche, on voit s'ouvrir chaque semaine un nouveau magasin d'optique. Il y a bien une explication à cela !

Nos collègues de gauche et le Gouvernement cherchent à faire adopter une proposition de loi qui va améliorer considérablement la situation. Nous devons trouver un compromis entre réseaux ouverts et réseaux fermés pour les opticiens. Nos collègues et le Gouvernement sont attachés à des réseaux fermés, pour des raisons qui leur sont propres, qu'ils ont expliquées et que nous avons à l'esprit. Nous, nous préférierions qu'ils soient ouverts. Mais la vie, ce n'est pas blanc ou noir, c'est souvent gris !

Nous proposons donc, par ce sous-amendement, un compromis qui permet de préserver la présence des opticiens dans des lieux en difficulté, en grande banlieue ou à la campagne. Cela doit permettre de faire adopter cette loi nécessaire. Bien sûr, nous la voterons.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Une accusation grave a été émise par notre collègue Alain Milon quant à la portée de mes propos. Je ne considère en aucune façon les opticiens comme des adversaires ou des ennemis. J'ai même, comme vous tous, beaucoup de proches amis dans cette profession.

Je voudrais évoquer deux points en préalable. Le premier est une question. Cette profession n'est-elle pas en train de se mettre elle-même en danger par la multiplication des surfaces de vente que l'on constate partout en France ?

M. Jean-François Husson. Bien sûr !

Mme Catherine Procaccia. C'est pourquoi il faut réguler !

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je ne suis en rien responsable de cette situation. Peut-être est-il nécessaire, pour la profession elle-même, de mener cette réflexion sans que soit portée la même accusation, demain, envers un rapporteur général, des sénatrices, des sénateurs et un texte de loi.

Ma seconde remarque préalable est sans doute désagréable à entendre, mais doit être exposée. Tous les constats, aujourd'hui, indiquent que les prix sont plus élevés en France que dans les pays comparables, et que les marges y sont plus importantes. Il faut le rappeler ! Je ne reviens pas sur cette étude très documentée et largement médiatisée, comportant des chiffres qui, d'ailleurs, ne sont peut-être

pas tous exacts. D'autres études viendront, le moment venu, conforter l'idée selon laquelle les prix sont plus élevés en France.

Quel est l'objectif de cette démarche ? Ce n'est en aucune façon de pousser, demain, des opticiens à fermer ! Il s'agit de maîtriser les dépenses de santé – nous en sommes tous d'accord – et, dans le même temps, de réduire le reste à charge pour les personnes qui ont besoin d'équipements chez les opticiens. Comment y parvenir ? Il existe un outil, qui est aujourd'hui en débat : les réseaux de soins.

Cela entraîne une interrogation : pourquoi ces réseaux doivent-ils être fermés ? La réponse est toute simple. Pour qu'un réseau soit efficace, il ne peut rassembler un nombre trop élevé d'opticiens, sinon ce n'est plus un réseau ! (*Murmures sur les travées de l'UMP.*)

M. Jean-François Husson. Mais si ! C'est dans le rapport ! (*M. Jean-François Husson brandit un exemplaire du rapport de l'Assemblée nationale.*)

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Le réseau résulte d'une négociation entre un opérateur, c'est-à-dire un organisme complémentaire d'assurance maladie, et les opticiens, dans laquelle chacun doit être gagnant. L'appartenance au réseau doit assurer un minimum de clientèle supplémentaire à ceux qui vont y adhérer.

Pour répondre à des questions qui m'ont été posées, en particulier par des collègues, j'ajoute que dans une ville où sont implantés un très grand nombre d'opticiens, si le réseau est ouvert à tous, tout se passera comme s'il n'existait pas, l'efficacité du dispositif sera perdu et l'objectif visé sera donc manqué.

M. Jean-François Husson. Non, non, non !

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Voilà pourquoi, dans ce cas particulier, le texte vise à permettre aux réseaux d'être fermés. Je précise qu'il s'agit non pas d'une obligation, mais d'une possibilité, et qu'il existe à ce jour de nombreux réseaux en France, rassemblant des milliers d'opticiens, qui, pour leur très grande majorité, sont fermés.

M. René-Paul Savary. Ben alors ?

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cela existe déjà, et depuis plusieurs années ! Le texte que nous examinons aujourd'hui va simplement ouvrir cette possibilité aux réseaux ouverts par des mutuelles.

M. le président. Je crois que le Sénat est maintenant éclairé.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Je pense en effet que le Sénat est éclairé. Un mot à l'appui des propos du rapporteur : l'objet, l'enjeu, l'ambition de cette proposition de loi c'est de participer à garantir un meilleur accès aux soins à l'ensemble de nos concitoyens, dans des secteurs où la barrière financière, pour des raisons diverses, est souvent importante. C'est le cas en matière d'optique, comme dans d'autres domaines.

Vous rencontrez tous des concitoyens qui vous font part de leur désarroi quant aux prix auxquels ils sont confrontés en matière d'optique et d'audioprothèses ou pour d'autres équipements. Très régulièrement, nous rencontrons des gens qui nous disent connaître des difficultés pour payer une paire de lunettes ou un équipement optique, sans parler des systèmes qui ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale, comme les lentilles.

L'enjeu est ici absolument décisif et je ne suis pas sûre que les pratiques commerciales de certains, qui vendent deux paires de lunettes pour le prix d'une, aillent dans le bon sens. À l'évidence, elles accréditent les soupçons de marges excessives au regard de la réalité de la situation.

Je ne peux donc que venir à l'appui du rapporteur lorsqu'il affirme que les prix constatés en France pour les lunettes, par exemple, sont plus élevés que ceux que l'on relève dans la majorité des pays européens ou voisins.

Pour l'ensemble de ces raisons, les dispositions prévues dans cette proposition de loi me semblent favorables à l'accès aux soins de nos concitoyens.

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 19.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe UDI-UC.

Je rappelle que la commission émet un avis favorable et que le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

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

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

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

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin n° 323 :

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

Le Sénat a adopté.

Je mets aux voix l'amendement n° 18, modifié.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe socialiste.

Je rappelle que l'avis du Gouvernement est favorable.

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

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

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

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin n° 324 :

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

Le Sénat a adopté.

En conséquence, l'amendement n° 5 rectifié n'a plus d'objet.

Madame Procaccia, l'amendement n° 13 rectifié est-il maintenu ?

Mme Catherine Procaccia. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 13 rectifié est retiré.

Monsieur Requier, qu'advient-il de l'amendement n° 10 rectifié ?

M. Jean-Claude Requier. Je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 10 rectifié est retiré.

Monsieur Vanlerenberghe, qu'en est-il des amendements n°s 2 et 4 ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Concernant l'amendement n° 2, je vais le retirer, car je sais, comme je l'ai indiqué précédemment, que la HAS n'est pas compétente pour établir un cahier des charges.

Toutefois, nous n'avons pas trouvé de réponse appropriée à une question qui nous paraît fondamentale, à savoir le contrôle médical de certaines conventions.

Le problème ne se pose pas lorsque la profession relève d'un ordre, ce dernier étant compétent pour vérifier que les conventions respectent les règles déontologiques. Mais comment va-t-on faire pour ce qui concerne les audioprothésistes ou les opticiens, par exemple ? Je sais bien qu'il s'agit d'une relation commerciale, mais, en tant que législateurs, nous sommes responsables de la qualité des soins prodigués ou, à tout le moins, de la prestation offerte. J'attends une réponse de Mme la ministre en la matière.

S'agissant de l'amendement n° 4, je comprends la complexité de la question.

Nous avons essayé d'introduire, à la demande de M. le rapporteur général, une clause permettant d'assurer, à la date de la signature d'une convention avec un prestataire, aux adhérents de la mutuelle qu'ils ne perdront aucun avantage acquis par le contrat en cours. Si l'adhérent se rend chez un prestataire agréé, il bénéficie d'une bonification, mais il ne doit pas subir une perte de remboursement ou voir son contrat modifié s'il a recours à un professionnel hors réseau.

Je mesure la difficulté de rédiger une disposition, qui sera, j'en suis convaincu, contournée par tous les juristes dont pourront s'entourer les mutuelles, les assureurs ou les prestataires de tous ordres. Je n'en critique pas le fonctionnement, mais, on le sait, les assurances savent, au travers de petites phrases – que l'on n'a d'ailleurs pas l'habitude de lire ou que l'on ne peut comprendre –, introduire des clauses qui, au final, les dispensent de toute intervention. Cependant, nous devons, en tant que législateurs, protéger les sociétaires pour ce qui concerne les mutuelles ou les adhérents pour ce qui est des autres sociétés d'assurance.

M. le rapporteur général a indiqué qu'il comprenait ma préoccupation, mais qu'il ne pouvait y répondre. J'aimerais connaître la position de Mme la ministre sur ce sujet. Il s'agit d'un point essentiel pour assurer – puisque telle est la volonté du législateur – une meilleure prise en compte des restes à charge des adhérents des complémentaires de santé.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Monsieur le sénateur, tout à l'heure, lorsque je vous ai demandé de bien vouloir retirer vos amendements, j'ai déjà précisé la position du Gouvernement en indiquant que, si je partage les objectifs qui sont les vôtres, les dispositions que vous proposez ne permettent pas de les atteindre. Mais je reviens bien volontiers sur les points que j'ai alors évoqués.

Concernant la question de la qualité, un sujet, à l'évidence, très important, la Haute Autorité de santé n'est pas, ainsi que vous l'avez vous-même reconnu, l'organisme qui a la compétence de pouvoir vérifier ou édicter des règles de qualité à destination de l'ensemble des professionnels participant ou susceptibles de participer à un réseau.

La difficulté est réelle : elle tient au fait que les professionnels concernés sont de nature diverse. Une partie d'entre eux seront contrôlés, comme ils le sont aujourd'hui, par les ordres auxquels ils doivent se référer, contrairement à d'autres, tels les opticiens ou les audioprothésistes, qui ont une relation commerciale.

Aussi, il appartiendra au réseau, c'est-à-dire à la mutuelle ou, de façon plus générale, à l'organisme complémentaire, de garantir le respect de règles de qualité des professionnels avec lesquels il aura conclu un accord.

Si une mutuelle ou un assureur a des retours négatifs de la part de certains de ses adhérents concernant tel ou tel professionnel, on peut imaginer qu'il soit amené à rappeler ce dernier à l'ordre, à procéder à des vérifications, voire à demander des modifications, sous peine de radiation.

Toutefois, il nous faut aller au-delà et, dans le cadre du rapport gouvernemental prévu à l'article 3, il nous appartiendra de voir comment nous pourrons, notamment en relation avec l'UNOCAM, avancer en la matière.

Monsieur le sénateur, je ne peux, j'en suis bien consciente, répondre entièrement aux attentes qui sont les vôtres aujourd'hui, mais je puis vous assurer que cette question est une préoccupation du Gouvernement, comme de ceux qui constituent des réseaux. Nous verrons, je le répète, dans le cadre du rapport qui sera remis au Parlement, quelles réponses nous pourrons apporter pour aller, ensemble, de l'avant.

Ensuite, vous vous demandez de quelle manière il serait possible de garantir aux adhérents d'un organisme complémentaire qu'ils ne verront pas, à la suite de la constitution d'un réseau, leurs conditions de prise en charge dégradées.

Vous le savez, – c'est d'ailleurs l'une des difficultés – les contrats des organismes complémentaires sont souvent renouvelés automatiquement. Lorsqu'un organisme complémentaire est conduit à modifier la nature de son contrat, il doit en informer ses adhérents, lesquels ont alors la possibilité, pendant un temps donné, de résilier, sans condition particulière, le contrat qu'ils ont souscrit. Si la constitution de réseaux aboutit à améliorer certaines prestations et à en dégrader d'autres, il va de soi qu'il appartiendra à chaque adhérent de décider si les nouvelles conditions qui lui sont proposées lui conviennent, faute de quoi il résiliera son contrat et, le cas échéant, il adhérera à un autre organisme.

M. le président. Monsieur Vanlerenberghe, avez-vous été convaincu par Mme la ministre ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Presque...

Je vais retirer mes deux amendements, car je vois bien la complexité de la question. Mais sachez, madame la ministre, que, s'agissant de l'amendement n° 2, le contrôle est non pas une prestation, mais le respect d'un cahier des charges.

Mme Marisol Touraine, ministre. Oui !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Suivant que le cahier des charges sera rédigé de telle ou telle façon, que telle ou telle qualité de produit sera proposée, vous risquez d'avoir des surprises. Les référencements sont essentiels dans ce domaine.

Mme Marisol Touraine, ministre. Bien sûr !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. S'il n'y a pas de contrôle du cahier des charges, vous risquez, je viens de le dire, d'avoir des surprises, et bien sûr de nombreuses réclamations. En effet, la diminution du prix implique parfois une baisse de qualité.

Aussi, vous seriez bien inspirée, me semble-t-il, en tant que ministre, de veiller tout particulièrement, avec les organismes qui dépendent de votre ministère, à ce que les conventions ne conduisent pas à un affaiblissement de la qualité de la prestation.

Concernant l'amendement n° 4, je comprends, comme je l'ai déjà souligné, la difficulté de mettre en œuvre la disposition proposée. Il appartiendra à chaque adhérent de résilier son contrat, encore que, dans le cadre des complémentaires santé signées par des branches professionnelles, celui-ci sera totalement tributaire de la branche dans laquelle il travaille. On peut espérer que les acteurs des branches professionnelles, notamment les syndicalistes, s'assureront que les adhérents qui n'iront pas se faire soigner dans les réseaux constitués ne connaîtront pas de baisse de remboursement. Il sera nécessaire de mesurer les effets de cette préconisation dans l'évaluation prévue dans le rapport gouvernemental.

Au bénéfice de ces observations, je retire mes deux amendements, monsieur le président.

M. le président. Les amendements n°s 2 et 4 sont retirés.

Monsieur Requier, l'amendement n° 11 rectifié est-il maintenu ?

M. Jean-Claude Requier. Oui, je le maintiens, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 11 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

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

(L'amendement n'est pas adopté.)

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

L'amendement n° 6 rectifié, présenté par M. Milon, Mmes Boog, Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mme Cayeux, M. de Raincourt, Mme Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mmes Giudicelli, Hummel et Kammermann, MM. Laménie, Longuet et Pinton, Mme Procaccia et MM. Savary et Mayet, est ainsi libellé :

Alinéas 9 et 10

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à M. René-Paul Savary.

M. René-Paul Savary. Cet amendement vise à interdire les stipulations tarifaires dans les conventions conclues non seulement avec les médecins, mais avec l'ensemble des professionnels de santé.

M. le président. L'amendement n° 3, présenté par MM. Roche, Vanlerenberghe et Amoudry, Mmes Dini et Jouanno, M. Marseille et les membres du groupe Union des Démocrates et Indépendants - UC, est ainsi libellé :

Alinéa 10

Après le mot :

médecin

insérer les mots :

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

La parole est à M. Jean-Marie Vanlerenberghe.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Cet amendement vise à exclure du champ du remboursement différencié non seulement les médecins, mais toutes les professions conventionnées par l'assurance maladie. À nos yeux, cette mesure est importante et devrait parachever le bornage de la proposition de loi.

La raison d'être de la proposition de loi est de régir les domaines d'assurance médicale majoritairement désertés par l'assurance maladie – des chiffres ont été abondamment cités à cet égard –, lesquels correspondent souvent à la fourniture de matériels médicaux ; aussi bien, tous les autres domaines, c'est-à-dire ceux qui relèvent à la fois de la fourniture de services et de prestations médicales conventionnées par l'assurance maladie, doivent être exclus de son champ, sous peine de porter une atteinte grave et dangereuse au conventionnement de base.

En commission, on nous a objecté que cet amendement était sans objet, au motif que les professions concernées ne pratiquent pas, à ce jour, de dépassements d'honoraires. Contre cette position soutenue en particulier par M. le rapporteur général, nous avons deux arguments à faire valoir.

D'une part, la situation pourrait changer à l'avenir ; si nous travaillons à encadrer les réseaux de soins, c'est aussi dans un but préventif.

D'autre part, et surtout, le problème n'est pas exclusivement lié à la pratique du dépassement d'honoraires ; il se pose aussi dans le cadre du remboursement de l'acte conventionné à son prix de base.

Prenons l'exemple des masseurs-kinésithérapeutes. Leur convention actuelle avec l'assurance maladie prévoit que l'acte est à seize euros et que le régime de base rembourse 60 % de ce montant, à charge pour les complémentaires de rembourser le reste, ou un peu moins.

Que se passera-t-il si, demain, l'acte de kinésithérapie est soumis au remboursement mutuel différencié ? Hors réseau, et en l'absence de sanctuarisation des remboursements actuels, les 40 % du tarif conventionné remboursés par la mutuelle risquent de fondre comme neige au soleil. C'est extrêmement dangereux, puisque tout le conventionnement de l'assurance maladie serait remis en cause, et avec lui le fondement même d'un système de soins auquel, je le crois, chacune et chacun d'entre nous demeure très attaché.

Ce risque est particulièrement élevé en période de carence de l'offre de soins. La désertification médicale pourrait s'aggraver davantage et les renoncements aux soins se multiplier encore un peu plus.

C'est pourquoi il faut circonscrire précisément le champ de la proposition de loi en excluant du remboursement différencié non seulement les médecins, mais toutes les professions conventionnées, à l'exception des professions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 162-14-3 du code de la sécurité sociale.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'adoption de l'amendement n° 6 rectifié aurait pour effet d'interdire aux organismes complémentaires de conclure avec les chirurgiens-dentistes des conventions portant sur les tarifs. Il me semble que cette mesure serait très préjudiciable aux patients.

Elle le serait d'autant plus que les restes à charge sont élevés en matière de soins dentaires, après des dizaines d'années de désengagement progressif de l'assurance maladie. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a calculé que 3,4 milliards d'euros seraient nécessaires pour porter à 65 % la prise en charge des soins dentaires. Qui peut prétendre que l'assurance maladie en a aujourd'hui les moyens ?

Il me semble essentiel que les OCAM puissent conclure des conventions avec les dentistes, y compris en ce qui concerne les tarifs ; du reste, c'est tout le sens des réseaux de soins, et si cette possibilité n'existait pas nous aurions perdu notre temps cet après-midi.

La commission est donc défavorable à l'amendement n° 6 rectifié.

L'amendement n° 3, présenté par les membres du groupe UDI-UC, tend à interdire la modulation de la prise en charge pour l'ensemble des professionnels de santé autres que les opticiens, les chirurgiens-dentistes et les audioprothésistes.

La liste des professions concernées n'est pas extrêmement longue : infirmières, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes. Or, contrairement aux médecins, ces professionnels ne peuvent pas pratiquer de dépassements d'honoraires ; leurs conventions ne les y autorisent pas. Par conséquent, en ce qui les concerne, il suffit de préciser, comme je l'ai proposé, que les conventions ne comportent pas de stipulations tarifaires liées aux actes et prestations de l'assurance maladie.

En pratique, la modulation ne peut avoir une certaine portée que lorsque les tarifs sont libres. Lorsqu'ils ne le sont pas, les OCAM complètent la prise en charge par la sécurité sociale pour atteindre le tarif de l'assurance maladie, ou s'en rapprocher.

Il m'apparaît donc que l'amendement n° 3 n'a pas d'objet, les faits visés n'ayant aujourd'hui aucune réalité. Sans doute, monsieur Vanlerenberghe, la situation peut-elle évoluer ; mais puisque nous sommes capables de siéger un 24 juillet, nous pourrions siéger un autre 24 juillet pour modifier le dispositif. Toute loi peut connaître une évolution.

Je le répète avec une certaine solennité : j'ai souhaité que cette proposition de loi ne puisse en aucune façon être présentée comme un texte d'opportunité, préparé en réaction à tel ou tel mouvement, mais qu'elle constitue un dispositif cohérent par rapport à l'ensemble des professions de santé.

Aujourd'hui, il ne me semble pas nécessaire de légiférer sur les remboursements différenciés pour des professions que ce mécanisme ne peut pas concerner. Aussi, afin d'assurer la plus grande clarté au texte qui résultera de nos travaux, je demande aux auteurs de l'amendement n° 3 de bien vouloir le retirer.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Comme M. le rapporteur général, je suis défavorable à l'amendement n° 6 rectifié, qui va à l'opposé de la proposition de loi.

Quant à l'amendement n° 3, je souhaite également qu'il soit retiré.

D'une part, l'idée d'interdire les remboursements différenciés pour l'ensemble des professions ne tient pas compte de la diversité des situations, qui a déjà été signalée.

D'autre part, cet amendement est rédigé en des termes tels qu'il n'atteint pas l'objectif visé par ses auteurs. En effet, il vise les actes médicaux, qui, par définition, ne peuvent pas être pratiqués par des professions paramédicales, lesquelles du reste ne peuvent pas procéder à des dépassements d'honoraires.

Si la situation devait évoluer à cet égard, nous modifierions la loi. Reste, monsieur Vanlerenberghe, que la volonté de ce gouvernement n'est pas de permettre l'inflation des dépassements d'honoraires. Au moment où nous sommes engagés dans la lutte contre les dépassements d'honoraires excessifs de certains médecins, nous n'allons pas permettre que des professionnels n'ayant pas accès aux dépassements d'honoraires aujourd'hui puissent les pratiquer demain ! C'est une question de cohérence.

Au demeurant, monsieur le sénateur, il n'est pas vrai que votre amendement concernerait un ensemble de professionnels. Dans la mesure où les professions paramédicales ne peuvent pas pratiquer de dépassements d'honoraires et où la proposition de loi interdit déjà toute modulation pour ce qui concerne les médecins, l'amendement n° 3, tel qu'il est rédigé, conduirait à une situation dans laquelle seules les sages-femmes seraient concernées par l'interdiction des remboursements différenciés.

Monsieur le sénateur, je vous demande de retirer cet amendement qui ne me semble pas cohérent ; s'il est maintenu, le Gouvernement y sera défavorable.

M. le président. La parole est à M. Jean-Noël Cardoux, pour explication de vote sur l'amendement n° 6 rectifié.

M. Jean-Noël Cardoux. J'avoue être surpris par les avis défavorables émis sur l'amendement n° 6 rectifié ; cette position revient à limiter l'exclusion des remboursements différenciés aux seuls médecins.

Lorsque les représentants des mutuelles ont été reçus par la commission des affaires sociales, j'ai souligné que les médecins n'étaient pas les seuls professionnels de santé avec lesquels les malades pouvaient créer un lien affectif ; c'est le cas aussi, par exemple, avec les infirmiers suivant des malades de longue durée ou avec des kinésithérapeutes.

En imposant des remboursements différenciés, on risque d'éloigner les patients des professionnels de santé auxquels ils sont habitués, alors même que, dans le cadre d'une thérapie, on sait bien que le lien affectif est souvent un facteur de guérison déterminant.

Il m'a été répondu que les opticiens, les audioprothésistes et les prothésistes dentaires étaient les seules professions concernées ; force est de constater que ce n'est pas tout à fait exact.

Par ailleurs, dans le numéro de ce jour du journal *Les Échos*, M. le rapporteur général annonce qu'il proposera des amendements excluant toutes les professions de santé des remboursements différenciés. Je déplore que sa position ait changé en quelques heures.

J'ajoute que, selon moi, nous commettons une erreur de jugement dès le début. Permettre de meilleurs remboursements dans les trois secteurs que je viens de citer, où la sécurité sociale assure des remboursements insuffisants, c'est un objectif que tout le monde comprend bien.

Seulement, les opticiens, les audioprothésistes et les prothésistes dentaires – je dis bien « prothésistes dentaires » et non pas « chirurgiens-dentistes » parce que les stomatologues sont des médecins et les chirurgiens-dentistes sont des professionnels de santé –, donc ces trois professions ne sont pas des professions de santé.

La meilleure preuve en est que, sur le plan fiscal, elles sont traitées différemment des professions de santé : alors qu'un professionnel de santé est un professionnel libéral assujéti aux bénéfiques non commerciaux, les professionnels dont nous parlons sont assujéti, comme les artisans ou les commerçants, aux bénéfiques industriels et commerciaux.

En outre, pour accéder aux professionnels de ces trois secteurs, il faut une prescription médicale.

Il y a donc une différence fondamentale entre ces trois professions, qui posent problème du point de vue du niveau des remboursements, et les professions de santé.

Il me semble qu'il aurait suffi de cibler, pour les remboursements différenciés, les trois secteurs qui posent problème, et de laisser aux professions de santé, qui sont des professions libérales, leur liberté d'exercice et leur liberté de contact avec les patients ; car je le répète : bien souvent, le lien affectif avec le patient est une composante importante du traitement.

Pour ma part, je voterai l'amendement n° 6 rectifié.

M. le président. La parole est à M. Gérard Roche, pour explication de vote sur les amendements n° 6 rectifié et 3.

M. Gérard Roche. M. Daudigny a fait beaucoup d'efforts pour me convaincre, mais il y a certains éléments de son raisonnement que je ne comprends pas tout à fait.

Il soutient qu'il n'y a pas lieu d'exclure du système des remboursements différenciés l'ensemble des professions conventionnées, dans la mesure où elles ne peuvent pas pratiquer de dépassements d'honoraires. En quelque sorte, il serait inutile d'interdire aux camions de rouler à plus de 100 kilomètres par heure, étant donné que les moteurs sont conçus pour qu'ils ne puissent pas rouler plus vite.

Reste qu'une dérive est possible. M. Vanlerenberghe a pris tout à l'heure l'exemple des kinésithérapeutes, dont l'acte est tarifé seize euros ; la sécurité sociale rembourse dix euros et la complémentaire santé, en général, 40 % des six euros restant.

Si des kinésithérapeutes adhèrent à un réseau, la sécurité sociale remboursera toujours dix euros, dans la mesure où ils sont conventionnés, mais qu'est-ce qui empêchera les complémentaires de rembourser 60 % du reste à charge de leurs patients, contre seulement 30 % ou 40 % du reste à charge des patients des kinésithérapeutes qui n'adhèrent à aucun réseau ?

Il y a là un risque sérieux de dérive susceptible en tout cas de susciter un sentiment de « magouille » face à certaines connivences, réelles ou supposées. En revanche, si tous les professionnels de santé étaient exclus du dispositif, le problème ne se poserait plus !

Si vous vouliez faire une exception, il fallait la prévoir pour les chirurgiens-dentistes. En ce qui les concerne, l'acte conventionné est l'acte médical ; il n'y a donc aucun problème. La sécurité sociale en rembourse une partie, puis la complémentaire intervient. Cependant, s'agissant des prothèses, ce n'est pas à la source qu'il faut réguler le prix. Le prix pertinent est celui auquel le chirurgien-dentiste facture la prothèse, et je peux vous dire que les coefficients multiplicateurs peuvent être parfois à deux chiffres... Or cela, on ne le régulera pas !

En tout cas, n'ayant pas compris l'argumentation du rapporteur général, je voterai l'amendement.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Vanlerenberghe, pour explication de vote.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Je compléterai les propos de Gérard Roche.

Il faut bien s'entendre : il ne s'agit pas ici des dépassements d'honoraires mais, en quelque sorte, des compléments du ticket modérateur que les mutuelles, en général, remboursent.

Même s'ils ne le font pas aujourd'hui, rien n'empêchera les organismes complémentaires de pratiquer à l'avenir des remboursements différenciés selon que les kinésithérapeutes – pour reprendre cet exemple – adhèrent ou non à un réseau. Tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'il faut sortir l'ensemble des professions médicales conventionnées du champ des remboursements différenciés, mais on ne légifère pas parce que ces pratiques n'existent pas pour le moment. Il y a de quoi s'étonner, car, à mon sens, le législateur n'est pas là uniquement pour corriger : il lui faut également prévenir !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 6 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 3.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 12 rectifié, présenté par MM. Barbier, Mézard, Bertrand, Collin et Requier, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Jean-Claude Requier.

M. Jean-Claude Requier. La proposition de loi vise à réduire les inégalités d'accès aux soins en précisant le rôle des organismes complémentaires des secteurs peu régulés, dans lesquels les tarifs sont libres et le reste à charge pour les patients est important.

Bien que la commission des affaires sociales ait interdit la modulation des prestations du fait d'une convention entre un médecin et un organisme complémentaire, le texte n'interdit pas aux organismes complémentaires de pratiquer des remboursements différenciés pour les actes de médecine. En ce sens, il généralise un système de prise en charge à deux vitesses pour l'ensemble des soins de santé courants.

Nous vous proposons donc d'exclure la pratique des remboursements différenciés pour les actes de médecine, que ces remboursements soient le fait de mutuelles, d'assurances ou d'institutions de prévoyance.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise à n'autoriser les modulations du remboursement des actes de médecine qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille.

L'exposé des motifs fait état de l'ensemble des soins courants, mais je note que l'amendement ne concerne que les actes de médecine. Or cette notion d'« actes de médecine » est floue. Je rappelle que, selon le code de la santé publique, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes font partie des professions médicales.

En outre, en renvoyant à des actes et non à des professionnels, l'amendement soulèverait certainement des difficultés au regard de la convention médicale de l'assurance maladie.

En tout état de cause, l'amendement me semble assez largement satisfait par le texte de la commission, qui ne permet pas aux conventions entre un OCAM et un médecin d'entraîner une modulation des remboursements.

Je souhaite donc, pour la clarté de nos débats, que cet amendement soit retiré ; à défaut, l'avis de la commission ne pourrait être que défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement partage l'avis de la commission. Je précise que l'amendement est totalement satisfait par l'alinéa 10 de l'article 2.

M. le président. Monsieur Requier, l'amendement n° 12 rectifié est-il maintenu ?

M. Jean-Claude Requier. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 12 rectifié est retiré.

L'amendement n° 15 rectifié, présenté par Mmes Procaccia, Bruguière, Cayeux, Debré et Deroche et MM. Cambon, Cardoux, J. Gautier, Milon et Savary, est ainsi libellé :

Alinéa 11

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

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

La parole est à Mme Catherine Procaccia.

Mme Catherine Procaccia. Nous avons dénoncé la logique souvent purement financière des réseaux actuels, qui n'ont aucune base législative ou réglementaire. Cet amendement vise à préciser que l'information délivrée par l'organisme assureur à ses assurés ou adhérents « ne peut contrevenir aux principes déontologiques fondamentaux qui organisent les relations du professionnel de santé avec le patient ».

Nous voulons ainsi absolument éviter les dérives qui transforment la prestation médicale en marchandise et, par conséquent, le patient en objet de marchandage.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise à préciser dans la proposition de loi que l'information délivrée par les OCAM à leurs assurés ne peut contrevenir aux « principes déontologiques fondamentaux » qui organisent les relations entre le professionnel et le patient.

Si, comme je l'avais indiqué en commission, je comprends bien l'objectif des auteurs de l'amendement, je suis dubitatif quant à la portée exacte de l'expression « principes déontologiques fondamentaux ».

Par exemple, je ne souhaite pas que cette référence puisse empêcher les OCAM d'orienter leurs adhérents vers les professionnels du réseau. Or l'interdiction de la publicité fait partie de la déontologie des chirurgiens-dentistes, et il ne faudrait pas que l'information du patient soit assimilée à de la publicité. Ce risque existe.

Je m'en remets donc à l'avis du Gouvernement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement émet un avis défavorable.

Madame Procaccia, je ne suis pas certaine de comprendre l'objectif de cet amendement. Les règles déontologiques régissent les relations entre le professionnel et le patient. Ces règles ne peuvent pas être transposées à la relation entre un assureur, ou un OCAM, et un adhérent, sauf à ce qu'il soit écrit dans chaque contrat que les règles déontologiques des professionnels de santé sont garanties et que leur respect est vérifié par les ordres ou les autorités compétentes.

Parmi les règles déontologiques figurent, par exemple, l'interdiction de refuser un patient ou l'obligation de toujours pratiquer le soin nécessaire. On ne voit pas ce que ces prescriptions déontologiques ont à voir avec un contrat entre un OCAM et un adhérent. Par conséquent,

votre amendement introduit plus de flou juridique et d'incertitude qu'il ne résout le problème de la juste information de l'adhérent, qui constitue effectivement un enjeu très important.

Comme je l'ai indiqué dans mon intervention liminaire, la bonne information de l'adhérent fait partie des principes généraux qui doivent s'appliquer aux réseaux, et cette information doit être délivrée avant la conclusion du contrat et tout au long de son exécution.

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

Mme Catherine Procaccia. Oui, monsieur le président, car l'ambiguïté que nous relevons depuis le début demeure. Il existe en effet une profession médicale qui est en même temps un ordre, celle de chirurgien-dentiste. Or les ordres sont soumis à des règles déontologiques. En outre, on ne peut pas ici assimiler les chirurgiens-dentistes à des commerçants, comme les opticiens ou les audioprothésistes, car ils ne s'occupent pas uniquement de prothèses mais jouent un rôle important, et même essentiel – vous le savez, madame la ministre –, en matière de soins et de prévention.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 15 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 16 rectifié, présenté par Mmes Procaccia, Bruguière, Cayeux, Debré et Deroche et MM. Cambon, Cardoux, J. Gautier, Milon et Savary, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 11

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Catherine Procaccia.

Mme Catherine Procaccia. Il s'agit de garantir la sanction des clauses présentes dans les conventions – notamment celles des réseaux fonctionnant sans base réglementaire ou législative – qui seraient contraires aux dispositions de la loi. Nous proposons donc de préciser que « les clauses contraires aux dispositions de l'article L. 863-8 sont réputées non écrites ».

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise à préciser que les clauses contraires aux dispositions de l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale, que l'article 2 de la proposition de loi introduit, sont « réputées non écrites ».

Mes chers collègues, une clause réputée non écrite est une clause contraire aux dispositions expresses de la loi. Dire de ces clauses qu'elles sont « non écrites » revient à dire qu'elles sont censées n'avoir jamais existé. Il s'agit d'un point juridique propre au droit des contrats.

Dans le nouvel article L. 863-8, nous posons des principes fondamentaux qui ne ressemblent pas nécessairement à ceux que l'on trouve habituellement en droit de la consommation ou de l'habitation. Ces principes ne sont pas tous aussi précis qu'une clause contractuelle. De ce fait, je ne suis pas certain que l'expression « réputées non écrites » soit judicieuse pour l'ensemble de l'article L. 863-8. C'est pourquoi j'exprime une réserve, moins sur le fond que sur la rédaction de l'amendement.

La commission s'en remet à nouveau à l'avis du Gouvernement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement émet un avis défavorable.

Si les clauses présentes dans une convention étaient contraires à la loi, elles seraient par définition sans fondement juridique et donc contestables devant un juge. Dire que les clauses contraires à la loi sont nulles et non avenues n'aura pas de conséquence si l'adhérent ne les conteste pas.

Mme Catherine Procaccia. Je maintiens l'amendement !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 16 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 2, modifié.

(L'article 2 est adopté.)

Article 3

Chaque année pour une période de trois ans, le Gouvernement remet au Parlement, avant le 30 septembre, un rapport dressant un bilan et une évaluation des conventions mentionnées à l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale. Il porte notamment sur les garanties et prestations que ces conventions comportent, leurs conséquences pour les patients, en particulier en termes d'accès aux soins et de reste à charge, et leur impact sur les tarifs et prix pratiqués par les professionnels, établissements et services concernés.

M. le président. L'amendement n° 7, présenté par M. Milon, Mmes Boog, Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mme Cayeux, M. de Raincourt, Mme Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mmes Giudicelli, Hummel et Kammermann, MM. Laménie, Longuet et Pinton, Mme Procaccia et M. Savary, est ainsi libellé :

Première phrase

Supprimer les mots :

pour une période de trois ans

La parole est à Mme Catherine Procaccia.

Mme Catherine Procaccia. Nous ne remettons pas en cause l'intérêt du rapport, mais nous souhaiterions que la durée de l'évaluation ne soit pas limitée à trois ans.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement concerne le rapport demandé au Gouvernement. Il vise à supprimer la durée de trois ans introduite par l'Assemblée nationale.

Aline Archimbaud avait posé la même question la semaine dernière, et je lui avais répondu qu'il était dorénavant d'usage, dans un souci de simplification du droit, de ne plus prévoir de ces « rapports éternels » qui tombent en désuétude tout en demeurant inscrits dans la loi. C'est Jean-Luc Warsmann, ancien président de la commission des lois de l'Assemblée nationale, qui avait fait adopter ce principe dans le cadre d'une loi de simplification.

Pour autant, il ne s'agit que d'un usage nouveau qui connaît déjà certaines exceptions. La commission s'en remet donc à la sagesse du Sénat, pour ce dernier avis qui vient clore des travaux sérieux menés dans une assemblée tout entière vouée à la sagesse !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Madame Procaccia, si, de manière générale, la sagesse est toujours recommandée, le Gouvernement a plutôt envie d'émettre ici un avis défavorable.

Mme Catherine Procaccia. Mais il n'émet jamais que des avis défavorables !

Mme Marisol Touraine, ministre. On ne peut pas, d'un côté, réclamer de la simplification et, de l'autre, multiplier les tâches qui viennent complexifier et alourdir le travail de l'administration.

Il est facile de demander un rapport au Gouvernement, mais je vous rappelle que ce sont les services des ministères qui les rédigent. Si vous souhaitez que le nombre de fonctionnaires soit plus limité, vous ne pouvez pas en permanence aggraver la charge de travail de personnes auxquelles il est demandé de se recentrer sur l'essentiel de leurs missions.

Je vais m'en remettre à la sagesse de la Haute Assemblée, non sans indiquer que, à trop demander de rapports, on prend le risque que les documents ne soient pas remis en temps et en heure, voire qu'ils ne soient pas remis du tout !

Pour être tout à fait claire, j'aurais préféré que l'on ne demande pas un rapport annuel immédiatement, mais cette disposition était inscrite dans la proposition de loi telle qu'elle a été adoptée par l'Assemblée nationale. En effet, à mes yeux, il aurait fallu donner le temps aux réseaux de se mettre en place pour pouvoir apprécier leur fonctionnement et établir des rapports d'évaluation qui aient une portée significative et apportent un éclairage qui fasse sens.

Vous avez entendu mon appel à la sagesse et chacun comprendra ce qu'il veut de cette position du Gouvernement. *(Sourires.)*

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 7.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Vanlerenberghe, pour explication de vote sur l'article 3.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Je regrette que nous n'ayons pas adopté cet amendement, car, à mon sens, il est important d'évaluer le dispositif.

J'ai bien compris que ce texte avait pour objet d'encadrer par la loi des pratiques certes déjà autorisées, mais peu cernées.

Il est donc d'autant plus important que nous mesurions les effets de la législation que nous mettons en place. Il ne faut pas voter ce texte allégrement, car nous connaissons les marges d'erreur qui peuvent exister. Cette évaluation me paraît donc nécessaire. Vous ne voulez pas qu'elle soit faite chaque année, soit, mais « chaque année pour une période de trois ans », avouez que, de toute manière, la formulation n'est pas très claire !

M. Jean-Louis Carrère. Effectivement, c'est un peu bizarre !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Cette formule peut être diversement interprétée...

Je souhaiterais que cette évaluation prenne en compte le maximum de critères. Le texte prévoit qu'elle porte « notamment sur les garanties et prestations que ces conventions comportent » – très bien! –, « leurs conséquences pour les patients » – essentiel! –, « en particulier en termes d'accès aux soins » – on revient à ce que nous disions tout à l'heure sur l'article 2 et nous pourrions ajouter la proximité, même s'il n'est plus l'heure! – « et de reste à charge, et leur impact sur les tarifs et prix pratiqués par les professionnels ».

Vous le voyez, nombre de critères sont évoqués, et il me paraît important de connaître les résultats de l'évaluation du dispositif à leur regard le plus rapidement possible.

Nous voterons bien sûr l'article 3, car il est essentiel pour le texte, mais, madame la ministre, sachez qu'il s'agit pour nous non d'accroître la charge de travail des services, mais de nous doter d'un outil nécessaire, si l'on ne veut pas que le système de remboursements modulés qui se met en place devienne une jungle.

M. le président. Je mets aux voix l'article 3.

(L'article 3 est adopté.)

Vote sur l'ensemble

M. le président. Avant de mettre aux voix l'ensemble de la proposition de loi, je donne la parole à Mme Jacqueline Alquier, pour explication de vote.

Mme Jacqueline Alquier. L'accès aux soins est une priorité de la politique de santé du Gouvernement et de la majorité qui le soutient.

Si le vote de cette proposition de loi ne peut suffire, à lui seul, à résoudre les difficultés d'accès aux soins, il pourrait néanmoins en constituer l'une des réponses.

Je l'ai dit dans mon intervention générale et beaucoup, ici, l'ont redit, il y avait urgence à légiférer, les trois familles d'organismes complémentaires devant être mises sur un pied d'égalité.

C'est d'autant plus vrai, aujourd'hui, alors que l'objectif d'une généralisation des complémentaires santé de qualité a été réaffirmé par le Président de la République et que la concurrence entre organismes est vive.

Au-delà de cette urgence, cette proposition de loi a le mérite de procéder à un toilettage du système et de mieux encadrer les conventions entre tous les organismes complémentaires et certains professionnels de santé.

Ce vide juridique qu'il faut aujourd'hui combler nous donne l'occasion de revoir le cadre des réseaux de soins et d'en préciser les contours.

Positons: cela nous permet de commencer à fixer les règles du jeu entre les réseaux et les organismes complémentaires, mais il nous faudra aller plus loin, des obstacles financiers innombrables s'opposant au droit à la santé et à l'accès aux soins.

Entre 2000 et 2011, la part du reste à charge a sensiblement augmenté. La protection des Français s'est rétrécie au cours des dernières années, mais il ne faut pas nous résigner!

C'est la raison pour laquelle la réduction du reste à charge et le niveau réel des remboursements doivent être pour le Gouvernement, pour l'assurance maladie et pour le législateur que nous sommes, le fil conducteur des années à venir.

Je le répète, les choix du groupe socialiste sont clairs: il faut améliorer les remboursements et faire pression sur les prix. Les deux ne sont pas exclusifs l'un de l'autre et je refuse de dire que les complémentaires doivent avancer inexorablement parce que l'assurance maladie serait, elle, condamnée à reculer.

Nous avons une double responsabilité: nous devons consolider l'assurance maladie, son champ d'action et son financement; nous devons fortifier l'intervention des complémentaires, tout en régulant mieux leurs contrats et en leur permettant de concourir à l'efficacité du système de protection.

Tel est l'objet de cette proposition de loi. Il s'agit d'une première étape qui ne minimise pas les autres, bien au contraire, et qui était indispensable pour toutes les raisons évoquées précédemment.

Je tiens à remercier encore une fois M. le rapporteur général, qui, par son écoute, a permis de trouver un très bon équilibre à l'occasion de l'examen de ce texte.

Je sais que le cheminement de cette proposition de loi n'a pas été facile: son aboutissement est tout à l'honneur de ses promoteurs et des idées que nous défendons avec eux! En votant cette proposition de loi, nous franchissons une étape nécessaire et indispensable sur la voie d'une solidarité efficace et moderne. *(Applaudissements sur les travées du groupe socialiste.)*

M. Marc Daunis. Très bien!

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Ce n'est pas un scoop que de dire que le groupe CRC s'abstiendra sur cette proposition de loi, puisque je l'avais déjà annoncé lors de mon intervention en discussion générale. Nous nous sommes également abstenus sur tous les amendements, car nous avons considéré que ce texte n'était pas de nature à régler le problème qui nous était posé.

Effectivement, un certain nombre de soins, tels que les soins dentaires, mais aussi les prothèses auditives et les lunettes, sont mal remboursés. Cependant, si le constat est juste, les réponses apportées sont de court terme.

Comme je l'ai déjà dit, il faut resituer cette proposition de loi dans le contexte actuel, notamment européen, qui se caractérise par une transformation progressive, mais continue, de notre système de solidarité pour le faire évoluer vers un système de plus en plus assurantiel. D'une certaine manière, nous tendons vers une libéralisation de la santé.

Il s'agit d'une fuite en avant, avec des ruptures: je n'y reviendrai pas, mais je voudrais tout de même insister sur quelques points.

Avec ce texte, je crois vraiment que l'égalité est rompue, car, finalement, nous acceptons le principe d'un remboursement différencié selon le praticien. Mais, dans ce cas, le choix du praticien est-il réel ou contraint? La question est d'importance, car elle induit, dans la logique du texte, une modification des rapports entre le praticien et le patient, avec le risque très fort, finalement, d'une dérive vers un système dans lequel le patient devient client.

Je regrette également très fortement, comme l'ensemble de mon groupe, d'assister, dans cet hémicycle, à un renoncement, sous l'effet d'une sorte de fatalisme qui nous ferait accepter que la sécurité sociale ne rembourse plus les soins dont nous avons longuement parlé tout au long de notre

débat. Il n'y aurait donc rien d'autre à faire que d'ouvrir le marché aux mutuelles, comme nous l'avons déjà fait pour les assurances.

Je crois vraiment que d'autres mesures sont possibles, à condition d'avoir la volonté politique de les porter. Une majorité à gauche serait en mesure de le faire et j'espère qu'elle s'y résoudra.

À mon sens, il est possible de renforcer la sécurité sociale, notamment au travers d'une autre logique de financement, à la hauteur des besoins.

Par exemple, il faudrait en finir avec les exonérations patronales qui, je le rappelle, portent sur 30 milliards d'euros, ce qui n'est pas une petite somme. Nous devrions aussi essayer de tendre vers l'égalité salariale entre les femmes et les hommes, ce qui procurerait des ressources importantes à la sécurité sociale. Enfin, nous pourrions envisager de mettre à contribution les revenus financiers des retraites chapeau : il me semble que la gauche avait voté cette mesure au Sénat en 2012 !

Par ailleurs, nous pourrions faire en sorte, ensemble, de renforcer le rôle des pouvoirs publics qui, à notre sens, sont les seuls garants non seulement de la sécurité sanitaire des soins et de la santé publique, mais également de la lutte contre les abus.

Il est vrai que le groupe CRC a tendance à répéter ce genre d'arguments. Non que nous restions bloqués sur un dogme immuable, mais nous pensons que la répétition est pédagogique.

Nous sommes loin d'en avoir fini avec cette question, qui va revenir en force lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. J'espère que, à ce moment-là, nous aurons des réponses qui correspondent aux valeurs que nous semblons partager à gauche, mais qui, selon nous, devraient se concrétiser par d'autres actes.

M. le président. La parole est à M. Gérard Roche.

M. Gérard Roche. Je serai bref, car mon groupe et moi-même sommes déjà longuement intervenus.

Ce débat a été extrêmement intéressant. Je remercie la commission et le rapporteur général, qui a réalisé un travail considérable et dont le souci de la concertation s'est révélé très positif. Le dossier était très complexe, car, il faut bien le dire, de nombreux intérêts privés étaient en jeu. La difficulté tenait également aux nombreux chevauchements entre secteur non conventionné, où les réseaux se justifient complètement, et secteur conventionné, où tel n'est pas le cas, à notre avis.

En tant que parlementaires, nous devons nous mettre à la place des gens que nous représentons : certains d'entre eux sont de condition très modeste et ont besoin d'une aide pour accéder au secteur non conventionné, et ils n'ont pas toujours les moyens de payer une prothèse dentaire ou auditive ou encore une paire de lunettes. Cette proposition de loi va certainement améliorer leurs possibilités d'accès aux soins. Il faut donc qu'elle soit adoptée et l'ensemble de notre groupe, à l'exception de l'un de ses membres, la votera.

M. le président. Personne ne demande plus la parole?...

Je mets aux voix, dans le texte de la commission, modifié, l'ensemble de la proposition de loi dont la commission a ainsi rédigé l'intitulé : « Proposition de loi relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé ».

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe UMP.

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

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

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

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin n° 325 :

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

Le Sénat a adopté. *(Applaudissements sur les travées du groupe socialiste.)*

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Madame la ministre, je tiens à vous remercier, ainsi que vos services, de la compréhension dont vous avez fait preuve à l'égard des évolutions que le Sénat a souhaité imprimer au texte adopté par l'Assemblée nationale.

Je souhaite également remercier Mme la présidente de la commission des affaires sociales de la part déterminante qu'elle a prise dans le déroulement de la procédure afin que nous puissions parvenir au résultat obtenu ce soir.

Je remercie l'ensemble de nos collègues, sénatrices et sénateurs, siégeant sur diverses travées qui, par leur vote positif ou par leur abstention, ont permis que ce texte soit aujourd'hui adopté par le Sénat. Cette étape est importante, et nous pouvons former le vœu que les députés examinent le texte ainsi modifié avec attention et compréhension.

Je remercie enfin les administrateurs du Sénat, en particulier l'administrateur chargé de ce dossier, qui a eu à éclairer le rapporteur sur des points qui n'étaient pas si simples que cela à aborder : il se reconnaîtra !

Ce soir, nous n'avons pas apporté à notre système de santé les bouleversements que certains d'entre nous pouvaient souhaiter, mais je suis persuadé que nous avons permis à notre protection sociale de progresser. Je renouvelle donc mes remerciements les plus chaleureux aux uns et aux autres.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Nous ne sommes pas encore parvenus au terme du processus législatif engagé pour l'adoption de cette proposition de loi, mais, aujourd'hui, grâce à l'implication et au travail de tous, nous avons franchi une étape importante dans l'élaboration d'un texte qui favorisera un meilleur accès aux soins de tous nos concitoyens, car telle est l'ambition du Gouvernement en le soutenant.

Je remercie donc toutes celles et tous ceux qui ont permis, grâce à leur diligence, que ce travail avance aujourd'hui : le rapporteur général de la commission des affaires sociales, l'ensemble de cette commission et sa présidente, les sénatrices et les sénateurs qui ont pris part à ce débat courtois et

constructif, comme toujours, mais aussi ô combien utile à nos concitoyens. *(Applaudissements sur les travées du groupe socialiste.)*

4

ENGAGEMENT DE LA PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE POUR L'EXAMEN D'UN PROJET DE LOI

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

Mes chers collègues, l'ordre du jour de l'après-midi étant épuisé, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à vingt et une heures trente.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-neuf heures cinq, est reprise à vingt et une heures trente, sous la présidence de M. Jean-Léonce Dupont.)

PRÉSIDENTIE DE M. JEAN-LÉONCE DUPONT vice-président

M. le président. La séance est reprise.

5

CONFÉRENCE DES PRÉSIDENTS

M. le président. Mes chers collègues, la conférence des présidents, qui s'est réunie ce soir, mercredi 24 juillet 2013, a établi comme suit l'ordre du jour de la prochaine séance du Sénat :

Judi 25 juillet

À 9 heures 30, à 14 heures 30 et le soir

1°) Projet de loi autorisant l'approbation de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la région wallonne du Royaume de Belgique sur l'accueil des personnes handicapées (texte de la commission, n° 767, 2012-2013)

2°) Projet de loi autorisant la ratification de l'accord-cadre entre l'Union européenne et ses États membres, d'une part, et la République de Corée, d'autre part (texte de la commission, n° 765, 2012-2013)

3°) Projet de loi autorisant la ratification de l'accord de libre-échange entre l'Union européenne et ses États membres, d'une part, et la République de Corée, d'autre part (texte de la commission, n° 764, 2012-2013)

(Pour ces trois projets de loi, la conférence des présidents a décidé de recourir à la procédure simplifiée. Selon cette procédure, les projets de loi sont directement mis aux voix par le président de séance.)

4°) Conclusions de la commission mixte paritaire sur le projet de loi portant diverses dispositions d'adaptation dans le domaine de la justice en application du droit de l'Union européenne et des engagements internationaux de la France (n° 769, 2012-2013)

(Il a été décidé de fixer à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe.)

5°) Nouvelle lecture du projet de loi organique, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, relatif à la transparence de la vie publique (n° 797, 2012-2013) et du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, relatif à la transparence de la vie publique (n° 798, 2012-2013)

(Il a été décidé de fixer à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale commune, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe.)

Par ailleurs, la conférence des présidents a procédé, pour la session 2013-2014, à la répartition des semaines de séance, ainsi qu'à la répartition par tirage au sort des espaces réservés aux groupes politiques.

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

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

Y a-t-il des observations en ce qui concerne les propositions de la conférence des présidents relatives à la tenue des séances?...

Ces propositions sont adoptées.

6

RÈGLEMENT DU BUDGET ET APPROBATION DES COMPTES DE L'ANNÉE 2012

REJET EN NOUVELLE LECTURE D'UN PROJET DE LOI

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, de règlement du budget et d'approbation des comptes de l'année 2012 (projet n° 799, rapport n° 800).

Dans la discussion générale, la parole est à M. le ministre délégué.

M. Bernard Cazeneuve, ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget. Mesdames, messieurs les sénateurs, nous nous retrouvons donc pour l'examen en nouvelle lecture de ce grand texte qu'est la loi de règlement pour 2012, et je vous remercie de votre présence ce soir.

J'ai consulté les archives et c'est la première fois depuis 1990 que, sur une loi de règlement, Gouvernement et Parlement sont obligés de se revoir. (*Sourires.*) Cela reste toutefois un très grand plaisir. Cela étant, comme nous nous sommes déjà tout dit, ou presque, à l'occasion de la première lecture, j'espère que vous ne me tiendrez pas rigueur d'aller aujourd'hui à l'essentiel.

J'insisterai sur trois points : tout d'abord, sur les progrès accomplis ces derniers mois en termes de transparence ; puis, sur la nécessité de poursuivre les avancées réalisées en termes de réduction des déficits ; enfin, sur la nécessité de maintenir l'effort de maîtrise de la dépense. Les progrès réalisés sur ces trois sujets en 2012 doivent se poursuivre en 2013 et 2014.

Pour ce qui concerne tout d'abord la transparence, vous le savez, nous nous inscrivons dans un processus de certification de nos comptes par la Cour des comptes. Par conséquent, la Cour se livre à un examen très attentif des comptes de l'État, qui garantit à la représentation nationale et à l'opinion publique française que les comptes publics de notre pays sont arrêtés dans des conditions de transparence et de fiabilité absolues.

En 2011, la Cour avait formulé sept réserves substantielles sur les comptes de l'État. En 2012, il n'y en a plus que cinq.

Nous avons aussi progressé concernant les comptes sociaux, ceux de la branche maladie, de la branche vieillesse et de la branche recouvrement. Là encore, le nombre de réserves substantielles a sensiblement diminué.

Le nouveau dispositif dans lequel nous nous trouvons du fait du semestre européen, depuis la mise en place du traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance, le TSCG, nous conduit à entretenir avec les institutions de l'Union européenne et le Haut Conseil des finances publiques une relation extrêmement exigeante.

La loi organique du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques, qui institue le Haut Conseil des finances publiques, conduit ce dernier à porter un regard régulier sur nos comptes. Nous sommes, par conséquent, assurés que l'exigence de transparence qui préside à nos relations sera encore renforcée dans les années à venir.

Par ailleurs, comme je l'ai déjà indiqué devant l'Assemblée nationale et devant la Haute Assemblée, le Gouvernement se tient à votre entière disposition pour venir devant votre commission des finances aussi souvent que son président, le rapporteur général ou vous-mêmes l'estimeront nécessaire, afin de pouvoir rendre compte des conditions d'exécution des budgets que vous avez votés.

C'est ainsi que je suis venu déjà à deux reprises devant la commission des finances pour rendre compte des conditions d'exécution du budget 2013 : une première fois lorsque nous avons présenté le programme de stabilité, une seconde, lors de la présentation du rapport de la Cour des comptes. J'ai eu alors l'occasion d'indiquer quelles étaient les évolutions des recettes et quelles conséquences nous en tirions pour 2013 quant à l'évolution de nos déficits structurels et nominaux.

La transparence est donc la règle. Elle est pour nous une exigence, et un devoir dont nous nous acquittons devant la représentation nationale et l'opinion publique. Nous pouvons avoir des désaccords de politique économique, des débats de politique budgétaire, mais ces procédures étant

désormais en place, je souhaite que nous n'en restions pas les uns à l'égard des autres à des procès réitérés et constants en transparence, ou plutôt en absence de transparence.

À ce sujet, mesdames, messieurs les sénateurs, il n'est pas nécessaire de recourir à une loi de finances rectificative pour mesurer les conditions dans lesquelles évoluent les recettes de l'État et connaître l'impact de l'évolution des recettes sur les soldes nominaux. Sauf à considérer qu'il faille, en raison de l'évolution des recettes, procéder à des mesures d'ajustement qui se traduiraient par des augmentations d'impôts ou des coupes sur les dépenses en cours d'année, et nous aurions alors à assumer des mesures récessives, j'avoue ne pas très bien voir l'intérêt d'une loi de finances rectificative.

Le deuxième point sur lequel je voulais insister tient à la nécessité de poursuivre les efforts de réduction des déficits.

Il est presque d'usage, notamment pour les sénateurs de l'opposition, de se plaindre que les déficits ne diminuent pas suffisamment vite, alors qu'ils ont beaucoup augmenté entre 2002 et 2012. J'y vois une forme d'injustice, mais je veux malgré tout vous confirmer, monsieur Gautier, monsieur Dallier, puisque vous êtes les seuls représentants du groupe UMP - vous le direz à tous vos amis qui n'ont pas voulu assister à ce débat majeur -, que le déficit nominal a diminué depuis 2011 : de 5,3 % en 2011, il est passé à 4,8 % en 2012 et même si, comme vous aimez à le faire, on se réfère aux hypothèses parfois inquiètes de la Cour des comptes sur les évolutions de dépenses, nous serons encore sous les 4,8 % en 2013. C'est-à-dire que, sur trois années consécutives dont deux peuvent être imputables à notre gestion, les déficits auront diminué là où, au cours des années précédentes, ils avaient significativement augmenté.

C'est vrai pour le déficit nominal dont je viens de rappeler les chiffres. C'est vrai aussi du déficit structurel qui, et j'ose à peine vous le rappeler, de 2007 à 2012, avait augmenté de 2 points mais qui, en 2012, a diminué de 1,1 point, en baisse de 0,1 % par rapport à l'objectif de 1,2 % que nous nous étions assigné. En 2013, nous escomptons un résultat en ligne avec les objectifs que nous nous étions fixés et, si nous suivons cette trajectoire de réduction de notre déficit structurel, nous pourrions, à l'horizon 2017, atteindre l'objectif sur lequel nous nous sommes engagés devant les institutions européennes. C'est en tout cas le but vers lequel nous tendons.

Toujours sur la diminution des déficits, il nous est parfois reproché de ne pas avoir atteint l'objectif de 4,5 % et d'avoir un déficit nominal à la fin de l'année 2012, dont la loi de règlement porte la marque, de 4,8 %. Je vous rappelle simplement, mesdames les sénatrices, messieurs les sénateurs, que, s'il y a ce décalage de 0,3 % entre le niveau de déficit nominal sur lequel nous nous sommes engagés et celui qui a été constaté à la fin de l'année 2012, c'est sans doute - et le Gouvernement doit l'assumer - que le niveau de croissance a été inférieur à celui que nous avions escompté au moment où nous avons rédigé la loi de finances rectificative, mais c'est aussi pour des raisons qui sont venues fortement impacter le déficit nominal. Je veux parler de Dexia, dont il a fallu absorber le choc. Je veux parler aussi du budget de l'Union européenne, dont les crédits de paiement ont été volontairement et systématiquement « rabetés » à compter de novembre 2010, et dont il a fallu rattraper les retards d'évolution en octobre et novembre 2012.

L'effet cumulé de Dexia et du budget revu à la baisse de l'Union européenne explique une bonne part de ces 0,3 % que vous regrettez, mais, en réalité, deux tiers de l'effet sont imputables à ce dont je viens de parler et sont, par conséquent, à mettre en rapport avec la gestion passée.

Enfin, je dirai quelques mots des dépenses.

À cet égard, il est important que nous parvenions à maintenir les efforts que nous faisons de maîtrise de la dépense publique, et je citerai quelques chiffres, avant de conclure.

L'évolution de la dépense publique a été de 2 % en moyenne entre 2002 et 2012. En 2012, l'évolution de la dépense est de 0,7 %, ou de 0,9 % en volume. Si nous atteignons les objectifs que nous nous sommes assignés, en 2014, nous serons à 0,5 %.

L'évolution de la dépense aura donc connu une division par quatre en dix-huit mois. Si nous tenons la dépense en 2014 – ce à quoi je m'emploierai par construction –, nous obtiendrons une diminution nette des dépenses de l'État de 1,5 milliard d'euros.

Lorsque je donne ces chiffres, on me répond que j'absorbe l'évolution tendancielle, mais que je ne vais pas au-delà. Mais je puis vous assurer que nous ne ferions pas 1,5 milliard d'euros d'économie nette sur l'État si nous n'absorbions pas la totalité de l'évolution tendancielle et au-delà. Car, pour atteindre 1,5 milliard d'euros d'économies nettes sur l'État, il faut absorber la totalité du tendanciel, c'est-à-dire de la progression des dépenses de l'État même si celles-ci augmentent à un rythme moindre qu'elles n'augmentaient auparavant, et aller au-delà.

L'effort est bien engagé, il faut poursuivre. Pour que chacun ait à l'esprit les ordres de grandeur, je veux rappeler que la dépense publique a augmenté de 170 milliards entre 2007 et 2012 et que la révision générale des politiques publiques, la RGPP, représente 12 milliards d'euros d'économies, dont 2 milliards ont été recyclés en mesures catégorielles. Le gain net de la RGPP s'élève donc à 10 milliards d'euros. En les divisant par cinq, puisque l'on nous dit qu'un quinquennat dure cinq ans (*Sourires.*), vous obtenez 2 milliards d'euros d'économies par an.

Tel le résultat de la RGPP, dont on a dit qu'elle était l'alpha et l'oméga de la bonne gestion, de la maîtrise pure et parfaite des dépenses publiques : 2 milliards d'euros d'économies par an. Mais, quand nous présentons pour 2014 un budget comportant sept fois plus d'économies, on nous taxe de laxisme... Comprenez que j'aie quelques difficultés à accéder au raisonnement !

Pour rassurer chacun, toutes sensibilités politiques confondues, et dans la mesure où nous ne pouvons pas réduire notre réflexion aux seules dépenses de l'État, qui ne sont qu'une partie de la dépense publique, je rappellerai, pour ce qui concerne les dépenses d'assurance maladie, dont la dynamique pourrait conduire les dépenses publiques à dérapier, que, en 2012, l'ONDAM a été exécuté avec 900 millions d'euros de moins par rapport à l'objectif que la précédente majorité s'était assigné.

Nous sommes en 2013 et, si j'en crois les derniers éléments qui nous ont été communiqués, nous nous situons à 200 millions d'euros de moins par rapport à l'objectif que

l'actuel gouvernement s'est fixé au moment de l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Et, comme ces questions budgétaires appellent la plus grande rigueur, préoccupation qui n'est pas nécessairement toujours partagée, je veux dire – de façon très scrupuleuse et honnête – que si, au cours des dix dernières années, les déficits se sont creusés, si la compétitivité s'est dégradée, les efforts ont été engagés à compter de 2011 – c'est-à-dire en fin, et seulement en fin de période.

Ces efforts, nous les avons amplifiés. Il faut les poursuivre et, même si nous sommes sur le bon chemin, il reste encore beaucoup à faire pour rétablir nos comptes. Nous devons continuer en nous préoccupant de la justice sociale, de la modernisation de l'État, de la réinvention du modèle social français, et en gardant à l'esprit la volonté d'assurer la montée en gamme de nos services publics.

La loi de règlement est l'occasion d'un bilan auquel nous pouvons adosser des perspectives. S'agissant de ces perspectives, des débats nous réuniront à l'automne, dans cette enceinte comme à l'Assemblée nationale. Ils seront, j'en suis convaincu, riches de confrontations, de compromis, voire de consensus. J'espère que ces échanges nous aideront à donner à notre pays un bon budget, un budget qui prépare son avenir. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste, ainsi que sur certaines travées du groupe écologiste et du RDSE.*)

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

M. François Marc, rapporteur général de la commission des finances. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, le projet de loi de règlement qui nous revient en nouvelle lecture est, vous l'avez tous constaté, identique à celui que le Sénat a rejeté le 4 juillet – j'avais, pour ma part, préconisé le vote favorable –, et cela après qu'aucun amendement n'a été déposé.

En effet, l'Assemblée nationale a adopté le même texte que celui qu'elle avait voté en première lecture. Cela montre qu'en définitive la divergence entre les deux assemblées ne porte pas sur le contenu du texte, mais traduit plutôt des prises de positions politiques : certains groupes ne veulent pas, en émettant un vote positif, avaliser la gestion de l'exercice 2012.

Quant au groupe UMP du Sénat, Philippe Marini, par ailleurs président de la commission des finances, a reconnu, lors de la discussion générale, que « dans un monde normal, tout le monde devrait voter l'arrêté des comptes ». Il n'en a pas moins plaidé pour un rejet du texte, invoquant notamment pour motif que le Gouvernement n'avait pas demandé de vote sur le débat d'orientation des finances publiques qui se tenait le même jour.

Je ne peux que prendre acte des positions politiques qui se sont exprimées, que certains voudront peut-être rappeler dans un instant. Permettez-moi, toutefois, de noter qu'elles ne reflètent en rien la nature et le contenu du projet de loi de règlement.

Le projet de loi de règlement, ce n'est rien d'autre qu'un constat des résultats de la gestion d'un exercice. Il comporte, par ailleurs, quelques dispositions de nature technique qui n'ont fait l'objet d'aucune discussion particulière, ni à l'Assemblée nationale ni au Sénat.

Telle est la situation à cet instant.

Je me contenterai de rappeler, mes chers collègues, que le groupe socialiste avait, lui, adopté le projet de loi de règlement pour 2011, considérant, comme je l'avais indiqué, que ce vote ne valait évidemment pas approbation de la politique budgétaire conduite cette année-là. Néanmoins, nous avons estimé qu'un minimum d'élégance dans les comportements politiques ne pouvait que valoriser le travail parlementaire, ce qui nous avait conduits à voter le projet de loi de règlement.

La nouvelle lecture du projet de loi ne permettra donc pas de rapprocher les points de vue entre les deux assemblées, ce qui est pourtant sa raison d'être. Si nous sommes réunis ce soir, c'est pour une sorte de *remake* de la première lecture.

Dans ces conditions, je ne m'étendrai pas sur le fond. Je remercie le ministre d'avoir précisé ses intentions. Je le félicite pour la rigueur de sa démarche intellectuelle quant à la préparation du budget 2014, fidèle à l'esprit de ce qui a déjà été annoncé et conformément à la trajectoire sur laquelle nous nous sommes prononcés.

Je suis, bien sûr, favorable à l'adoption de ce projet de loi de règlement mais je précise que la commission des finances a donné, ce matin, un avis défavorable à cette adoption.

M. le président. La parole est à Mme Marie-France Beaufils.

Mme Marie-France Beaufils. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, la commission mixte paritaire réunie sur ce projet de loi de règlement pour 2012 a constaté une divergence d'appréciation.

Au nom du groupe CRC, je veux rappeler que, en 2012, nous avons soutenu le texte du collectif de juillet, qui revenait sur nombre des cadeaux fiscaux consentis par le gouvernement Sarkozy aux plus aisés et aux grands groupes. Toutefois, il ne pouvait en aller de même pour la loi de finances rectificative qui justifiait la hausse de la TVA et la création du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi, un dispositif que nous récusons.

Conformément aux attentes exprimées par la majorité des Françaises et des Français lors de leur vote au second tour de l'élection présidentielle, puis, lors des élections législatives, nous approuvons tout ce qui participe du changement, du progrès social et économique, du développement des potentiels du pays.

C'est cela qui nous a fait soutenir le collectif budgétaire de l'été 2012, puis la création de la Banque publique d'investissement.

C'est aussi ce qui a fait que nous ne nous sommes pas retrouvés dans le collectif budgétaire de la fin de l'année 2012, pas plus que dernièrement dans la réforme de l'enseignement supérieur, par exemple, ou encore dans la loi sur les activités bancaires, textes dont les aspects positifs sont trop peu nombreux et les aspects négatifs, ou discutables, trop importants pour que nous puissions les approuver.

Revenons-en aux termes de cette loi de règlement du budget 2012.

Les comptes de l'État ont été certifiés par la Cour des comptes. C'est un signe de l'amélioration relative des imputations de dépenses et de recettes dans le budget général.

C'est, en tout cas, grâce à cette imputation que nous constatons que les mesures d'accroissement des produits fiscaux de l'été 2012 ont réussi à corriger le déficit public et budgétaire.

Sans les recettes nouvelles du collectif d'été, nous aurions dépassé les 100 milliards d'euros de déficit budgétaire et le déficit public de notre pays pour 2012 se serait accru de sept dixièmes de point.

Accroître les prélèvements obligatoires si l'on veut éviter la dérive des déficits n'est donc pas une solution à rejeter, surtout quand cela permet d'améliorer la justice fiscale, même si beaucoup de chemin reste encore à faire.

Regardons la réalité en face. Quand les entreprises françaises paient un impôt sur les sociétés de 50 milliards d'euros ou peu s'en faut – soit 2,5 % du PIB –, elles font quelques envieux dans l'Europe entière – on est arrivé à 5 % de PIB au Luxembourg, à 4,2 % en Espagne, à 3 % en Italie, à 3,7 % en Belgique et même à 3,8 % en Irlande, malgré le fameux taux facial de 12,5 %.

Cependant, l'absence de croissance économique constatée ces derniers mois nous montre, s'il en était besoin, que la seule hausse des impôts ne suffit pas à faire une politique publique, notamment quand cette politique se fixe comme priorité la réduction des déficits publics.

L'urgence est d'autant plus grande que la progression générale de la dette publique, dans les pays de la zone euro comme dans l'ensemble de l'Union européenne, semble confirmer que les mesures d'austérité qui ont été retenues sont de bien mauvais choix.

Depuis le début de l'année, les pays de la zone euro ont connu une hausse de leur dette publique de 1,6 %, portée à 92,2 % de leur PIB, hausse plus forte que celle de l'ensemble des pays de l'Union, qui, elle, est à 85,9 %.

Les pays les plus directement frappés par les politiques d'austérité sont ceux qui connaissent la progression la plus dynamique de leur endettement.

L'Espagne vient de passer à 88,2 % de dette publique, l'Italie est à 130,3 %, Chypre est à 86,9 %, le Portugal à 127,5 % et la Grèce vient d'atteindre les 160,5 % !

Tous ces pays, à l'exception de l'Italie, ont un point commun : le poids des prélèvements obligatoires qui y est observé est plus faible que le poids moyen de ces prélèvements tant dans l'Union européenne que dans la zone euro.

Je ne sais pas si « trop d'impôt tue l'impôt », comme on l'entend très souvent et comme le clame depuis fort longtemps Arthur Laffer, mais ce qui est certain, c'est que peu d'impôt tue l'État et crée le déficit public, bien plus sûrement qu'une utilisation trop souvent considérée comme dispendieuse de l'argent public !

Faisons en sorte de préserver la France de cette situation dans laquelle la faiblesse des recettes fiscales met en route le processus infernal dette-déficit-réduction de l'action publique. Nous ne sommes cependant pas à l'abri, le mal a tout de même gagné aussi notre droit fiscal.

Le rapport Queyranne fait état de 110 milliards d'euros d'aides diverses aux entreprises – deux fois le produit de l'impôt sur les sociétés –, et la Cour des comptes déniche 106 milliards d'euros d'aides fiscales aux mêmes entreprises, sans compter les exonérations sociales ! Il faudrait, de plus, ajouter le poids de la fraude fiscale. On constate ainsi que les abandons de recettes sont particulièrement significatifs.

Ce sont plus de 200 milliards d'euros qui échappent aujourd'hui à l'imposition ou aux cotisations sociales, somme que nous pouvons utilement comparer aux 87 milliards d'euros de déficit de l'État et aux 11 milliards d'euros de déficits sociaux.

Nous comprenons qu'il faille aussi faire confiance « aux entreprises dans la relance de l'activité ». Il n'en demeure pas moins que notre commerce extérieur est déficitaire en grande partie par réimportation de produits industriels fabriqués par les usines étrangères des marques françaises. On ne peut que se demander à quoi ont bien pu servir les fonds publics ainsi généreusement distribués !

Le redressement des comptes publics, dans la période récente, dépend de trois outils : la progression des recettes fiscales, la suppression de cadeaux fiscaux inefficaces, destinés aux plus grosses entreprises comme aux ménages les plus aisés, la progression de la dépense publique utile, celle qui passe notamment par des investissements porteurs de création de richesses futures.

Quand on pense qu'il faut 10 milliards d'euros sur cinq ans pour remettre à peu près en état le réseau ferré de notre pays et qu'on a préféré laisser aux banques 30 milliards d'euros issus de l'épargne populaire plutôt que de les prêter à RFF à moindre coût, on ne peut que s'étonner que le choix inverse n'ait pas été fait !

La seule manière de réduire les déficits, c'est de créer les conditions d'une relance de la vitalité économique de notre pays qui, par la création d'emplois, par la construction de nouvelles infrastructures, par la hausse du pouvoir d'achat moyen des ménages, va générer les recettes fiscales et réduire les dépenses découlant de la persistance d'un chômage de masse. C'est ainsi que nous reviendrons à l'équilibre.

Présenté dernièrement à la commission des finances, le rapport sur les finances des collectivités locales en 2012, établi par André Laignel et Charles Guéné, en fait la démonstration. L'effet de ciseaux entre la baisse des ressources des communes et intercommunalités et leurs dépenses s'est traduit, en 2012, par une diminution de l'épargne nette, réduisant les capacités d'investissement, imposant un recours à l'emprunt en forte augmentation – *plus* 16 %. Cette réduction des interventions dans le domaine de l'investissement touche nos territoires, les entreprises qui y sont installées, l'emploi non délocalisable et, par voie de conséquence, les recettes fiscales destinées au budget de la Nation.

Parce que les exemples observés en Europe le prouvent et parce que la gauche française a, de notre point de vue, autre chose à faire que de tenter de gagner des galons de respectabilité budgétaire, les urgences sociales et économiques appellent à l'audace, non au repliement sur les politiques frileuses qui nous semblent avoir été menées particulièrement à l'issue de l'été 2012. C'est pour toutes ces raisons que nous vous confirmons notre abstention sur ce texte.

M. le président. La parole est à M. Jean-Claude Requier.

M. Jean-Claude Requier. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, le bilan « chiffré » de l'année 2012 n'est pas très florissant, c'est le moins que l'on puisse dire : une croissance nulle, un recul du pouvoir d'achat de 0,4 %, un franchissement du seuil critique de 90 % du PIB pour la dette publique – c'est deux fois plus qu'il y a vingt ans ! –, des faillites d'entreprises en cascade, un taux de chômage qui atteint des sommets...

Pourtant, des efforts réels et des réformes structurelles ont été amorcés par la nouvelle majorité. Ils sont plus que significatifs, puisque l'effort structurel a atteint 1,1 point de PIB. Cet effort sera poursuivi et accentué en 2013, pour atteindre 1,9 point de PIB, ce sera alors le plus important de l'histoire budgétaire.

À ce titre, le Premier président de la Cour des comptes, Didier Migaud, considère que nous avons parcouru « la moitié du chemin ».

Nous devons donc persévérer pour redresser nos comptes publics, restaurer la croissance et, surtout, donner à la France les atouts dont elle a besoin pour l'avenir.

Faut-il rappeler les risques que nous fait courir le niveau historiquement élevé de notre dette publique ?

Réduire la dette est un enjeu de souveraineté, car c'est refuser d'être soumis aux marchés. C'est aussi, et avant tout, un enjeu d'équité entre les générations. Nous ne pouvons pas accepter que nos enfants et petits-enfants aient à rembourser une dette qui couvre essentiellement des dépenses de fonctionnement, alors qu'elle devrait servir à réaliser des investissements qui permettent de préparer l'avenir.

Je rappelle que, pour stabiliser la dette, le déficit nominal devrait représenter 1,3 % du PIB. Avec 4,8 % en 2012 et une conjoncture qui ne semble pas vraiment s'améliorer en 2013, nous en sommes loin. Le programme de stabilité transmis à la Commission européenne en avril a été l'occasion de revoir à la hausse l'objectif de déficit public pour 2013, qui est passé de 3 % à 3,7 %.

Êtes-vous toujours confiant quant à ce nouvel objectif, monsieur le ministre ? La Cour des comptes a émis quelques doutes quant à notre capacité à l'atteindre et nous avons, me semble-t-il, de bonnes raisons d'être inquiets.

Malgré les quelques signaux économiques positifs...

M. Philippe Dallier. Ah bon ?

M. Jean-Claude Requier. ... – quelques signaux, mon cher collègue ! - qui nous ont permis d'espérer ces derniers mois le retour de la croissance, d'autres indicateurs nous invitent à rester très vigilants.

Si la production industrielle a rebondi en avril, les défaillances d'entreprises, qui avaient ralenti au premier trimestre 2013, ont augmenté de près de 10 % au deuxième trimestre. Plus de 60 000 emplois, en particulier dans les petites et très petites entreprises, seraient aujourd'hui menacés.

En outre, si les taux d'intérêt sont pour l'instant extrêmement bas, ce qui est l'une des rares bonnes nouvelles dans le contexte actuel, ils ne peuvent, en toute logique, que remonter, ce qui devrait sérieusement nous préoccuper.

Sans céder à la tentation de l'austérité, nous ne devons donc pas relâcher les efforts engagés pour remettre la France sur la voie de la croissance et de l'emploi. Si nous ne redressons pas les comptes publics et n'engageons pas dès aujourd'hui les réformes structurelles dont notre pays a besoin, nous en paierons le prix fort dans peu de temps. Personne ne souhaite que notre pays se retrouve dans la situation de la Grèce, de l'Espagne ou du Portugal !

Toutefois, après d'importantes hausses d'impôts qui nous ont conduits à atteindre le taux record de prélèvements obligatoires de 45 % en 2012, il est urgent désormais de concentrer les efforts sur les économies de dépenses.

Je rappelle, au passage, les légitimes inquiétudes qui pèsent sur l'élasticité des recettes. En 2012, les recettes encaissées étaient en deçà des estimations. Les recettes de TVA, notamment, ont été bien inférieures aux prévisions ; une part de ce manque à gagner reste d'ailleurs inexplicite.

Devons-nous nous attendre à ce que cette moindre élasticité de certaines recettes perdure sur le long terme ? Je rappelle que la Cour des comptes a identifié pour 2013 des risques en recettes de l'ordre de 6 milliards d'euros.

Je le disais à l'instant, après des hausses de prélèvements très importantes qui font peser certaines menaces sur l'activité économique et le pouvoir d'achat des Français, les efforts doivent désormais se concentrer sur les dépenses. Cela ne signifie pas pour autant que nous devons opter pour un service public « au rabais » ou un État providence de « seconde zone ».

L'exemple de la formule « un sur deux » de la RGPP, c'est-à-dire le non-remplacement d'un fonctionnaire sur deux partant à la retraite, d'une simplicité mathématique qui pouvait paraître séduisante, et des coupes budgétaires « aveugles » de la précédente majorité, n'est certainement pas à reproduire. La modernisation de l'action publique, la MAP, mise en œuvre par l'actuel gouvernement, plus fine et mieux ciblée, sera aussi plus efficace.

L'essentiel, c'est l'efficacité de la dépense publique et son adéquation avec les besoins de nos concitoyens. Mieux dépenser tout en garantissant la qualité de notre service public, c'est un enjeu majeur, c'est un enjeu de justice, et je sais, monsieur le ministre, que vous y êtes, comme les membres du RDSE, très attaché. Nous espérons donc que le projet de loi de finances pour 2014 saura satisfaire à cette exigence.

En tout état de cause, la très grande majorité des membres du groupe RDSE soutiennent les efforts du Gouvernement pour redresser notre pays.

Ces efforts se reflètent dans ce projet de loi de règlement du budget et d'approbation des comptes de l'année 2012, malgré les difficultés conjoncturelles que j'ai soulignées. Nous approuverons donc, comme en première lecture, ce projet de loi. *(Applaudissements sur les travées du groupe écologiste et du groupe socialiste.)*

M. le président. La parole est à M. André Gattolin.

M. André Gattolin. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, les écologistes ont voté, lors de son précédent examen, en faveur de ce projet de loi de règlement du budget et d'approbation des comptes de l'année 2012. Nous le revoterons évidemment aujourd'hui, même si, nous le voyons bien, l'enjeu du scrutin de ce soir paraît limité.

Je saisisrai l'occasion qui m'est donnée pour procéder à quelques rappels.

Année d'alternance et donc de transition, 2012 aura été la première occasion pour la nouvelle majorité d'imposer sa marque en matière de gestion budgétaire.

Trois ruptures me semblent intéressantes à souligner : la rupture en matière de réduction du déficit public, la rupture en matière de maîtrise des dépenses de l'État, et la volonté de restaurer une certaine justice fiscale. En effet, l'effort réalisé l'an passé sur ces différents plans aura été sans commune mesure avec ce qui avait été fait les années précédentes.

Là où le déficit public représentait 5,3 % du PIB en 2011, il n'en représentait plus que 4,8 % en 2012.

Là où la dépense publique aura augmenté en moyenne de 1,7 % par an sur le quinquennat précédent, elle n'aura augmenté que de 0,7 % en 2012.

Là où un bouclier fiscal très inégalitaire avait été instauré en 2006, et surtout renforcé en 2007, les recettes de l'impôt sur le revenu, dont la progressivité a été restaurée, ont augmenté de 15,6 %. Les recettes issues de l'impôt de solidarité sur la fortune ont également progressé, à hauteur de 16 %.

Je pourrais donner d'autres chiffres, mais l'idée est bien là : la politique fiscale menée par la majorité depuis 2012 a été plus responsable et plus juste que les politiques précédentes, et nous devons le saluer.

Nous devons aussi identifier, dès aujourd'hui, les points pour lesquels des améliorations restent possibles.

En l'occurrence, nous péchons par l'attention trop grande encore que nous accordons aux mesures d'austérité, au détriment d'une réflexion de fond sur les moyens de relancer une activité qui soit plus adaptée à l'état actuel de notre société, de l'Europe, de la planète et de ses ressources.

Ainsi, nous tardons à mettre en place une véritable fiscalité écologique, dont la définition arrive enfin dans nos débats, notamment sous la direction du ministre du budget.

Rappelons que la taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques est la seule dont le produit n'ait pas augmenté l'an dernier. Plus largement, les effets du redressement budgétaire sur l'activité économique sont aujourd'hui des plus ambivalents : la croissance a été nulle en 2012 et le PIB devrait diminuer en 2013, même si cette diminution reste modeste. Dans une économie européenne où beaucoup d'acteurs abusent des mêmes recettes – Eurostat vient d'en démontrer l'effet négatif, à terme, sur la dette publique de l'ensemble de la zone euro –, ce constat est évidemment préoccupant et appelle à franchir une nouvelle étape.

Les efforts que je viens d'évoquer doivent être suivis par d'autres qui permettront de progresser vers la mutation écologique, sociale et technologique dont l'économie de notre pays a besoin.

Je parlais de la fiscalité écologique, et notamment de l'alignement progressif de la fiscalité du diesel sur celle de l'essence, que nous réclamons de longue date. Mais les écologistes proposent également une baisse de la TVA pour les produits et services de la transition écologique, par exemple, la rénovation et l'isolation thermique des logements ; ou encore, naturellement, une augmentation des crédits dévolus à la mission « Écologie », que je ne confonds pas avec le budget du ministère de l'écologie...

Je n'oublie pas non plus nos demandes s'agissant du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi, le CICE, et de la lutte contre ses effets d'aubaine et de redondance, parfois scandaleux, en particulier lorsque de grandes entreprises le prennent comme prétexte afin d'imposer à leurs fournisseurs une diminution de leurs propres tarifs, sans que cela bénéficie

forcément au client ou au consommateur final. Il convient de contrer efficacement ce détournement d'un dispositif dont les écologistes ont par ailleurs déjà souligné toutes les limites.

Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, vous n'êtes pas sans connaître la phrase fameuse prononcée en 1904 par le juriste américain Oliver Wendell Holmes, phrase qu'un ministre des finances de Franklin Delano Roosevelt allait par la suite reprendre et populariser à son compte : « Les impôts sont le prix à payer pour une société civilisée. »

M. François Marc, rapporteur général de la commission des finances. Très bien !

M. André Gattolin. J'ajoute qu'ils révèlent aussi la civilisation que nous voulons.

Au Royaume-Uni, le gouvernement Cameron vient d'annoncer une fiscalité outrageusement basse en faveur de l'exploitation des gaz de schiste, dont les revenus ne devraient plus être imposés qu'à hauteur de 30 % quand ceux qui sont générés par les hydrocarbures conventionnels le sont à 62 %, et cela alors que la fracturation hydraulique avait été suspendue en 2012, quand il avait été avéré que des opérations de ce type avaient entraîné une série de petits séismes – rien de moins !

Le message envoyé par le gouvernement Cameron est clair : il ne souhaite pas permettre à son pays de sauter le pas de la transition écologique et énergétique, et reste prisonnier de schémas productivistes dépassés.

Sur ce chapitre précis des gaz de schiste, le président de la République français, le Premier ministre et le ministre de l'écologie appellent régulièrement la ligne du Gouvernement, qui est une ligne claire excluant que notre pays s'engage dans cette voie dangereuse, et nous les en remercions.

Nous pouvons aller plus loin encore, cependant, et c'est par là que je conclurai mon propos.

De la même façon que David Cameron utilise sa politique fiscale pour promouvoir de semblables aberrations, nous devons utiliser au mieux notre politique fiscale et budgétaire pour favoriser la transformation de notre modèle économique. Les pistes de travail pour y parvenir sont sur la table. Nous devons les étudier sans plus attendre, dans le cadre de la préparation du projet de budget pour 2014.

La lutte contre le chômage, dont le Président de la République et le Gouvernement font, à juste titre, une priorité, passera aussi par là ! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste. - M. Jean-Claude Requier applaudit également.*)

M. le président. La parole est à M. Philippe Dallier. (*M. Jacques Gautier applaudit.*)

M. Philippe Dallier. Nous voici donc réunis, à la veille de la clôture de cette session extraordinaire qui, reconnaissons-le au passage, est de moins en moins extraordinaire, puisqu'il est désormais de tradition que le Parlement siège tous les mois de juillet !

Reconnaissons également que l'importance des textes qui nous sont soumis pendant cette session est toute relative. Mais enfin, comme le dit le proverbe, à quelque chose, malheur est bon, puisque cette prolongation estivale va vous permettre, monsieur le ministre, après une longue

navette, de voir *in fine* le Parlement adopter cette loi de règlement, qui peine, comme nous ce soir, à trouver son public.

M. François Marc, rapporteur général de la commission des finances. C'était la vôtre !

M. Philippe Dallier. Disons que nous la partageons, monsieur le rapporteur général...

Mme Michèle André. Justement !

M. Philippe Dallier. Cependant, pour ce qui est du Sénat, je crains que nous ne vous donnions pas cette ultime satisfaction... En effet, après l'échec de la commission mixte paritaire sur ce projet de loi de règlement des comptes de l'État pour 2012, le texte a également été rejeté, ce matin, par notre commission des finances.

Cette ultime péripétie législative d'une session qui aura été riche en la matière, n'est cependant pas anodine, car l'arrêté des comptes de l'État ne devrait, en principe, pas poser de difficulté. Force est de constater que, cette année, ce n'est pas le cas.

Vous avez dit, monsieur le rapporteur, que vous aviez voté la loi de règlement du budget de l'année 2011. Je crois utile de rappeler qu'en 2007, 2008, 2009 et 2010, tel n'avait pas été le cas !

M. François Marc, rapporteur général de la commission des finances. Je n'étais pas là ! Et je parlais à l'instant d'un minimum d'élégance politique...

M. Philippe Dallier. Quoi qu'il en soit, l'opposition d'alors ne l'avait pas adoptée.

Certes, l'exercice 2012 revêt un caractère particulier, puisqu'il retrace l'exécution budgétaire des cinq derniers mois du gouvernement Fillon et des sept premiers du gouvernement Ayrault. En théorie, cet exercice budgétaire partagé aurait donc pu rapprocher les points de vue... En pratique, c'est le contraire qui s'est produit, puisqu'une majorité de sénatrices et de sénateurs ont émis un vote négatif, non pas qu'ils contestent la véracité des chiffres ici présentés, mais parce qu'ils veulent envoyer un signal politique au Gouvernement.

Notons d'ailleurs que ce n'est pas seulement d'un signal qu'il s'agit, mais bien de plusieurs.

Je veux parler, tout d'abord, du message envoyé par une partie de votre propre majorité, qui vous fait maintenant défaut. Le Gouvernement a été « lâché » en première lecture, puis en commission mixte paritaire, tout comme en commission des finances ce matin, par les sénateurs communistes, qui ont préféré s'abstenir, jugeant votre politique, comme nous l'a redit Mme Beaufils, trop différente des promesses de la campagne électorale du candidat Hollande.

Si la gauche de la gauche, comme beaucoup de Français, a vu ses espoirs « douchés » et réagit donc en conséquence, pour notre part, nous n'avons malheureusement guère été surpris par vos orientations budgétaires. Voilà pourquoi le signal que nous vous adressons n'a, bien sûr, pas les mêmes fondements que celui de nos collègues communistes.

Lors de la première lecture, nous avons appelé de nos vœux un sursaut de l'exécutif qui, même s'il est peu enclin à entendre les avertissements de l'opposition, du FMI, voire de la Commission européenne, pourrait certainement prêter

une oreille plus attentive aux recommandations de la Cour des comptes, qui certifie maintenant les comptes de l'État que nous examinons.

Monsieur le ministre, cet exercice 2012 augurait mal de la suite, puisque votre majorité n'a d'abord eu de cesse qu'elle ne défasse ce que nous avons fait et n'aggrave la pression fiscale sur les entreprises et les particuliers, tout en multipliant les annonces de dépenses nouvelles, le tout sans jamais nous dire où et comment vous trouveriez les économies censées les compenser, autrement qu'en invoquant les bienfaits à venir de la MAP.

Un an plus tard, tous les indicateurs ou presque sont au rouge et certains battent de tristes records. Alors que la Cour des comptes comme le Haut Conseil des finances publiques répètent que les hypothèses et les choix du Gouvernement ne sont pas suffisamment adaptés à la situation, vous répétez que tout est sous contrôle, qu'il faut laisser les stabilisateurs automatiques opérer, qu'il n'est nul besoin d'un collectif budgétaire...

Las, malgré les évidences et la dégradation de la situation, vous êtes droit dans vos bottes, refusant de présenter ce collectif budgétaire qui s'impose selon nous et qui, reconnaissez-le au moins, aurait pu aisément trouver sa place dans cette session extraordinaire: pour le coup, elle aurait pu justifier son nom!

De même, monsieur le ministre, malgré les demandes répétées du président de la commission des finances, vous avez refusé un vote des assemblées sur le programme de stabilité, puis sur le débat d'orientation des finances publiques.

Il ne nous reste donc que ce projet de loi de règlement pour manifester, par un vote, notre désapprobation de la politique que vous conduisez. C'est ce que nous avons fait en première lecture et c'est ce que nous referons ce soir. Au delà de ce signal politique toutefois, revenons en détail aux chiffres de 2012.

Quand nous y regardons de plus près, certes, le fait marquant est la baisse des dépenses de l'État de près de 300 millions d'euros, mais elle est essentiellement le fait des cinq derniers mois du précédent quinquennat et non le résultat des sept premiers mois de votre politique. En effet, vous avez largement bénéficié de la révision générale des politiques publiques, que vous avez tant critiquée, et des effets du non-remplacement d'un fonctionnaire sur deux partant à la retraite.

Mme Marie-France Beaufilets. Oh!

M. Philippe Dallier. Ce n'est pas moi qui le dis, c'est la Cour des comptes!

En outre, cette diminution a été grandement facilitée par la faiblesse conjoncturelle des taux d'intérêt – c'est heureux –, dont on ne sait cependant combien de temps elle durera.

Mais 2012 aura également été une année de promesses non tenues, comme le fait de ne pas augmenter la TVA, de décisions mal ficelées, retoquées par le Conseil constitutionnel, par exemple la taxation des hauts revenus à 75 %, sans compter vos propres décisions sur lesquelles, tout compte fait, vous revenez; je pense aux plus-values de cessions immobilières et aux plus-values de cessions de valeurs mobilières.

À ce sujet, je tiens à dire qu'alors que ces mesures sont déjà annoncées vous laissez les publics concernés dans l'attente du vote du prochain projet de loi de finances. Au lieu de débloquent la situation au moyen d'un collectif budgétaire, vous préférez attendre encore de longs mois. Tout cela est difficilement compréhensible.

Votre erreur stratégique de 2012 a d'abord été de sous-estimer la gravité de la crise. Le Président de la République l'a d'ailleurs lui-même reconnu, un peu naïvement, à la télévision.

Ensuite, sous couvert de justice fiscale, plutôt que de favoriser la création de la richesse et de réduire les dépenses, vous avez cru que l'on pouvait, sans risque pour la croissance et la consommation, toujours et encore plus taxer les entreprises et les particuliers.

Manifestement, vous pensez toujours qu'il est possible de créer des emplois par la dépense publique, plutôt que de favoriser les conditions de la création d'emplois par les entreprises. Pourtant, les contrats de génération et les emplois d'avenir, qui peinent tant à démarrer, ne sont que du traitement social du chômage, et en aucun cas une solution pérenne à nos problèmes.

Il ne fallait pas surtaxer les entreprises. C'est pourtant ce que vous avez fait, en plus de décourager les chefs d'entreprises par tant de déclarations inopportunes ou vexatoires, et souvent contradictoires au sein même du Gouvernement.

Il ne fallait pas décourager l'investissement et la création d'entreprise. C'est pourtant ce que vous avez fait, en cette année 2012, avant de vous raviser, en partie. Vous auriez dû, comme nous l'avons décidé, baisser massivement les charges sociales patronales, car le coût du travail est un frein énorme au développement de l'emploi et des entreprises.

Vous avez, par pure idéologie, supprimé la « TVA compétitivité », tout cela pour reconnaître, quelques mois plus tard, que le coût du travail était trop élevé en France et que la TVA pouvait être augmentée en compensation, en tout cas en partie.

Je reconnais d'ailleurs que, nous aussi, nous avons commis une erreur, celle d'avoir décidé bien tard la mise en place de cette mesure. Après la péripétie de 2007 – je pense au fameux débat télévisé entre Laurent Fabius et Jean-Louis Borloo et au report *sine die* de cette mesure –, nous aurions dû la mettre en place en 2009, tout de suite après la crise.

Néanmoins, votre erreur a été plus grave encore, car, en supprimant cette mesure, vous avez perdu du temps et l'avez remplacée par une formule bien plus complexe, le CICE, qui suscite peu d'enthousiasme et n'est pas encore financé en totalité.

Vous avez également choisi de créer des emplois publics et des emplois aidés pour tenter d'infléchir la courbe du chômage. Toutefois, ces solutions ont des limites, celles que fixe l'état de nos finances publiques.

Pourtant, depuis le 14 juillet dernier, le Président de la République s'en va répétant que tout va mieux, que la croissance revient, que les premiers frémissements sont là, qu'il suffit d'un peu de patience pour que l'action du Gouvernement porte ses fruits. Le problème est que personne n'y croit, et ce ne sont pas les tout derniers chiffres du chômage qui vont nous convaincre, au contraire.

Je me demande d'ailleurs si, lors de son entretien télévisé, François Hollande ne cherchait pas davantage à se convaincre lui-même plutôt qu'à convaincre les Français auxquels il s'adressait et qui vivent, eux, au quotidien, la perte de pouvoir d'achat, les fermetures d'entreprises et le chômage.

Cette assurance en un avenir proche meilleur, cette prospérité retrouvée à portée de main, cette certitude d'avoir fait les meilleurs choix, cette conviction que les décisions déjà prises suffiront à enrayer la crise, force est de le constater, monsieur le ministre, vous en êtes le flambant et brillant porteur.

Vous semblez pleinement assuré de la pertinence des choix opérés, qui serait confirmée par vos chiffres, que vous ne cessez de répéter, au nom de la transparence, dites-vous, lors de chacune de vos interventions au Parlement.

Pourtant, si vos chiffres sont exacts, et nous ne les contestons pas, la présentation que vous en faites nous semble biaisée, car vous ne retenez que ceux qui vous sont agréables et vous passez votre temps à nous dire qu'il ne faut être ni malhonnête intellectuellement ni anxieux.

Mais, lorsque vous critiquez le bilan de notre majorité, vous l'avez encore fait ce soir, en comparant votre première année aux cinq années précédentes, l'honnêteté intellectuelle ne vous oblige-t-elle pas à mentionner que nous avons dû faire face à la plus grave crise que le monde ait connue depuis des décennies ? Vous l'occultez systématiquement ; vous l'avez encore fait ce soir.

Oui, au plus fort de cette crise, pour soutenir la croissance, nous avons augmenté la dépense publique, aggravé le déficit et la dette. À l'époque, l'opposition, dont vous étiez, trouvait que nous n'en faisons pas assez. Aujourd'hui, elle nous le reproche !

Pour faire face à la chute spectaculaire des recettes de l'État, nous avons également augmenté la pression fiscale.

Il est donc aisé, même si ce n'est pas très correct, de faire des comparaisons en occultant le fait que nos comptes ont été plombés par une crise exceptionnelle venue des États-Unis à laquelle il a fallu faire face.

Monsieur le ministre, être transparent, c'est aussi parler de tous les chiffres et reconnaître par conséquent que, après un an d'exercice du pouvoir par la nouvelle majorité, absolument tous les indicateurs importants pour notre économie sont dans le rouge : un chômage record, avec une augmentation en 2012 qui a conduit à dépasser le niveau inédit de 3,2 millions de chômeurs ; un endettement record – 90,2 % du PIB en 2012, soit un niveau jamais atteint, alors même que François Hollande s'était engagé à ne pas dépasser la barre symbolique des 90 %, mais c'était à l'époque où il devait sous-estimer la crise ; une baisse historique du

pouvoir d'achat, *moins* 0,9 % en 2012, du jamais vu depuis le tournant de la rigueur de 1984 ; une baisse record de la consommation des produits manufacturés depuis 1993, *moins* 0,8 % en 2012 ; une diminution record, depuis 1985, du taux de marge des entreprises, qui atteint 27,9 % seulement ; un niveau record, depuis 1999, des prélèvements obligatoires, avec 44,9 % du PIB en 2012 – leur montant devrait atteindre 46,5 % du PIB en 2013, ce qui serait un autre record depuis les années soixante ; pour finir, un niveau record de la dépense publique, avec 56,6 % du PIB en 2012, soit le même niveau qu'au plus fort de notre plan de relance, ce qui situe la France au deuxième rang des pays de l'OCDE.

Depuis un an, nous en avons effectivement battu des records, mais de ceux-là, nous nous serions bien passés...

Et, comme si tout cela ne suffisait pas, cerise sur le gâteau, voici qu'il y a moins de quinze jours l'agence Fitch a dégradé la note de la France. Les raisons invoquées sont clairement énumérées : les perspectives incertaines de croissance, malgré votre confiance affichée, les doutes de l'agence sur notre capacité à atteindre les objectifs de consolidation budgétaire, tout en faisant face à une potentielle hausse des taux d'intérêt. Rappelons simplement pour mesurer le risque que 1 point de taux d'intérêt supplémentaire accroît progressivement de 2 milliards d'euros par an la charge de la dette.

En conclusion, monsieur le ministre, au regard des mauvais choix que vous avez opérés, notamment le matraquage fiscal des ménages et des entreprises, qui a indéniablement eu un effet récessif sur notre économie, au regard de votre choix de ne pas vous attaquer suffisamment dès 2012 à la dépense publique, au regard de votre choix de différer les réformes structurelles, oui, au regard de tous ces choix suscitant les plus grandes réserves ou les critiques de la Cour des comptes et du Haut Conseil des finances publiques, au regard de vos hésitations, des renoncements et changements de position que vous opérez, le groupe UMP ne votera pas ce projet de loi de règlement qui entérine ces choix que nous n'approuvons pas. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. le président. Personne ne demande plus la parole dans la discussion générale ?...

La discussion générale est close.

Nous passons à la discussion des articles.

Article liminaire

① Le solde structurel et le solde effectif de l'ensemble des administrations publiques résultant de l'exécution de l'année 2012 s'établissent comme suit :

② (*En points de produit intérieur brut*)

	Exécution 2012	Soldes prévus par la loi de programmation des finances publiques	Écart avec les soldes prévus par la loi de programmation des finances publiques
Solde structurel (1)	-3,9	-3,6	-0,3
<i>Solde conjoncturel (2)</i>	<i>-0,8</i>	<i>-0,8</i>	<i>0,1</i>
<i>Mesures ponctuelles et temporaires (3)</i>	<i>-0,1</i>	<i>-0,1</i>	<i>0,0</i>
Solde effectif (1+2+3)	-4,8	-4,5	-0,3

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

(L'article liminaire est adopté.)

Article 1^{er}

- ① I. – Le résultat budgétaire de l'État en 2012 est arrêté à la somme de -87 149 974 441,19 €

- ② II. – Le montant définitif des recettes et des dépenses du budget de l'année 2012 est arrêté aux sommes mentionnées dans le tableau ci-après :

- ③ (En euros)

	Dépenses	Recettes	Soldes
Budget général			
Recettes			
Recettes fiscales brutes		358 996 920 074,37	
À déduire : Remboursements et dégrèvements d'impôts		90 559 027 204,01	
Recettes fiscales nettes (a)		268 437 892 870,36	
Recettes non fiscales (b)		14 109 662 855,91	
Montant net des recettes, hors fonds de concours (c) = (a) + (b)		282 547 555 726,27	
À déduire : Prélèvements sur recettes au profit des collectivités territoriales et de l'Union européenne (d)		74 635 235 421,91	
Total net des recettes, hors prélèvements sur recettes (e) = (c) - (d)		207 912 320 304,36	
Fonds de concours (f)		3 466 518 397,52	
Montant net des recettes, y compris fonds de concours (g) = (e) + (f)		211 378 838 701,88	
Dépenses			
Dépenses brutes, hors fonds de concours	386 627 793 508,31		
À déduire : Remboursements et dégrèvements d'impôts	90 559 027 204,01		
Montant net des dépenses (h)	296 068 766 304,30		
Fonds de concours (i)	3 466 518 397,52		
Montant net des dépenses, y compris fonds de concours (j) = (h) + (i)	299 535 284 701,82		
Total du budget général, y compris fonds de concours	299 535 284 701,82	211 378 838 701,88	-88 156 445 999,94
Budgets annexes			
Contrôle et exploitation aériens	2 040 088 373,02	2 040 088 373,02	
Publications officielles et information administrative	210 746 065,54	210 746 065,54	
Montant des budgets annexes, hors fonds de concours	2 250 834 438,56	2 250 834 438,56	
Fonds de concours	23 216 247,00	23 216 247,00	
Total des budgets annexes, y compris fonds de concours	2 274 050 685,56	2 274 050 685,56	
Comptes spéciaux			

Comptes d'affectation spéciale	69 260 353 036,60	68 986 401 488,23	-273 951 548,37
Comptes de concours financiers	98 374 650 894,36	99 503 322 823,42	1 128 671 929,06
Comptes de commerce (solde)	-82 975 678,43		82 975 678,43
Comptes d'opérations monétaires, hors Fonds monétaire international (solde)	-68 775 499,63		68 775 499,63
Total des comptes spéciaux, hors Fonds monétaire international	167 483 252 752,90	168 489 724 311,65	1 006 471 558,75
Solde d'exécution des lois de finances, hors Fonds monétaire international			-87 149 974 441,19

– (Adopté.)

Article 2

- ① Le montant définitif des ressources et des charges de trésorerie ayant concouru à la réalisation de l'équilibre financier de l'année 2012 est arrêté aux sommes présentées dans le tableau de financement ci-après :

② (En milliards d'euros)

	Exécution 2012
Besoin de financement	
Amortissement de la dette à long terme (y compris rachats de titres d'échéance 2012 avant leur maturité)	55,6
Amortissement de la dette à moyen terme (y compris rachats de titres d'échéance 2012 avant leur maturité)	42,3
Amortissement de dettes reprises par l'État	1,3
Variation des dépôts de garantie	0,2
Variation d'autres besoins de trésorerie	0
Impact en trésorerie du solde de la gestion 2012	89,2
Total du besoin de financement	188,6
Ressources de financement	
Émissions à moyen et long termes (obligations assimilables du Trésor et bons du Trésor à taux fixe et intérêts annuels), nettes des rachats	177,9
Variation des bons du Trésor à taux fixe et intérêts précomptés	-11,2
Variation des dépôts des correspondants (EPIC, EPA, collectivités territoriales) et assimilés	11,1
Autres ressources de trésorerie	12,8
Variation du solde du compte du Trésor	-2,0
Total des ressources de financement	188,6

– (Adopté.)

Article 3

- ① I. – Le compte de résultat de l'exercice 2012 est approuvé tel que présenté dans le tableau ci-après. Le résultat comptable de l'exercice 2012 s'établit à -92 769 669 977,60 €.

② Charges nettes

(En millions d'euros)

	2012
Charges de fonctionnement nettes	
Charges de personnel	134 531
Achats, variations de stocks et prestations externes	20 600
Dotations aux amortissements, aux provisions et aux dépréciations	44 997
Autres charges de fonctionnement	8 172
Total des charges de fonctionnement direct (I)	208 300
Subventions pour charges de service public	26 696
Dotations aux provisions	0
Total des charges de fonctionnement indirect (II)	26 696
Total des charges de fonctionnement (III = I + II)	234 997
Ventes de produits et prestations de service	2 771
Production stockée et immobilisée	95
Reprises sur provisions et sur dépréciations	32 800
Autres produits de fonctionnement	26 168
Total des produits de fonctionnement (IV)	61 834
Total des charges de fonctionnement nettes (V = III - IV)	173 163
Charges d'intervention nettes	
Transferts aux ménages	35 321
Transferts aux entreprises	12 007
Transferts aux collectivités territoriales	75 444
Transferts aux autres collectivités	23 546
Charges résultant de la mise en jeu de garanties	5
Dotations aux provisions et aux dépréciations	10 524
Total des charges d'intervention (VI)	156 847
Contributions reçues de tiers	1 798
Reprises sur provisions et sur dépréciations	10 291
Total des produits d'intervention (VII)	12 089
Total des charges d'intervention nettes (VIII = VI - VII)	144 759
Charges financières nettes	
Intérêts	43 562
Pertes de change liées aux opérations financières	71
Dotations aux amortissements, aux provisions et aux dépréciations	9 003
Autres charges financières	6 363
Total des charges financières (IX)	58 999
Produits des immobilisations financières	6 474
Gains de change liés aux opérations financières	58

Reprises sur provisions et sur dépréciations	5 845
Autres intérêts et produits assimilés	2 734
Total des produits financiers (X)	15 111
Total des charges financières nettes (XI = IX - X)	43 888
Total des charges nettes (XII = V + VIII + XI)	361 810

③ Produits régaliens nets

(En millions d'euros)

	2012
Impôt sur le revenu	60 274
Impôt sur les sociétés	37 344
Taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques	12 619
Taxe sur la valeur ajoutée	136 525
Enregistrement, timbre, autres contributions et taxes indirectes	13 547
Autres produits de nature fiscale et assimilés	21 404
Total des produits fiscaux nets (XIII)	281 714
Amendes, prélèvements divers et autres pénalités	6 371
Total des autres produits régaliens nets (XIV)	6 371
Ressource propre de l'Union européenne basée sur le revenu national brut	-15 168
Ressource propre de l'Union européenne basée sur la taxe sur la valeur ajoutée	-3 877
Total des ressources propres du budget de l'Union européenne basées sur le revenu national brut et la taxe sur la valeur ajoutée (XV)	-19 045
Total des produits régaliens nets (XVI = XIII + XIV- XV)	269 040

④ Solde des opérations de l'exercice

(En millions d'euros)

	2012
Charges de fonctionnement nettes (V)	173 163
Charges d'intervention nettes (VIII)	144 759
Charges financières nettes (XI)	43 888
Charges nettes (XII)	361 810
Produits fiscaux nets (XIII)	281 714
Autres produits régaliens nets (XIV)	6 371
Ressources propres de l'Union européenne basées sur le revenu national brut et la taxe sur la valeur ajoutée (XV)	-19 045
Produits régaliens nets (XVI)	269 040
Solde des opérations de l'exercice (XVI - XII)	-92 770

⑤ II. – Le résultat comptable de l'exercice 2012 est affecté au bilan à la ligne « Report des exercices antérieurs ».

⑥ III. – Le bilan, après affectation du résultat comptable, s'établit comme suit :

⑦ (En millions d'euros)

	31 décembre 2012		
	Brut	Amortissements, dépréciations	Net
Actif immobilisé			
Immobilisations incorporelles	42 773	13 781	28 992
Immobilisations corporelles	536 246	68 613	467 633
Immobilisations financières	337 570	38 414	299 156
Total actif immobilisé	916 589	120 808	795 781
Actif circulant (hors trésorerie)			
Stocks	36 060	5 326	30 735
Créances	106 944	25 913	81 031
<i>Redevables</i>	<i>80 773</i>	<i>24 809</i>	<i>55 964</i>
<i>Clients</i>	<i>9 519</i>	<i>963</i>	<i>8 556</i>
<i>Autres créances</i>	<i>16 653</i>	<i>141</i>	<i>16 512</i>
Charges constatées d'avance	172	0	172
Total actif circulant (hors trésorerie)	143 176	31 239	111 938
Trésorerie			
Fonds bancaires et fonds en caisse	2 196		2 196
Valeurs escomptées, en cours d'encaissement et de décaissement	-1 784		-1 784
Autres composantes de trésorerie	24 995		24 995
Équivalents de trésorerie	5 147	0	5 147
Total trésorerie	30 554	0	30 554
Comptes de régularisation	11 189		11 189
Total actif (I)	1 101 508	152 047	949 461
Dettes financières			
Titres négociables			1 406 019
Titres non négociables			235
Dettes financières et autres emprunts			5 890
Total dettes financières			1 412 144
Dettes non financières (hors trésorerie)			
Dettes de fonctionnement			6 706
Dettes d'intervention			7 036
Produits constatés d'avance			13 720
Autres dettes non financières			140 874
Total dettes non financières			168 337
Provisions pour risques et charges			

Provisions pour risques			16 468
Provisions pour charges			89 118
Total provisions pour risques et charges			105 586
Autres passifs (hors trésorerie)			27 306
Trésorerie			
Correspondants du Trésor et personnes habilitées			99 536
Autres			46
Total trésorerie			99 583
Comptes de régularisation			46 252
Total passif (hors situation nette) (II)			1 859 208
Report des exercices antérieurs			-1 161 432
Écarts de réévaluation et d'intégration			344 455
Solde des opérations de l'exercice			-92 770
Situation nette (III = I - II)			-909 747

- ⑧ IV – L'annexe du compte général de l'État de l'exercice 2012 est approuvée. – *(Adopté.)*

Article 4

- ① I. – Le montant des autorisations d'engagement engagées sur le budget général au titre de l'année 2012 est arrêté par mission et programme aux sommes

mentionnées dans le tableau ci-après. Les autorisations d'engagement ouvertes sont modifiées comme indiqué dans ce même tableau.

② *(En euros)*

Désignation des missions et des programmes	Autorisations d'engagement engagées	Ajustements de la loi de règlement	
		Ouvertures d'autorisations d'engagement complémentaires	Annulations d'autorisations d'engagement non engagées et non reportées
Action extérieure de l'État	2 716 558 139,16		112 915 311,15
– Action de la France en Europe et dans le monde	1 605 087 408,74		108 986 706,44
– Diplomatie culturelle et d'influence	739 407 312,28		1 468 704,86
– Français à l'étranger et affaires consulaires	368 832 338,51		2 169 907,48
– Présidence française du G20 et du G8	3 231 079,63		289 992,37
Administration générale et territoriale de l'État	2 714 699 189,78		23 162 336,43
– Administration territoriale	1 698 729 996,83		15 035 074,35
– Vie politique, culturelle et associative	359 403 867,60		5 988 994,53
– Conduite et pilotage des politiques de l'intérieur	656 565 325,35		2 138 267,55
Agriculture, pêche, alimentation, forêt et affaires rurales	3 721 425 575,22		6 043 043,67

– Économie et développement durable de l'agriculture, de la pêche et des territoires	2 081 920 438,99		2 284 208,16
– Forêt	338 112 846,88		37 098,75
– Sécurité et qualité sanitaires de l'alimentation	543 281 123,33		314 854,97
– Conduite et pilotage des politiques de l'agriculture	758 111 166,02		3 406 881,79
Aide publique au développement	2 526 860 435,52		50 256 659,52
– Aide économique et financière au développement	679 034 162,18		6 144 748,82
– Solidarité à l'égard des pays en développement	1 843 460 299,20		27 950 803,84
– Développement solidaire et migrations	4 365 974,14		16 161 106,86
Anciens combattants, mémoire et liens avec la Nation	3 133 981 313,97		13 572 807,39
– Liens entre la Nation et son armée	122 782 753,77		5 161 982,57
– Reconnaissance et réparation en faveur du monde combattant	2 909 776 980,72		1 865 716,30
– Indemnisation des victimes des persécutions antisémites et des actes de barbarie pendant la Seconde Guerre mondiale	101 421 579,48		6 545 108,52
Conseil et contrôle de l'État	592 949 227,75		9 524 698,45
– Conseil d'État et autres juridictions administratives	347 750 245,85		3 532 793,20
– Conseil économique, social et environnemental	38 988 602,50		
– Cour des comptes et autres juridictions financières	206 210 379,40		5 991 905,25
Culture	2 546 433 463,63		18 095 275,46
– Patrimoines	774 417 475,97		8 676 305,90
– Création	727 602 180,14		558 984,48
– Transmission des savoirs et démocratisation de la culture	1 044 413 807,52		8 859 985,08
Défense	34 837 828 675,56		1 635 883 323,83
– Environnement et prospective de la politique de défense	1 791 182 970,16		80 400 037,91
– Préparation et emploi des forces	23 341 965 716,39		384 620 849,14
– Soutien de la politique de la défense	3 233 002 350,74		190 796 311,44
– Équipement des forces	6 471 677 638,27		980 066 125,34
Direction de l'action du Gouvernement	1 181 793 603,39		25 193 871,09
– Coordination du travail gouvernemental	566 612 330,35		10 106 419,52
– Protection des droits et libertés	76 752 591,24		863 005,16
– Moyens mutualisés des administrations déconcentrées	538 428 681,80		14 224 446,41

Écologie, développement et aménagement durables	11 362 525 367,79		192 570 140,88
– Infrastructures et services de transports	5 396 006 430,46		94 361 527,37
– Sécurité et circulation routières	49 976 974,15		1 119 941,84
– Sécurité et affaires maritimes	141 140 364,04		824 143,10
– Météorologie	203 678 520,00		
– Urbanisme, paysages, eau et biodiversité	325 281 903,29		17 933 927,24
– Information géographique et cartographique	94 795 350,06		1 311,94
– Prévention des risques	228 067 981,92		64 764 703,28
– Énergie, climat et après-mines	630 755 789,06		4 454 198,67
– Conduite et pilotage des politiques de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer	4 292 822 054,81		9 110 387,44
Économie	2 007 099 963,16		17 420 900,70
– Développement des entreprises et de l'emploi	1 008 931 639,21		11 279 870,97
– Tourisme	35 686 220,55		922 909,45
– Statistiques et études économiques	459 563 446,31		3 426 315,70
– Stratégie économique et fiscale	502 918 657,09		1 791 804,58
Engagements financiers de l'État	56 370 051 554,53		125 613 036,47
– Charge de la dette et trésorerie de l'État (crédits évaluatifs)	46 302 717 838,32		56 282 161,68
– Appels en garantie de l'État (crédits évaluatifs)	121 784 296,21		67 615 703,79
– Épargne	653 776 591,00		
– Majoration de rentes	183 284 829,00		1 715 171,00
– Dotation en capital du Mécanisme européen de stabilité	6 523 488 000,00		
– Recapitalisation de Dexia	2 585 000 000,00		
Enseignement scolaire	62 018 945 303,90	9 827,38	86 486 861,06
– Enseignement scolaire public du premier degré	18 310 487 626,05		4 781 899,79
– Enseignement scolaire public du second degré	29 550 037 245,36	9 827,38	4 221 920,42
– Vie de l'élève	3 952 678 820,50		2 509 554,02
– Enseignement privé du premier et du second degrés	7 074 140 644,25		313 562,75
– Soutien de la politique de l'éducation nationale	2 121 509 349,40		10 760 525,42
– Enseignement technique agricole	1 010 091 618,34		63 899 398,66
Gestion des finances publiques et des ressources humaines	11 507 373 756,51		147 375 151,75
– Gestion fiscale et financière de l'État et du secteur public local	8 376 701 084,64		38 689 301,23

– Stratégie des finances publiques et modernisation de l'État	257 766 676,51		2 059 551,14
– Conduite et pilotage des politiques économique et financière	890 121 808,43		95 812 288,33
– Facilitation et sécurisation des échanges	1 594 485 120,34		2 197 860,55
– Entretien des bâtiments de l'État	178 147 236,30		137 704,91
– Fonction publique	210 151 830,29		8 478 445,59
Immigration, asile et intégration	748 246 147,65		1 196 966,44
– Immigration et asile	670 713 081,77		404 670,85
– Intégration et accès à la nationalité française	77 533 065,88		792 295,59
Justice	9 215 575 507,89		746 878 533,64
– Justice judiciaire	4 300 393 706,95		128 626 856,36
– Administration pénitentiaire	3 338 009 294,08		610 126 914,12
– Protection judiciaire de la jeunesse	771 532 241,27		2 269 275,71
– Accès au droit et à la justice	311 068 988,49		52 928,51
– Conduite et pilotage de la politique de la justice	491 654 208,10		5 802 557,94
– Conseil supérieur de la magistrature	2 917 069,00		1,00
Médias, livre et industries culturelles	1 228 865 385,28		9 433 148,72
– Presse	374 885 205,15		409 554,85
– Livre et industries culturelles	233 703 095,19		9 015 538,81
– Contribution à l'audiovisuel et à la diversité radiophonique	461 639 776,94		8 055,06
– Action audiovisuelle extérieure	158 637 308,00		
Outre-mer	2 157 969 034,36		28 982 914,44
– Emploi outre-mer	1 337 215 367,25		2 893 630,99
– Conditions de vie outre-mer	820 753 667,11		26 089 283,45
Politique des territoires	262 506 498,41		53 612 043,61
– Impulsion et coordination de la politique d'aménagement du territoire	189 999 861,94		52 384 051,08
– Interventions territoriales de l'État	72 506 636,47		1 227 992,53
Pouvoirs publics	991 227 457,00		5 981 920,00
– Présidence de la République	102 899 893,00		5 981 920,00
– Assemblée nationale	517 890 000,00		
– Sénat	323 584 600,00		
– La Chaîne parlementaire	35 037 514,00		
– Indemnités des représentants français au Parlement européen			
– Conseil constitutionnel	10 998 000,00		
– Haute Cour			

– Cour de justice de la République	817 450,00		
Provisions			195 324 622,00
– Provision relative aux rémunérations publiques			
– Dépenses accidentelles et imprévisibles			195 324 622,00
Recherche et enseignement supérieur	25 657 372 005,01		53 336 602,59
– Formations supérieures et recherche universitaire	12 778 097 608,32		8 004 757,47
– Vie étudiante	2 323 120 889,58		3,46
– Recherches scientifiques et technologiques pluridisciplinaires	5 097 084 543,63		1,32
– Recherche dans le domaine de la gestion des milieux et des ressources	1 239 649 027,00		
– Recherche spatiale	1 375 691 958,00		
– Recherche dans les domaines de l'énergie, du développement et de l'aménagement durables	1 283 268 545,59		28 500 293,77
– Recherche et enseignement supérieur en matière économique et industrielle	965 339 101,77		16 399 039,94
– Recherche duale (civile et militaire)	177 672 832,00		913,00
– Recherche culturelle et culture scientifique	118 822 180,36		292 099,39
– Enseignement supérieur et recherche agricoles	298 625 318,76		139 494,24
Régimes sociaux et de retraite	6 711 031 938,44		0,56
– Régimes sociaux et de retraite des transports terrestres	4 030 663 658,44		0,56
– Régimes de retraite et de sécurité sociale des marins	856 456 092,00		
– Régime de retraite des mines, de la SEITA et divers	1 823 912 188,00		
Relations avec les collectivités territoriales	2 677 313 866,31		63 490 214,94
– Concours financiers aux communes et groupements de communes	766 772 942,68		49 181 253,32
– Concours financiers aux départements	480 664 924,67		844 634,33
– Concours financiers aux régions	908 179 210,60		37 073,40
– Concours spécifiques et administration	521 696 788,36		13 427 253,89
Remboursements et dégrèvements	90 593 908 908,67	164 389 267,74	1 182 337 359,07
– Remboursements et dégrèvements d'impôts d'État (crédits évaluatifs)	79 119 519 640,93		1 182 337 359,07
– Remboursements et dégrèvements d'impôts locaux (crédits évaluatifs)	11 474 389 267,74	164 389 267,74	
Santé	1 318 196 248,32		1 292 309,68
– Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	683 705 814,91		1 074 874,09
– Protection maladie	634 490 433,41		217 435,59

Sécurité	17 009 598 596,44		60 718 473,25
– Police nationale	9 127 675 519,50		49 013 322,56
– Gendarmerie nationale	7 881 923 076,94		11 705 150,69
Sécurité civile	407 410 321,24		4 192,25
– Interventions des services opérationnels	268 076 912,18		4 190,33
– Coordination des moyens de secours	139 333 409,06		1,92
Solidarité, insertion et égalité des chances	12 811 797 779,56		13 950 375,37
– Lutte contre la pauvreté : revenu de solidarité active et expérimentations sociales	238 716 311,57		1 218,43
– Actions en faveur des familles vulnérables	235 601 679,61		7 027,39
– Handicap et dépendance	10 821 307 048,73		7 185 133,40
– Égalité entre les hommes et les femmes	19 542 045,24		76 697,32
– Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative	1 496 630 694,41		6 680 298,83
Sport, jeunesse et vie associative	458 718 543,46		947 339,59
– Sport	260 663 060,76		641 450,96
– Jeunesse et vie associative	198 055 482,70		305 888,63
Travail et emploi	10 631 781 478,73		128 985 904,80
– Accès et retour à l'emploi	6 056 503 970,33		23 234 305,27
– Accompagnement des mutations économiques et développement de l'emploi	3 760 376 546,99		80 158 979,67
– Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail	67 515 885,30		12 247 174,10
– Conception, gestion et évaluation des politiques de l'emploi et du travail	747 385 076,11		13 345 445,76
Ville et logement	8 031 040 007,86		93 521 310,96
– Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables	1 299 038 638,36		86 751,56
– Aide à l'accès au logement	5 749 645 051,00		
– Développement et amélioration de l'offre de logement	478 418 127,29		93 130 974,40
– Politique de la ville et Grand Paris	503 938 191,21		303 585,00
Total	388 151 085 294,50	164 399 095,12	5 104 107 649,76

③ II. – Le montant des dépenses relatives au budget général au titre de l'année 2012 est arrêté par mission et programme aux sommes mentionnées dans le tableau ci-

après. Les crédits de paiement ouverts sont modifiés comme indiqué dans ce même tableau.

④ (En euros)

Désignation des missions et des programmes	Dépenses	Ajustements de la loi de règlement	
		Ouvertures de crédits complémentaires	Annulations de crédits non consommés et non reportés
Action extérieure de l'État	2 768 426 469,80		3 134 243,01
– Action de la France en Europe et dans le monde	1 641 006 067,05		1 334 446,20
– Diplomatie culturelle et d'influence	740 182 792,88		496 050,26
– Français à l'étranger et affaires consulaires	370 587 238,43		984 242,99
– Présidence française du G20 et du G8	16 650 371,44		319 503,56
Administration générale et territoriale de l'État	2 734 972 852,48	1,65	76 289,38
– Administration territoriale	1 702 303 060,68	0,29	17 189,89
– Vie politique, culturelle et associative	361 914 767,11		0,89
– Conduite et pilotage des politiques de l'intérieur	670 755 024,69	1,36	59 098,60
Agriculture, pêche, alimentation, forêt et affaires rurales	3 838 809 643,91	1,49	3 180 826,50
– Économie et développement durable de l'agriculture, de la pêche et des territoires	2 196 134 550,49	0,21	
– Forêt	348 048 867,09		0,40
– Sécurité et qualité sanitaires de l'alimentation	544 286 995,76		86 701,46
– Conduite et pilotage des politiques de l'agriculture	750 339 230,57	1,28	3 094 124,64
Aide publique au développement	3 041 982 693,36		844 895,64
– Aide économique et financière au développement	1 156 654 632,97		0,03
– Solidarité à l'égard des pays en développement	1 867 548 029,77		704 417,23
– Développement solidaire et migrations	17 780 030,62		140 478,38
Anciens combattants, mémoire et liens avec la Nation	3 123 301 518,29		11 645 642,07
– Liens entre la Nation et son armée	116 156 725,69		1 296 832,65
– Reconnaissance et réparation en faveur du monde combattant	2 909 777 176,72		0,30
– Indemnisation des victimes des persécutions antisémites et des actes de barbarie pendant la Seconde Guerre mondiale	97 367 615,88		10 348 809,12
Conseil et contrôle de l'État	607 913 239,59	0,93	6 114 242,46
– Conseil d'État et autres juridictions administratives	364 441 865,88	0,93	597 394,88
– Conseil économique, social et environnemental	38 988 602,50		
– Cour des comptes et autres juridictions financières	204 482 771,21		5 516 847,58

Culture	2 650 191 179,81		1 207 506,15
– Patrimoines	801 843 412,50		0,71
– Création	787 495 949,96		1,08
– Transmission des savoirs et démocratisation de la culture	1 060 851 817,35		1 207 504,36
Défense	38 876 029 875,77		8 757 217,29
– Environnement et prospective de la politique de défense	1 780 937 574,26		714 900,35
– Préparation et emploi des forces	23 445 367 823,49		4 821 108,93
– Soutien de la politique de la défense	3 113 694 290,74		3 096 526,68
– Équipement des forces	10 536 030 187,28		124 681,33
Direction de l'action du Gouvernement	1 062 491 837,05		9 110 261,99
– Coordination du travail gouvernemental	533 160 045,99		8 408 588,29
– Protection des droits et libertés	88 708 288,18		697 956,72
– Moyens mutualisés des administrations déconcentrées	440 623 502,88		3 716,98
Écologie, développement et aménagement durables	10 948 119 125,46	3 723,77	6 765 152,95
– Infrastructures et services de transports	5 470 288 087,00	5,04	
– Sécurité et circulation routières	50 236 073,32	1,14	
– Sécurité et affaires maritimes	139 528 587,44		919 639,51
– Météorologie	203 678 520,00		
– Urbanisme, paysages, eau et biodiversité	326 308 040,35		1,06
– Information géographique et cartographique	94 727 277,92		0,08
– Prévention des risques	261 363 942,06		3 083 898,20
– Énergie, climat et après-mines	642 444 561,90		2 761 614,10
– Conduite et pilotage des politiques de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer	3 759 544 035,47	3 717,59	
Économie	2 025 654 644,46		4 771 427,49
– Développement des entreprises et de l'emploi	1 026 946 873,11		1 233 780,66
– Tourisme	42 325 619,37		10 000,63
– Statistiques et études économiques	452 801 403,50		2 584 056,38
– Stratégie économique et fiscale	503 580 748,48		943 589,82
Engagements financiers de l'État	56 370 051 554,53		125 613 036,47
– Charge de la dette et trésorerie de l'État (crédits évaluatifs)	46 302 717 838,32		56 282 161,68
– Appels en garantie de l'État (crédits évaluatifs)	121 784 296,21		67 615 703,79
– Épargne	653 776 591,00		
– Majoration de rentes	183 284 829,00		1 715 171,00

– Dotation en capital du Mécanisme européen de stabilité	6 523 488 000,00		
– Recapitalisation de Dexia	2 585 000 000,00		
Enseignement scolaire	62 344 948 302,98		15 215 766,85
– Enseignement scolaire public du premier degré	18 310 609 782,09		5 077 513,75
– Enseignement scolaire public du second degré	29 550 279 290,15		4 219 127,25
– Vie de l'élève	4 009 043 714,90		2 506 985,62
– Enseignement privé du premier et du second degrés	7 074 665 944,06		313 592,94
– Soutien de la politique de l'éducation nationale	2 096 245 326,77		2 696 823,30
– Enseignement technique agricole	1 304 104 245,01		401 723,99
Gestion des finances publiques et des ressources humaines	11 524 689 812,88	0,13	6 681 268,94
– Gestion fiscale et financière de l'État et du secteur public local	8 377 861 212,33	0,13	1 615 737,10
– Stratégie des finances publiques et modernisation de l'État	285 575 261,32		636 234,68
– Conduite et pilotage des politiques économique et financière	865 238 568,84		2 564 379,28
– Facilitation et sécurisation des échanges	1 586 038 274,08		1 802 833,11
– Entretien des bâtiments de l'État	189 016 600,71		0,71
– Fonction publique	220 959 895,60		62 084,06
Immigration, asile et intégration	734 200 394,19		174 171,08
– Immigration et asile	655 020 652,45		174 170,35
– Intégration et accès à la nationalité française	79 179 741,74		0,73
Justice	7 300 239 557,70	0,93	74 442,11
– Justice judiciaire	2 998 892 523,09	0,93	190,13
– Administration pénitentiaire	2 965 644 376,32		6 913,70
– Protection judiciaire de la jeunesse	754 551 564,19		15 590,01
– Accès au droit et à la justice	311 098 773,34		0,66
– Conduite et pilotage de la politique de la justice	267 032 495,50		51 746,87
– Conseil supérieur de la magistrature	3 019 825,26		0,74
Médias, livre et industries culturelles	1 267 373 416,52		25 795,48
– Presse	384 916 450,93		17 740,07
– Livre et industries culturelles	262 092 193,65		0,35
– Contribution à l'audiovisuel et à la diversité radiophonique	461 727 463,94		8 055,06
– Action audiovisuelle extérieure	158 637 308,00		
Outre-mer	2 024 355 165,58		1 860 280,51

– Emploi outre-mer	1 355 883 920,62		1 767 817,83
– Conditions de vie outre-mer	668 471 244,96		92 462,68
Politique des territoires	303 286 591,87		518 486,13
– Impulsion et coordination de la politique d'aménagement du territoire	251 049 885,73		518 485,27
– Interventions territoriales de l'État	52 236 706,14		0,86
Pouvoirs publics	991 227 457,00		5 981 920,00
– Présidence de la République	102 899 893,00		5 981 920,00
– Assemblée nationale	517 890 000,00		
– Sénat	323 584 600,00		
– La Chaîne parlementaire	35 037 514,00		
– Indemnités des représentants français au Parlement européen			
– Conseil constitutionnel	10 998 000,00		
– Haute Cour			
– Cour de justice de la République	817 450,00		
Provisions			4 324 622,00
– Provision relative aux rémunérations publiques			
– Dépenses accidentelles et imprévisibles			4 324 622,00
Recherche et enseignement supérieur	25 279 142 103,75		1 487 172,69
– Formations supérieures et recherche universitaire	12 545 289 714,83		952 778,92
– Vie étudiante	2 318 719 023,99		1,75
– Recherches scientifiques et technologiques pluridisciplinaires	4 959 395 067,43		1,52
– Recherche dans le domaine de la gestion des milieux et des ressources	1 239 649 027,00		
– Recherche spatiale	1 375 691 958,00		
– Recherche dans les domaines de l'énergie, du développement et de l'aménagement durables	1 245 493 341,78		345,22
– Recherche et enseignement supérieur en matière économique et industrielle	998 310 502,34		393 637,66
– Recherche duale (civile et militaire)	177 672 832,00		913,00
– Recherche culturelle et culture scientifique	118 805 092,62		0,38
– Enseignement supérieur et recherche agricoles	300 115 543,76		139 494,24
Régimes sociaux et de retraite	6 711 370 473,44		0,56
– Régimes sociaux et de retraite des transports terrestres	4 031 002 193,44		0,56
– Régimes de retraite et de sécurité sociale des marins	856 456 092,00		

– Régime de retraite des mines, de la SEITA et divers	1 823 912 188,00		
Relations avec les collectivités territoriales	2 661 359 026,08	0,15	27 902 984,75
– Concours financiers aux communes et groupements de communes	743 446 287,56		27 825 756,44
– Concours financiers aux départements	480 665 751,09		40 154,91
– Concours financiers aux régions	908 179 210,60		37 073,40
– Concours spécifiques et administration	529 067 776,83	0,15	
Remboursements et dégrèvements	90 559 027 204,01	156 018 018,91	1 208 847 814,90
– Remboursements et dégrèvements d'impôts d'État (crédits évaluatifs)	79 093 009 185,10		1 208 847 814,90
– Remboursements et dégrèvements d'impôts locaux (crédits évaluatifs)	11 466 018 018,91	156 018 018,91	
Santé	1 317 314 889,43		751 731,57
– Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	682 824 383,11		534 368,89
– Protection maladie	634 490 506,32		217 362,68
Sécurité	17 054 558 411,42	1,42	3 184 363,48
– Police nationale	9 205 278 485,23		3 162 598,83
– Gendarmerie nationale	7 849 279 926,19	1,42	21 764,65
Sécurité civile	444 524 273,74		3 483 514,33
– Interventions des services opérationnels	269 875 376,58		3 483 513,00
– Coordination des moyens de secours	174 648 897,16		1,33
Solidarité, insertion et égalité des chances	12 782 532 249,12		2 024 462,54
– Lutte contre la pauvreté : revenu de solidarité active et expérimentations sociales	238 846 923,09		25 254,91
– Actions en faveur des familles vulnérables	235 674 332,86		24 652,14
– Handicap et dépendance	10 807 481 629,85		15 188,28
– Égalité entre les hommes et les femmes	19 724 842,85		0,71
– Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative	1 480 804 520,47		1 959 366,50
Sport, jeunesse et vie associative	464 371 452,33	0,41	307 535,92
– Sport	265 366 721,92	0,41	
– Jeunesse et vie associative	199 004 730,41		307 535,92
Travail et emploi	10 344 254 820,16		2 749 138,85
– Accès et retour à l'emploi	5 714 633 155,86		0,74
– Accompagnement des mutations économiques et développement de l'emploi	3 781 246 728,11		0,75
– Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail	86 679 430,76		1 325 011,24

– Conception, gestion et évaluation des politiques de l'emploi et du travail	761 695 505,43		1 424 126,12
Ville et logement	7 937 591 669,12		14 744,01
– Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables	1 300 696 354,44		1,48
– Aide à l'accès au logement	5 749 645 051,00		
– Développement et amélioration de l'offre de logement	374 999 453,77		14 742,23
– Politique de la ville et Grand Paris	512 250 809,91		0,30
Total	390 094 311 905,83	156 021 749,79	1 466 830 958,10

– (Adopté.)

Article 5

- ① I. – Le montant des autorisations d'engagement engagées sur les budgets annexes au titre de l'année 2012 est arrêté par mission et programme aux sommes

mentionnées dans le tableau ci-après. Les autorisations d'engagement ouvertes sont modifiées comme indiqué dans ce même tableau.

② (En euros)

Désignation des budgets annexes	Autorisations d'engagement engagées	Ajustements de la loi de règlement	
		Ouvertures d'autorisations d'engagement complémentaires	Annulations d'autorisations d'engagement non engagées et non reportées
Contrôle et exploitation aériens	2 009 175 320,32		48 649 920,15
– Soutien aux prestations de l'aviation civile	1 375 649 540,22		12 172 532,55
– Navigation aérienne	477 825 107,33		25 877 166,03
– Transports aériens, surveillance et certification	60 696 650,77		6 839 835,57
– Formation aéronautique	95 004 022,00		3 760 386,00
Publications officielles et information administrative	176 855 782,42		7 404 738,29
– Édition et diffusion	94 200 502,78		3 108 579,29
– Pilotage et activités de développement des publications	82 655 279,64		4 296 159,00
Total	2 186 031 102,74		56 054 658,44

- ③ II. – Les résultats relatifs aux budgets annexes au titre de l'année 2012 sont arrêtés par mission et programme aux sommes mentionnées dans le tableau ci-après. Les

crédits ouverts sont modifiés comme indiqué dans ce même tableau.

④ (En euros)

Désignation des budgets annexes	Dépenses	Recettes	Ajustements de la loi de règlement	
			Ouvertures de crédits complémentaires	Annulations des crédits non consommés et non reportés
Contrôle et exploitation aériens	2 063 304 620,02	2 063 304 620,02	21 332 083,06	45 669 002,50

– Soutien aux prestations de l’aviation civile	1 375 400 292,90			11 102 267,56
– Navigation aérienne	510 830 313,42			25 942 063,58
– Transports aériens, surveillance et certification	60 737 908,64			4 864 285,36
– Formation aéronautique	95 004 022,00			3 760 386,00
<i>Augmentation du fonds de roulement</i>	<i>21 332 083,06</i>		<i>21 332 083,06</i>	
Publications officielles et information administrative	210 746 065,54	210 746 065,54	37 166 236,89	13 776 245,00
– Édition et diffusion	92 308 134,04			6 654 951,00
– Pilotage et activités de développement des publications	81 271 694,61			7 121 294,00
<i>Augmentation du fonds de roulement</i>	<i>37 166 236,89</i>		<i>37 166 236,89</i>	
Total	2 274 050 685,56	2 274 050 685,56	58 498 319,95	59 445 247,50

– (Adopté.)

Article 6

① I. – Le montant des autorisations d’engagement engagées sur les comptes spéciaux dont les opérations se poursuivent en 2013 est arrêté, au 31 décembre

2012, par mission et programme aux sommes mentionnées dans le tableau ci-après. Les autorisations d’engagement ouvertes sont modifiées comme indiqué dans ce tableau.

② (En euros)

Désignation des comptes spéciaux	Autorisations d’engagement engagées	Ajustements de la loi de règlement	
		Ouvertures d’autorisations d’engagement complémentaires	Annulations d’autorisations d’engagement non engagées et non reportées
<i>Comptes d’affectation spéciale</i>			
Aides à l’acquisition de véhicules propres	229 565 700,24		3 547 148,76
– Contribution au financement de l’attribution d’aides à l’acquisition de véhicules propres	225 999 626,98		373,02
– Contribution au financement de l’attribution d’aides au retrait de véhicules polluants	3 566 073,26		3 546 775,74
Contrôle de la circulation et du stationnement routiers	1 373 007 824,56		160 956 951,22
– Radars	200 045 363,83		0,37
– Fichier national du permis de conduire	24 821 085,20		2,38
– Contrôle et modernisation de la politique de la circulation et du stationnement routiers	43 365 900,00		
– Contribution à l’équipement des collectivités territoriales pour l’amélioration des transports en commun, de la sécurité et de la circulation routières	646 140 861,53		42 505 776,47
– Désendettement de l’État	458 634 614,00		118 451 172,00
Développement agricole et rural	110 998 220,13		0,87
– Développement et transfert en agriculture	55 501 812,72		0,28
– Recherche appliquée et innovation en agriculture	55 496 407,41		0,59

Engagements en faveur de la forêt dans le cadre de la lutte contre le changement climatique			30 000 000,00
– Projets de lutte contre la déforestation dans le cadre du financement précoce			30 000 000,00
– Actions des fonds environnementaux contre la déforestation dans le cadre du financement précoce			
Financement des aides aux collectivités pour l'électrification rurale	710 961 591,14	400 433 043,14	
– Electrification rurale	696 562 638,21	394 034 090,21	
– Opérations de maîtrise de la demande d'électricité par des énergies renouvelables ou de production de proximité dans les zones non interconnectées, déclarations d'utilité publique et intempéries	14 398 952,93	6 398 952,93	
Financement national du développement et de la modernisation de l'apprentissage	557 988 325,30		0,70
– Péréquation entre régions des ressources de la taxe d'apprentissage	200 000 000,00		
– Contractualisation pour le développement et la modernisation de l'apprentissage	348 196 879,00		
– Incitations financières en direction des entreprises respectant les quotas en alternance	9 791 446,30		0,70
Gestion du patrimoine immobilier de l'État	397 632 757,23		999 720,74
– Contribution au désendettement de l'État	61 395 975,00		1,00
– Contributions aux dépenses immobilières	336 236 782,23		999 719,74
Gestion et valorisation des ressources tirées de l'utilisation du spectre hertzien	1 455 975 003,19		282 518 506,81
– Désendettement de l'État			
– Optimisation de l'usage du spectre hertzien	1 455 975 003,19		282 518 506,81
Participation de la France au désendettement de la Grèce	198 700 000,00		
– Versement de la France à la Grèce au titre de la restitution à cet État des revenus perçus par la Banque de France sur les titres grecs détenus en compte propre	198 700 000,00		
– Rétrocessions de trop-perçus à la Banque de France			
Participations financières de l'État	10 223 233 048,97		1 379 249 554,03
– Opérations en capital intéressant les participations financières de l'État	10 223 233 048,97		1 379 249 554,03
– Désendettement de l'État et d'établissements publics de l'État			
Pensions	54 431 320 899,76		365 765 587,24
– Pensions civiles et militaires de retraite et allocations temporaires d'invalidité	50 115 509 022,29		292 533 130,71
– Ouvriers des établissements industriels de l'État	1 878 207 036,98		1,02
– Pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre et autres pensions	2 437 604 840,49		73 232 455,51

Services nationaux de transport conventionnés de voyageurs	360 000 000,00		
– Exploitation des services nationaux de transport conventionnés	260 200 000,00		
– Matériel roulant des services nationaux de transport conventionnés	99 800 000,00		
Total des comptes d'affectation spéciale	70 049 383 370,52	400 433 043,14	2 223 037 470,37
<i>Comptes de concours financiers</i>			
Accords monétaires internationaux			
– Relations avec l'Union monétaire ouest-africaine			
– Relations avec l'Union monétaire d'Afrique centrale			
– Relations avec l'Union des Comores			
Avances à divers services de l'État ou organismes gérant des services publics	6 836 477 514,59		826 414 092,41
– Avances à l'Agence de services et de paiement, au titre du préfinancement des aides communautaires de la politique agricole commune	6 726 210 325,59		773 789 674,41
– Avances à des organismes distincts de l'État et gérant des services publics	-140 024 418,00		52 624 418,00
– Avances à des services de l'État	250 291 607,00		
Avances à l'audiovisuel public	3 290 400 000,00		
– France Télévisions	2 135 483 421,00		
– ARTE France	268 145 230,00		
– Radio France	622 973 360,00		
– Contribution au financement de l'action audiovisuelle extérieure	171 438 329,00		
– Institut national de l'audiovisuel	92 359 660,00		
Avances aux collectivités territoriales	87 468 121 537,28		2 774 878 462,72
– Avances aux collectivités et établissements publics et à la Nouvelle-Calédonie			6 000 000,00
– Avances sur le montant des impositions revenant aux régions, départements, communes, établissements et divers organismes	87 468 121 537,28		2 768 878 462,72
Prêts à des États étrangers	1 075 290 559,28		723 349 440,72
– Prêts à des États étrangers, de la réserve pays émergents, en vue de faciliter la réalisation de projets d'infrastructures			114 400 030,85
– Prêts à des États étrangers pour consolidation de dettes envers la France	387 690 590,13		598 949 409,87
– Prêts à l'Agence française de développement en vue de favoriser le développement économique et social dans des États étrangers	402 000 000,00		10 000 000,00
– Prêts aux États membres de l'Union européenne dont la monnaie est l'euro	285 599 969,15		
Prêts et avances à des particuliers ou à des organismes privés	22 724 855,10		75 150 000,90

– Prêts et avances pour le logement des agents de l'État	491 522,10		0,90
– Prêts pour le développement économique et social	21 933 333,00		
– Prêts à la filière automobile	300 000,00		75 150 000,00
– Prêts et avances au fonds de prévention des risques naturels majeurs			
Avances aux organismes de sécurité sociale			
– Avance à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale de la fraction de taxe sur la valeur ajoutée prévue au 3 ^o de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale			
– Avance à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale de la fraction de taxe sur la valeur ajoutée prévue au 9 ^o de l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale			
– Avance à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale de la fraction de taxe sur la valeur ajoutée affectée aux organismes de sécurité sociale par l'article 53 de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008			
Total des comptes de concours financiers	98 693 014 466,25		4 399 791 996,75
Total général	168 742 397 836,77	400 433 043,14	6 622 829 467,12

③ II. – Les résultats des comptes spéciaux dont les opérations se poursuivent en 2013 sont arrêtés, au 31 décembre 2012, par mission et programme aux sommes mentionnées dans les tableaux ci-après. Les

crédits de paiement ouverts et les découverts autorisés sont modifiés comme indiqué dans ces mêmes tableaux.

④ (En euros)

Désignation des comptes spéciaux	Opérations de l'année		Ajustements de la loi de règlement	
	Dépenses	Recettes	Ouvertures de crédits complémentaires	Annulations de crédits non consommés et non reportés
<i>Comptes d'affectation spéciale</i>				
Aides à l'acquisition de véhicules propres	229 565 700,24	236 307 632,10		3 547 148,76
– Contribution au financement de l'attribution d'aides à l'acquisition de véhicules propres	225 999 626,98			373,02
– Contribution au financement de l'attribution d'aides au retrait de véhicules polluants	3 566 073,26			3 546 775,74
Contrôle de la circulation et du stationnement routiers	1 375 383 858,55	1 296 087 262,33		160 956 949,45
– Radars	197 707 305,43			0,57
– Fichier national du permis de conduire	29 171 625,59			0,41
– Contrôle et modernisation de la politique de la circulation et du stationnement routiers	43 365 900,00			

– Contribution à l'équipement des collectivités territoriales pour l'amélioration des transports en commun, de la sécurité et de la circulation routières	646 504 413,53			42 505 776,47
– Désendettement de l'État	458 634 614,00			118 451 172,00
Développement agricole et rural	114 352 461,34	116 947 029,80		0,66
– Développement et transfert en agriculture	57 995 371,87			0,13
– Recherche appliquée et innovation en agriculture	56 357 089,47			0,53
Engagements en faveur de la forêt dans le cadre de la lutte contre le changement climatique		415 821,84		30 000 000,00
– Projets de lutte contre la déforestation dans le cadre du financement précoce				30 000 000,00
– Actions des fonds environnementaux contre la déforestation dans le cadre du financement précoce				
Financement des aides aux collectivités pour l'électrification rurale	241 345 399,96	367 457 966,79		11 215 700,04
– Electrification rurale	238 844 922,10			6 716 177,90
– Opérations de maîtrise de la demande d'électricité par des énergies renouvelables ou de production de proximité dans les zones non interconnectées, déclarations d'utilité publique et intempéries	2 500 477,86			4 499 522,14
Financement national du développement et de la modernisation de l'apprentissage	560 098 301,24	653 471 770,80		0,76
– Péréquation entre régions des ressources de la taxe d'apprentissage	200 000 000,00			
– Contractualisation pour le développement et la modernisation de l'apprentissage	353 277 679,00			
– Incitations financières en direction des entreprises respectant les quotas en alternance	6 820 622,24			0,76
Gestion du patrimoine immobilier de l'État	461 405 031,19	547 126 107,08		795 112,60
– Contribution au désendettement de l'État	61 395 975,00			
– Contributions aux dépenses immobilières	400 009 056,19			795 112,60
Gestion et valorisation des ressources tirées de l'utilisation du spectre hertzien>	1 099 999 257,21	1 319 543 502,55		646 687 052,79
– Désendettement de l'État				
– Optimisation de l'usage du spectre hertzien	1 099 999 257,21			646 687 052,79
Participation de la France au désendettement de la Grèce	198 700 000,00	198 700 000,00		
– Versement de la France à la Grèce au titre de la restitution à cet État des revenus perçus par la Banque de France sur les titres grecs détenus en compte propre	198 700 000,00			

– Rétrocessions de trop-perçus à la Banque de France				
Participations financières de l'État	10 223 233 048,97	9 729 238 445,38		1 379 249 554,03
– Opérations en capital intéressant les participations financières de l'État	10 223 233 048,97			1 379 249 554,03
– Désendettement de l'État et d'établissements publics de l'État				
Pensions	54 431 269 977,90	54 196 100 014,99		365 937 490,10
– Pensions civiles et militaires de retraite et allocations temporaires d'invalidité	50 115 454 009,05			292 588 143,95
– Ouvriers des établissements industriels de l'État	1 878 207 036,98			1,02
– Pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre et autres pensions	2 437 608 931,87			73 349 345,13
Services nationaux de transport conventionnés de voyageurs	325 000 000,00	325 005 934,57		
– Exploitation des services nationaux de transport conventionnés	225 200 000,00			
– Matériel roulant des services nationaux de transport conventionnés	99 800 000,00			
Total des comptes d'affectation spéciale	69 260 353 036,60	68 986 401 488,23		2 598 389 009,19

⑤ (En euros)

Désignation des comptes spéciaux	Opérations de l'année		Ajustements de la loi de règlement	
	Dépenses	Recettes	Ouvertures de crédits complémentaires	Annulations de crédits non consommés et non reportés
<i>Comptes de concours financiers</i>				
Accords monétaires internationaux				
– Relations avec l'Union monétaire ouest-africaine				
– Relations avec l'Union monétaire d'Afrique centrale				
– Relations avec l'Union des Comores				
Avances à divers services de l'État ou organismes gérant des services publics	6 836 477 514,59	6 868 338 701,73		826 414 092,41
– Avances à l'Agence de service et de paiement, au titre du préfinancement des aides communautaires de la politique agricole commune	6 726 210 325,59			773 789 674,41
– Avances à des organismes distincts de l'État et gérant des services publics	-140 024 418,00			52 624 418,00
– Avances à des services de l'État	250 291 607,00			
Avances à l'audiovisuel public	3 290 400 000,00	3 290 449 964,23		
– France Télévisions	2 135 483 421,00			
– ARTE France	268 145 230,00			

– Radio France	622 973 360,00			
– Contribution au financement de l'action audiovisuelle extérieure	171 438 329,00			
– Institut national de l'audiovisuel	92 359 660,00			
Avances aux collectivités territoriales	87 471 372 309,28	88 560 090 299,16		2 771 627 690,72
– Avances aux collectivités et établissements publics et à la Nouvelle-Calédonie				6 000 000,00
– Avances sur le montant des impositions revenant aux régions, départements, communes, établissements et divers organismes	87 471 372 309,28			2 765 627 690,72
Prêts à des États étrangers	754 176 715,39	776 527 320,51		957 463 284,61
– Prêts à des États étrangers, de la réserve pays émergents, en vue de faciliter la réalisation de projets d'infrastructures	157 485 052,90			232 514 947,10
– Prêts à des États étrangers pour consolidation de dettes envers la France	387 691 662,49			598 948 337,51
– Prêts à l'Agence française de développement en vue de favoriser le développement économique et social dans des États étrangers	209 000 000,00			109 000 000,00
– Prêts aux États membres de l'Union européenne dont la monnaie est l'euro				17 000 000,00
Prêts et avances à des particuliers ou à des organismes privés	22 224 355,10	7 916 537,79		1 950 000,90
– Prêts et avances pour le logement des agents de l'État	491 022,10			0,90
– Prêts pour le développement économique et social	11 933 333,00			
– Prêts à la filière automobile	9 800 000,00			1 950 000,00
– Prêts et avances au fonds de prévention des risques naturels majeurs				
Avances aux organismes de sécurité sociale				
– Avance à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale de la fraction de taxe sur la valeur ajoutée prévue au 3° de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale				
– Avance à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale de la fraction de taxe sur la valeur ajoutée prévue au 9° de l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale				
– Avance à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale de la fraction de taxe sur la valeur ajoutée affectée aux organismes de sécurité sociale par l'article 53 de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008				
Total des comptes de concours financiers	98 374 650 894,36	99 503 322 823,42		4 557 455 068,64

Désignation des comptes spéciaux	Opérations de l'année		Ajustements de la loi de règlement
	Dépenses	Recettes	Majorations du découvert
<i>Comptes de commerce</i>			
– Approvisionnement des armées en produits pétroliers	760 398 908,99	683 390 797,72	
– Cantine et travail des détenus dans le cadre pénitentiaire	158 236 087,70	159 356 968,19	
– Couverture des risques financiers de l'État	1 160 255 352,33	1 160 255 352,32	
– Exploitations industrielles des ateliers aéronautiques de l'État	623 412 851,77	523 044 127,35	
– Gestion de la dette et de la trésorerie de l'État	49 253 428 510,30	49 560 594 928,61	
– Gestion des actifs carbone de l'État	119 144 388,86	47 634 900,00	
– Lancement de certains matériels aéronautiques et de certains matériels d'armement complexes	5 321 750,00	8 435 823,57	
– Liquidation d'établissements publics de l'État et liquidations diverses			
– Opérations commerciales des domaines	39 372 086,09	60 289 068,94	
– Régie industrielle des établissements pénitentiaires	22 641 003,70	23 157 591,47	
– Renouvellement des concessions hydrauliques	972 940,00		
Total des comptes de commerce	52 143 183 879,74	52 226 159 558,17	
<i>Comptes d'opérations monétaires</i>			
– Émission des monnaies métalliques	188 559 254,43	247 697 342,33	
– Opérations avec le Fonds monétaire international	2 382 830 907,00	1 913 860 425,78	8 037 459 025,18
– Pertes et bénéfices de change	28 387 793,61	38 025 205,34	
Total des comptes d'opérations monétaires	2 599 777 955,04	2 199 582 973,45	8 037 459 025,18

⑦ III. – Les soldes des comptes spéciaux dont les opérations se poursuivent en 2013 sont arrêtés, à la date du 31 décembre 2012, aux sommes ci-après :

⑧ (En euros)

Désignation des comptes spéciaux	Soldes au 31 décembre 2012	
	Débiteurs	Créditeurs
<i>Comptes d'affectation spéciale</i>		
Aide à l'acquisition de véhicules propres		6 741 931,86
Contrôle de la circulation et du stationnement routiers		704 631 142,65
Développement agricole et rural		52 069 979,27
Engagements en faveur de la forêt dans le cadre de la lutte contre le changement climatique		415 821,84

Financement des aides aux collectivités pour l'électrification rurale		126 112 566,83
Financement national du développement et de la modernisation de l'apprentissage		253 605 031,95
Gestion du patrimoine immobilier de l'État		902 527 557,02
Gestion et valorisation des ressources tirées de l'utilisation du spectre hertzien		1 066 360 068,90
Participation de la France au désendettement de la Grèce		
Participations financières de l'État		1 567 079 391,25
Pensions		776 929 303,99
Services nationaux de transport conventionnés de voyageurs		40 809 364,57
<i>Comptes de concours financiers</i>	29 441 018 447,85	2 384 318,44
Accords monétaires internationaux		
Avances à divers services de l'État ou organismes gérant des services publics	2 375 487 743,22	
Avances à l'audiovisuel public		2 384 318,44
Avances aux collectivités territoriales	2 509 355 464,12	
Prêts à des États étrangers	23 261 281 548,35	
Prêts et avances à des particuliers ou à des organismes privés	1 294 893 692,16	
<i>Comptes de commerce</i>	180 774 785,91	3 604 612 317,98
Approvisionnement des armées en produits pétroliers	98 082 688,53	
Cantine et travail des détenus dans le cadre pénitentiaire	10 209 668,50	
Couverture des risques financiers de l'État	0,02	
Exploitations industrielles des ateliers aéronautiques de l'État		68 088 808,76
Gestion de la dette et de la trésorerie de l'État		3 266 628 690,43
Gestion des actifs carbone de l'État	71 509 488,86	
Lancement de certains matériels aéronautiques et de certains matériels d'armement complexes		99 199 541,34
Liquidation d'établissements publics de l'État et liquidations diverses		17 465 796,94
Opérations commerciales des domaines		131 919 725,92
Régie industrielle des établissements pénitentiaires		21 309 754,59
Renouvellement des concessions hydroélectriques	972 940,00	
<i>Comptes d'opérations monétaires</i>	8 037 459 025,18	2 686 696 178,23
Émission des monnaies métalliques		2 677 058 766,50
Opérations avec le Fonds monétaire international	8 037 459 025,18	
Pertes et bénéfices de change		9 637 411,73
Totaux	37 659 252 258,94	11 790 974 974,78

⑨ IV. – Les soldes arrêtés au III sont reportés à la gestion 2013, à l'exception :

⑩ – d'un solde débiteur global de 656 209 527,48 €, concernant les comptes de concours financiers suivants : « Prêts à des États étrangers » (655 833 958,62 €) et « Prêts et avances à des particuliers ou à des organismes privés » (375 568,86 €) ;

- ⑪ – d'un solde débiteur de 792 316,54 €, relatif au compte de commerce « Lancement de certains matériels aéronautiques et de certains matériels d'armement complexes » ;
- ⑫ – d'un solde créditeur de 9 637 411,73 €, afférent au compte d'opérations monétaires « Pertes et bénéfices de change ». – (Adopté.)

Article 7

Le solde du compte spécial « Avances au fonds d'aide à l'acquisition de véhicules propres », clos au 1^{er} janvier 2012, est arrêté au montant de -1 458 342 981,34 €. – (Adopté.)

Article 8

- ① I. – L'article L. 141-5 du code des juridictions financières est ainsi modifié :
- ② 1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ③ 2° Il est ajouté un II ainsi rédigé :
- ④ « II. – Les agents des services financiers sont également déliés du secret professionnel à l'égard des experts désignés par la Cour des comptes, en application de l'article L. 141-4, habilités à consulter dans les locaux de l'administration les données fiscales nominatives nécessaires à l'exercice de la mission de certification des comptes de l'État prévue au 5° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances et de la mission de certification des comptes des branches des caisses nationales du régime général de la sécurité sociale prévue au VIII de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale. »
- ⑤ II. – Après le premier alinéa de l'article L. 140 du livre des procédures fiscales, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥ « Les dispositions du II de l'article L. 141-5 du même code relatives aux experts désignés par la Cour des comptes sont applicables. » – (Adopté.)

Article 9

Au premier alinéa de l'article 72 de la loi n° 2011-1862 du 13 décembre 2011 relative à la répartition des contentieux et à l'allègement de certaines procédures juridictionnelles, la référence : « et 22 » est remplacée par les références : « , 22 à 38, les II et III de l'article 39 et les articles 40 ». – (Adopté.)

Vote sur l'ensemble

M. le président. Avant de mettre aux voix l'ensemble du projet de loi, je donne la parole à Mme Michèle André, pour explication de vote.

Mme Michèle André. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, les sénateurs socialistes voteront ce projet de loi de règlement du budget et d'approbation des comptes de l'année 2012, car ils sont persuadés que celui-ci rend compte de manière réaliste de la situation telle qu'elle est.

Ainsi, 2012 fut une année où deux gouvernements ont eu à connaître une situation difficile qui, naturellement, n'est pas le fruit des six derniers mois, mais qui ne permet pas non plus

d'éluider les problèmes économiques, sociaux et financiers. Se désendetter est non pas un choix, mais bien une obligation et, me semble-t-il, le moyen minimum pour retrouver toute notre souveraineté dans un espace européen que nous avons choisi et que nous aimons.

Monsieur le ministre, nous soutenons les efforts du Gouvernement et nous vous faisons confiance pour aujourd'hui et pour demain ! (Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe écologiste.)

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

M. François Marc, rapporteur général de la commission des finances. Du débat surgit parfois la lumière !

Ainsi, monsieur Dallier, en vous écoutant, j'ai eu l'impression de mieux comprendre la raison qui conduisait aujourd'hui le groupe UMP à rejeter ce projet de loi de règlement. C'est d'ailleurs un vote curieux, puisque ce texte concerne l'exercice 2012 et que, jusqu'au mois de mai de cette année-là, le gouvernement était celui de François Fillon.

Oui, mon cher collègue, en vous écoutant, j'ai mieux compris pourquoi vous votiez contre : vous sortez d'un très long chemin de croix ! (Sourires sur les travées du groupe socialiste, du groupe CRC et du groupe écologiste.)

« Nous aurions dû », vous ai-je entendu dire à plusieurs reprises... Incontestablement, vous avez donc le sentiment que c'est l'échec du précédent quinquennat qui s'est concrétisé à travers l'exercice 2012 et traduit dans les urnes. Au fond, vous éprouvez une frustration au regard de ce qui aurait dû être fait et ne l'a pas été.

Lors du fameux discours de Toulon, au début de la crise, il avait été annoncé que les dispositions nécessaires allaient être prises pour mieux réguler le capitalisme. Or c'est le gouvernement de Jean-Marc Ayrault qui a fait voter la loi de séparation et de régulation des activités bancaires... Vos intentions affichées n'ont pas été suivies d'actes, un peu comme lorsque l'un des vôtres avait affirmé vouloir « terroriser les terroristes ».

En définitive, votre frustration tient principalement au fait que vous avez dû piteusement défaire, en 2012, ce que vous aviez fait au début du quinquennat. En particulier, vous avez dû abroger ce dispositif emblématique qu'était le bouclier fiscal.

C'est cette frustration qui conduit aujourd'hui le groupe UMP à voter contre le projet de loi de règlement du budget et d'approbation des comptes de l'année 2012 : vous n'êtes pas fiers de ce que vous avez fait quand vous étiez au pouvoir. Ce vote traduit l'appréciation que vous portez *a posteriori* sur un quinquennat jugé négativement par les Français, qui ont décidé de changer de Président de la République et de donner une autre majorité à la France. (Applaudissements sur les travées du groupe socialiste.)

M. le président. La parole est à M. Philippe Dallier, pour explication de vote.

M. Philippe Dallier. Monsieur le rapporteur général, reconnaître que nous aurions dû mettre en œuvre la TVA sociale plus tôt était une marque d'honnêteté intellectuelle de ma part. Vous avez d'ailleurs pu entendre à de nombreuses reprises Jean Arthuis ou Philippe Marini, alors respectivement président et rapporteur général de la commission des finances, plaider dans notre hémicycle pour l'instauration rapide de cette mesure. J'ai rappelé dans quelles conditions nous ne l'avions pas obtenue en 2007. Il aurait fallu avoir le

courage politique de mettre en place la TVA sociale une fois la crise survenue : nous sommes un certain nombre à l'avoir dit à l'époque.

Pour votre part, vous étiez résolument contre. Aujourd'hui, vous prenez une demi-mesure, et vous voudriez nous donner des leçons ! Non, monsieur le rapporteur général ! Faites vous aussi preuve d'un peu d'honnêteté intellectuelle, et, de grâce, ne jouez pas avec les arguments de cette manière !

Par ailleurs, vous prétendez que notre vote sur le présent texte traduirait je ne sais quelle amertume à l'égard du précédent quinquennat et s'apparenterait pour nous à la sortie d'un long chemin de croix... Quand je vois le sentiment de l'opinion envers le Président de la République et le Gouvernement au bout d'un an seulement, je me dis que votre situation est bien plus mauvaise que ne l'était la nôtre après cinq années marquées par une crise gravissime.

Alors, de grâce, ne fanfaronnez pas ! Nous savons tous que les temps à venir s'annoncent difficiles : bien imprudent celui qui voudrait prendre les choses à la légère.

M. le président. Personne ne demande plus la parole?...

Je mets aux voix l'ensemble du projet de loi de règlement du budget et d'approbation des comptes de l'année 2012.

En application de l'article 59 du règlement, le scrutin public ordinaire est de droit.

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

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

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

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin n° 326 :

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

Le Sénat n'a pas adopté.

7

ORDRE DU JOUR

M. le président. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée au jeudi 25 juillet 2013, à neuf heures trente, à quatorze heures trente et le soir :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Nouvelle lecture du projet de loi organique et du projet de loi, adoptés par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, relatifs à la transparence de la vie publique (nos 797 et 798, 2012-2013) ;

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

Résultats des travaux de la commission (nos 802 et 803, 2012-2013).

Personne ne demande la parole?...

La séance est levée.

(La séance est levée à vingt-deux heures trente-cinq.)

Le Directeur du Compte rendu intégral

FRANÇOISE WIART

ANNEXES AU PROCES VERBAL

de la séance du

mercredi 24 juillet 2013

SCRUTIN N° 322

sur l'article 1er de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels de santé

Nombre de votants	346
Suffrages exprimés	317
Pour	177
Contre	140

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (131) :

Pour : 1 M. Philippe Bas

Contre : 130

GRUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (128) :

Pour : 126 dont M. Jean-Pierre Bel - Président du Sénat et M. Didier Guillaume - qui présidait la séance

N'ont pas pris part au vote : 2 Mme Catherine Génisson, M. Ronan Kerdraon

GRUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (32) :

Pour : 32

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (20) :

Abstention : 20

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (18) :

Pour : 5 MM. Jean-Michel Baylet, Christian Bourquin, Pierre-Yves Collombat, Robert Hue, Robert Tropeano

Contre : 5 MM. Gilbert Barbier, Alain Bertrand, Yvon Collin, Jacques Mézard, Jean-Claude Requier

Abstention : 8

GRUPE ÉCOLOGISTE (12) :

Pour : 12

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :

Pour : 1 M. Jean-François Husson

Contre : 5

Abstention : 1 M. Jean Louis Masson

Ont voté pour :

<p>Leila Aïchi Jacqueline Alquier Jean-Paul Amoudry Michèle André Serge Andreoni Kalliopi Ango Ela Maurice Antiste Jean-Étienne Antoinette Alain Anziani Aline Archimbaud Jean Arthuis David Assouline Bertrand Auban Dominique Bailly Philippe Bas Delphine Bataille Jean-Michel Baylet Esther Benbassa Claude Bérit-Débat Michel Berson Jacques Berthou Jean Besson Marie-Christine Blandin Maryvonne Blondin Jean-Marie Bockel Nicole Bonnefoy Yannick Botrel Corinne Bouchoux Christian Bourquin Martial Bourquin Bernadette Bourzai Michel Boutant Jean Boyer Jean-Pierre Caffet Pierre Camani Claire-Lise Campion Vincent Capocanellas Jean-Louis Carrère Françoise Cartron Luc Carvounas Bernard Cazeau Yves Chastan Jacques Chiron Karine Claireaux Gérard Collomb Pierre-Yves Collombat Jacques Cornano Roland Courteau Ronan Dantec Yves Daudigny Marc Daunis Vincent Delahaye Michel Delebarre</p>	<p>Jean-Pierre Demerliat Christiane Demontès Marcel Deneux Jean Desessard Félix Desplan Yves Détraigne Claude Dilain Muguette Dini Claude Domeizel Daniel Dubois Jean-Léonce Dupont Josette Durrieu Vincent Eblé Anne Emery-Dumas Philippe Esnol Frédérique Espagnac Alain Fauconnier Françoise Férat Jean-Luc Fichet Jean-Jacques Filleul Jean-Claude Frécon André Gattolin Jean Germain Samia Ghali Dominique Gillot Jacques Gillot Jean-Pierre Godefroy Gaëtan Gorce Nathalie Goulet Jacqueline Gourault Sylvie Goy-Chavent Jean-Noël Guérini Joël Guerriau Claude Haut Edmond Hervé Odette Herviaux Robert Hue Jean-François Husson Pierre Jarlier Claude Jeannerot Chantal Jouanno Philippe Kaltenbach Bariza Khiari Virginie Klès Yves Krattinger Georges Labazée Joël Labbé Serge Larcher Jean-Jacques Lasserre Françoise Laurent-Perrigot Jean-Yves Leconte Jacky Le Menn Claudine Lepage Jean-Claude Leroy Valérie Létard</p>
---	--

<p>Alain Le Vern Marie-Noëlle Lienemann Hélène Lipietz Jeanny Lorgeoux Jean-Jacques Lozach Roger Madec Philippe Madrelle Jacques-Bernard Magner François Marc Hervé Marseille Marc Massion Hervé Maurey Rachel Mazuir Jean-Claude Merceron Michel Mercier Michelle Meunier Danielle Michel Jean-Pierre Michel Gérard Miquel Jean-Jacques Mirassou Thani Mohamed Soilihi Aymeri de Montesquiou Catherine Morin-Desailly Christian Namy Robert Navarro Alain Néri Renée Nicoux Jean-Marc Pastor Georges Patient François Patriat Daniel Percheron Jean-Claude Peyronnet Bernard Piras Jean-Vincent Placé Hervé Poher Roland Povinelli Yves Pozzo di Borgo Gisèle Printz Marcel Rainaud Daniel Raoul François Rebsamen Daniel Reiner Alain Richard Roland Ries Gérard Roche Gilbert Roger Yves Rome Laurence Rossignol Patricia Schillinger Jean-Pierre Sueur Simon Sutour</p>

Henri Tandonnet
Catherine Tasca
Michel Teston
René Teulade
Jean-Marc Todeschini
Robert Tropeano
Richard Tuheiva
André Vairetto

André Vallini
René Vandierendonck
Jean-Marie
Vanlerenberghe
Yannick Vaugrenard
Michel Vergoz
Maurice Vincent
Richard Yung

François Zocchetto
M. Jean-Pierre Bel -
Président du Sénat
et
M. Didier Guillaume -
qui présidait la
séance

Ont voté contre :

Philippe Adnot
Pierre André
Gérard Bailly
Gilbert Barbier
René Beaumont
Christophe Béchu
Michel Bécot
Claude Belot
Pierre Bernard-
Reymond
Alain Bertrand
Joël Billard
Jean Bizet
Françoise Boog
Pierre Bordier
Natacha Bouchart
Joël Bourdin
Marie-Thérèse
Bruguière
François-Noël Buffet
François Calvet
Christian Cambon
Jean-Pierre Cantegrit
Jean-Noël Cardoux
Jean-Claude Carle
Caroline Cayeux
Gérard César
Pierre Charon
Alain Chatillon
Jean-Pierre Chauveau
Marcel-Pierre Cléach
Christian Cointat
Yvon Collin
Gérard Cornu
Raymond Couderc
Jean-Patrick Courtois
Philippe Dallier
Philippe Darniche
Serge Dassault
Henri de Raincourt
Isabelle Debré
Robert del Picchia
Francis Delattre
Gérard Dériot
Catherine Deroche
Marie-Hélène Des
Esgaulx
Éric Doligé
Philippe Dominati
Michel Doublet

Marie-Annick
Duchêne
Alain Dufaut
André Dulait
Ambroise Dupont
Louis Duvernois
Jean-Paul Emorine
Hubert Falco
Jacqueline Farreyrol
André Ferrand
Louis-Constant
Fleming
Gaston Flosse
Michel Fontaine
Alain Fouché
Bernard Fournier
Jean-Paul Fournier
Christophe-André
Frassa
Pierre Frogier
Yann Gaillard
René Garrec
Joëlle Garriaud-
Maylam
Jean-Claude Gaudin
Jacques Gautier
Patrice Gélard
Bruno Gilles
Colette Giudicelli
Alain Gournac
Francis Grignon
François Grosdidier
Charles Guené
Pierre Hérisson
Michel Houel
Alain Houpert
Jean-François
Humbert
Christiane Hummel
Benoît Huré
Jean-Jacques Hyst
Sophie Joissains
Christiane
Kammermann
Roger Karoutchi
Fabienne Keller
Marc Laménie
Élisabeth Lamure
Gérard Larcher
Robert Laufoaulu

Daniel Laurent
Jean-René Lecerf
Antoine Lefèvre
Jacques Legendre
Dominique de Legge
Jean-Pierre Leleux
Jean-Claude Lenoir
Philippe Leroy
Gérard Longuet
Roland du Luart
Michel Magras
Philippe Marini
Pierre Martin
Hélène Masson-Maret
Jean-François Mayet
Colette Mélot
Jacques Mézard
Alain Milon
Albéric de Montgolfier
Philippe Nachbar
Louis Nègre
Philippe Paul
Jackie Pierre
François Pillet
Xavier Pintat
Louis Pinton
Rémy Pointereau
Christian Poncelet
Ladislav Poniatowski
Hugues Portelli
Sophie Primas
Catherine Procaccia
Jean-Pierre Raffarin
André Reichardt
Jean-Claude Requier
Bruno Retailleau
Charles Revet
Bernard Saugéy
René-Paul Savary
Michel Savin
Bruno Sido
Esther Sittler
Abdourahamane
Soilihi
André Trillard
Catherine Troendle
François Trucy
Alex Türk
Hilarion Vendegou
Jean-Pierre Vial

Abstentions :

Nicolas Alfonsi
Éliane Assassi
Marie-France Beauflis
Michel Billout
Éric Bocquet
Jean-Pierre
Chevènement
Laurence Cohen
Cécile Cukierman
Annie David
Michelle Demessine

Évelyne Didier
Christian Favier
Guy Fischer
François Fortassin
Thierry Foucaud
Brigitte Gonthier-
Maurin
Françoise Laborde
Pierre Laurent
Gérard Le Cam
Michel Le Scouarnec

Jean Louis Masson
Stéphane Mazars
Isabelle Pasquet
Jean-Pierre Plancade
Mireille Schurch
Raymond Vall
François Vendasi
Paul Vergès
Dominique Watrin

N'ont pas pris part au vote :

Catherine Génisson, Ronan Kerdraon.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

SCRUTIN N° 323

sur le sous-amendement n°19, présenté par M. Gérard Roche et les membres du groupe Union des démocrates et indépendants - UC, à l'amendement n° 18 de la commission des affaires sociales, à l'article 2 de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels de santé

Nombre de votants	344
Suffrages exprimés	322
Pour	186
Contre	136

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (131) :**

Contre : 131

GRUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (128) :

Pour : 124

N'ont pas pris part au vote : 4 M. Jean-Pierre Bel - Président du Sénat et M. Didier Guillaume - qui présidait la séance, Mme Catherine Génisson, M. Ronan Kerdraon

GRUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (32) :

Pour : 32

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (20) :

Abstention : 20

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (18) :

Pour : 17

Abstention : 1 M. Gilbert Barbier

GRUPE ÉCOLOGISTE (12) :

Pour : 12

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :

Pour : 1 M. Jean-François Husson

Contre : 5

Abstention : 1 M. Jean Louis Masson

Ont voté pour :

Leila Aïchi
Nicolas Alfonsi
Jacqueline Alquier
Jean-Paul Amoudry
Michèle André
Serge Andreoni
Kalliopi Ango Ela
Maurice Antiste

Jean-Étienne
Antoinette
Alain Anziani
Aline Archimbaud
Jean Arthuis
David Assouline
Bertrand Auban
Dominique Bailly

Delphine Bataille
Jean-Michel Baylet
Esther Benbassa
Claude Bérît-Débat
Michel Berson
Jacques Berthou
Alain Bertrand
Jean Besson

Marie-Christine Blandin
 Maryvonne Blondin
 Jean-Marie Bockel
 Nicole Bonnefoy
 Yannick Botrel
 Corinne Bouchoux
 Christian Bourquin
 Martial Bourquin
 Bernadette Bourzai
 Michel Boutant
 Jean Boyer
 Jean-Pierre Caffet
 Pierre Camani
 Claire-Lise Champion
 Vincent Capocanellas
 Jean-Louis Carrère
 Françoise Cartron
 Luc Carvounas
 Bernard Cazeau
 Yves Chastan
 Jean-Pierre Chevènement
 Jacques Chiron
 Karine Claireaux
 Yvon Collin
 Gérard Collomb
 Pierre-Yves Collombat
 Jacques Cornano
 Roland Courteau
 Ronan Dantec
 Yves Daudigny
 Marc Daunis
 Vincent Delahaye
 Michel Delebarre
 Jean-Pierre Demerliat
 Christiane Demontès
 Marcel Deneux
 Jean Desessard
 Félix Desplan
 Yves Détraigne
 Claude Dilain
 Muguette Dini
 Claude Domeizel
 Daniel Dubois
 Jean-Léonce Dupont
 Josette Durrieu
 Vincent Eblé
 Anne Emery-Dumas
 Philippe Esnol
 Frédérique Espagnac
 Alain Fauconnier
 Françoise Férat
 Jean-Luc Fichet
 Jean-Jacques Filleul
 François Fortassin
 Jean-Claude Frécon

André Gattolin
 Jean Germain
 Samia Ghali
 Dominique Gillot
 Jacques Gillot
 Jean-Pierre Godefroy
 Gaëtan Gorce
 Nathalie Goulet
 Jacqueline Gourault
 Sylvie Goy-Chavent
 Jean-Noël Guérini
 Joël Guerriau
 Claude Haut
 Edmond Hervé
 Odette Herviaux
 Robert Hue
 Jean-François Husson
 Pierre Jarlier
 Claude Jeannerot
 Chantal Jouanno
 Philippe Kaltenbach
 Bariza Khari
 Virginie Klès
 Yves Krattinger
 Georges Labazée
 Joël Labbé
 Françoise Laborde
 Serge Larcher
 Jean-Jacques Lasserre
 Françoise Laurent-Perrigot
 Jean-Yves Leconte
 Jacky Le Menn
 Claudine Lepage
 Jean-Claude Leroy
 Valérie Létard
 Alain Le Vern
 Marie-Noëlle Lienemann
 Hélène Lipietz
 Jenny Lorgeoux
 Jean-Jacques Lozach
 Roger Madec
 Philippe Madrelle
 Jacques-Bernard Magnier
 François Marc
 Hervé Marseille
 Marc Massion
 Hervé Maurey
 Stéphane Mazars
 Rachel Mazuir
 Jean-Claude Merceron
 Michel Mercier
 Michelle Meunier
 Jacques Mézard
 Daniëlle Michel
 Jean-Pierre Michel

Gérard Miquel
 Jean-Jacques Mirassou
 Thani Mohamed Soilihi
 Aymeri de Montesquiou
 Catherine Morin-Desailly
 Christian Namy
 Robert Navarro
 Alain Néri
 Renée Nicoux
 Jean-Marc Pastor
 Georges Patient
 François Patriat
 Daniel Percheron
 Jean-Claude Peyronnet
 Bernard Piras
 Jean-Vincent Placé
 Jean-Pierre Plancade
 Hervé Poher
 Roland Povinelli
 Yves Pozzo di Borgo
 Gisèle Printz
 Marcel Rainaud
 Daniel Raoul
 François Rebsamen
 Daniel Reiner
 Jean-Claude Requier
 Alain Richard
 Roland Ries
 Gérard Roche
 Gilbert Roger
 Yves Rome
 Laurence Rossignol
 Patricia Schillinger
 Jean-Pierre Sueur
 Simon Sutour
 Henri Tandonnet
 Catherine Tasca
 Michel Teston
 René Teulade
 Jean-Marc Todeschini
 Robert Tropeano
 Richard Tuheiava
 André Vairetto
 Raymond Vall
 André Vallini
 René Vandierendonck
 Jean-Marie Vanlerenberghe
 Yannick Vaugrenard
 François Vendasi
 Michel Vergoz
 Maurice Vincent
 Richard Yung
 François Zocchetto

Jean-Paul Emorine
 Hubert Falco
 Jacqueline Farreyrol
 André Ferrand
 Louis-Constant Fleming
 Gaston Flosse
 Michel Fontaine
 Alain Fouché
 Bernard Fournier
 Jean-Paul Fournier
 Christophe-André Frassa
 Pierre Frogier
 Yann Gaillard
 René Garrec
 Joëlle Garriaud-Maylam
 Jean-Claude Gaudin
 Jacques Gautier
 Patrice Gélard
 Bruno Gilles
 Colette Giudicelli
 Alain Gournac
 Francis Grignon
 François Grosdidier
 Charles Guené
 Pierre Hérisson
 Michel Houel
 Alain Houpert

Jean-François Humbert
 Christiane Hummel
 Benoît Huré
 Jean-Jacques Hyest
 Sophie Joissains
 Christiane Kammermann
 Roger Karoutchi
 Fabienne Keller
 Marc Laménie
 Élisabeth Lamure
 Gérard Larcher
 Robert Lauroaulu
 Daniel Laurent
 Jean-René Leckerf
 Antoine Lefèvre
 Jacques Legendre
 Dominique de Legge
 Jean-Pierre Leleux
 Jean-Claude Lenoir
 Philippe Leroy
 Gérard Longuet
 Roland du Luart
 Michel Magras
 Philippe Marini
 Pierre Martin
 Hélène Masson-Maret
 Jean-François Mayet
 Colette Mélot
 Alain Milon

Albéric de Montgolfier
 Philippe Nachbar
 Louis Nègre
 Philippe Paul
 Jackie Pierre
 François Pillat
 Xavier Pintat
 Louis Pinton
 Rémy Pointereau
 Christian Poncelet
 Ladislav Poniatowski
 Hugues Portelli
 Sophie Primas
 Catherine Procaccia
 Jean-Pierre Raffarin
 André Reichardt
 Bruno Retailleau
 Charles Revet
 Bernard Saugy
 René-Paul Savary
 Michel Savin
 Bruno Sido
 Esther Sittler
 Abdourahamane Soilihi
 André Trillard
 Catherine Troendle
 François Trucy
 Alex Türk
 Hilarion Vendegou
 Jean-Pierre Vial

Abstentions :

Éliane Assassi
 Gilbert Barbier
 Marie-France Beaufrils
 Michel Billout
 Éric Bocquet
 Laurence Cohen
 Cécile Cukierman
 Annie David

Michelle Demessine
 Évelyne Didier
 Christian Favier
 Guy Fischer
 Thierry Foucaud
 Brigitte Gonthier-Maurin
 Pierre Laurent

Gérard Le Cam
 Michel Le Scourarnec
 Jean Louis Masson
 Isabelle Pasquet
 Mireille Schurch
 Paul Vergès
 Dominique Watrin

N'ont pas pris part au vote :

Catherine Génisson, Ronan Kerdraon.

N'ont pas pris part au vote :

M. Jean-Pierre Bel - Président du Sénat et M. Didier Guillaume - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

SCRUTIN N° 324

sur l'amendement n° 18 présenté par M. Yves Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales, à l'article 2 de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels de santé

Nombre de votants	344
Suffrages exprimés	324
Pour	187
Contre	137

Le Sénat a adopté

Ont voté contre :

Philippe Adnot
 Pierre André
 Gérard Bailly
 Philippe Bas
 René Beaumont
 Christophe Béchu
 Michel Bécot
 Claude Belot
 Pierre Bernard-Reymond
 Joël Billard
 Jean Bizet
 Françoise Boog
 Pierre Bordier
 Natacha Bouchart
 Joël Bourdin
 Marie-Thérèse Brugières

François-Noël Buffet
 François Calvet
 Christian Cambon
 Jean-Pierre Cantegrit
 Jean-Noël Cardoux
 Jean-Claude Carle
 Caroline Cayeux
 Gérard César
 Pierre Charon
 Alain Chatillon
 Jean-Pierre Chauveau
 Marcel-Pierre Cléach
 Christian Cointat
 Gérard Cornu
 Raymond Couderc
 Jean-Patrick Courtois
 Philippe Dallier
 Philippe Darniche

Serge Dassault
 Henri de Raincourt
 Isabelle Debré
 Robert del Picchia
 Francis Delattre
 Gérard Dériot
 Catherine Deroche
 Marie-Hélène Des Esgaulx
 Éric Doligé
 Philippe Dominati
 Michel Doublet
 Marie-Annick Duchène
 Alain Dufaut
 André Dulait
 Ambroise Dupont
 Louis Duvernois

ANALYSE DU SCRUTIN

GROUPE UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (131) :

Contre : 131

GROUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (128) :

Pour : 124*N'ont pas pris part au vote* : 4 M. Jean-Pierre Bel - Président du Sénat et M. Didier Guillaume - qui présidait la séance, Mme Catherine Génissou, M. Ronan Kerdraon

GROUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (32) :

Pour : 32

GROUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (20) :

Abstention : 20

GROUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (18) :

Pour : 17*Contre* : 1 M. Gilbert Barbier

GROUPE ÉCOLOGISTE (12) :

Pour : 12

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :

Pour : 2 MM. Jean-François Husson, Jean Louis Masson*Contre* : 5

Ont voté pour :

Leïla Aïchi
Nicolas Alfonsi
Jacqueline Alquier
Jean-Paul Amoudry
Michèle André
Serge Andreoni
Kalliopi Ango Ela
Maurice Antiste
Jean-Étienne Antoinette
Alain Anziani
Aline Archimbaud
Jean Arthuis
David Assouline
Bertrand Auban
Dominique Bailly
Delphine Bataille
Jean-Michel Baylet
Esther Benbassa
Claude Bérut-Débat
Michel Berson
Jacques Berthou
Alain Bertrand
Jean Besson
Marie-Christine Blandin
Maryvonne Blondin
Jean-Marie Bockel
Nicole Bonnefoy
Yannick Botrel
Corinne Bouchoux
Christian Bourquin
Martial Bourquin
Bernadette Bourzai
Michel Boutant
Jean Boyer
Jean-Pierre Caffet
Pierre Camani
Claire-Lise Campion

Vincent Capocanella
Jean-Louis Carrère
Françoise Cartron
Luc Carvounas
Bernard Cazeau
Yves Chastan
Jean-Pierre Chevènement
Jacques Chiron
Karine Claireaux
Yvon Collin
Gérard Collomb
Pierre-Yves Collombat
Jacques Cornano
Roland Courteau
Ronan Dantec
Yves Daudigny
Marc Daunis
Vincent Delahaye
Michel Delebarre
Jean-Pierre Demerliat
Christiane Demontès
Marcel Deneux
Jean Desessard
Félix Desplan
Yves Détraigne
Claude Dilain
Muguette Dini
Claude Domeizel
Daniel Dubois
Jean-Léonce Dupont
Josette Durrieu
Vincent Eblé
Anne Emery-Dumas
Philippe Esnol
Frédérique Espagnac
Alain Fauconnier
Françoise Férat

Jean-Luc Fichet
Jean-Jacques Filleul
François Fortassin
Jean-Claude Frécon
André Gattolin
Jean Germain
Samia Ghali
Dominique Gillot
Jacques Gillot
Jean-Pierre Godefroy
Gaëtan Gorce
Nathalie Goulet
Jacqueline Gourault
Sylvie Goy-Chavent
Jean-Noël Guérini
Joël Guerriau
Claude Haut
Edmond Hervé
Odette Herviaux
Robert Hue
Jean-François Husson
Pierre Jarlier
Claude Jeannerot
Chantal Jouanno
Philippe Kaltenbach
Bariza Khiari
Virginie Klès
Yves Krattinger
Georges Labazée
Joël Labbé
Françoise Laborde
Serge Larcher
Jean-Jacques Lasserre
Françoise Laurent-Perrigot
Jean-Yves Leconte
Jacky Le Menn
Claudine Lepage
Jean-Claude Leroy

Valérie Létard
Alain Le Vern
Marie-Noëlle Lienemann
Hélène Lipietz
Jeanny Lorgeoux
Jean-Jacques Lozach
Roger Madec
Philippe Madrelle
Jacques-Bernard Magnier
François Marc
Hervé Marseille
Marc Massion
Jean Louis Masson
Hervé Maurey
Stéphane Mazars
Rachel Mazuir
Jean-Claude Merceron
Michel Mercier
Michelle Meunier
Jacques Mézard
Danielle Michel
Jean-Pierre Michel
Gérard Miquel
Jean-Jacques Mirassou
Thani Mohamed Soilihi

Aymeri de Montesquiou
Catherine Morin-Desailly
Christian Namy
Robert Navarro
Alain Néri
Renée Nicoux
Jean-Marc Pastor
Georges Patient
François Patriat
Daniel Percheron
Jean-Claude Peyronnet
Bernard Piras
Jean-Vincent Placé
Jean-Pierre Plancade
Hervé Poher
Roland Povinelli
Yves Pozzo di Borgo
Gisèle Printz
Marcel Rainaud
Daniel Raoul
François Rebsamen
Daniel Reiner
Jean-Claude Requier
Alain Richard
Roland Ries

Gérard Roche
Gilbert Roger
Yves Rome
Laurence Rossignol
Patricia Schillinger
Jean-Pierre Sueur
Simon Soutour
Henri Tandonnet
Catherine Tasca
Michel Teston
René Teulade
Jean-Marc Todeschini
Robert Tropeano
Richard Tuheiva
André Vairetto
Raymond Vall
André Vallini
René Vandierendonck
Jean-Marie Vanlerenberghe
Yannick Vaugrenard
François Vendasi
Michel Vergoz
Maurice Vincent
Richard Yung
François Zocchetto

Ont voté contre :

Philippe Adnot
Pierre André
Gérard Bailly
Gilbert Barbier
Philippe Bas
René Beaumont
Christophe Béchu
Michel Bécot
Claude Belot
Pierre Bernard-Reymond
Joël Billard
Jean Bizet
Françoise Boog
Pierre Bordier
Natacha Bouchart
Joël Bourdin
Marie-Thérèse Bruguière
François-Noël Buffet
François Calvet
Christian Cambon
Jean-Pierre Cantegrit
Jean-Noël Cardoux
Jean-Claude Carle
Caroline Cayeux
Gérard César
Pierre Charon
Alain Chatillon
Jean-Pierre Chauveau
Marcel-Pierre Cléach
Christian Cointat
Gérard Cornu
Raymond Couderc
Jean-Patrick Courtois
Philippe Dallier
Philippe Darniche
Serge Dassault
Henri de Raincourt
Isabelle Debré
Robert del Picchia
Francis Delattre
Gérard Dériot
Catherine Deroche
Marie-Hélène Des Esgaulx
Éric Doligé
Philippe Dominati

Michel Doublet
Marie-Annick Duchêne
Alain Dufaut
André Dulait
Ambroise Dupont
Louis Duvernois
Jean-Paul Emorine
Hubert Falco
Jacqueline Farreyrol
André Ferrand
Louis-Constant Fleming
Gaston Flosse
Michel Fontaine
Alain Fouché
Bernard Fournier
Jean-Paul Fournier
Christophe-André Frassa
Pierre Frogier
Yann Gaillard
René Garrec
Joëlle Garriaud-Maylam
Jean-Claude Gaudin
Jacques Gautier
Patrice Gélard
Bruno Gilles
Colette Giudicelli
Alain Gournac
Francis Grignon
François Grosdidier
Charles Guené
Pierre Hérisson
Michel Houel
Alain Houpert
Jean-François Humbert
Christiane Hummel
Benoît Huré
Jean-Jacques Hyest
Sophie Joissains
Christiane Kammermann
Roger Karoutchi
Fabienne Keller
Marc Laménie

Élisabeth Lamure
Gérard Larcher
Robert Lafoaulu
Daniel Laurent
Jean-René Lecercf
Antoine Lefèvre
Jacques Legendre
Dominique de Legge
Jean-Pierre Leleux
Jean-Claude Lenoir
Philippe Leroy
Gérard Longuet
Roland du Luart
Michel Magras
Philippe Marini
Pierre Martin
Hélène Masson-Maret
Jean-François Mayet
Colette Mélot
Alain Milon
Albéric de Montgolfier
Philippe Nachbar
Louis Nègre
Philippe Paul
Jackie Pierre
François Pillat
Xavier Pintat
Louis Pinton
Rémy Pointereau
Christian Poncelet
Ladislas Poniatowski
Hugues Portelli
Sophie Primas
Catherine Procaccia
Jean-Pierre Raffarin
André Reichardt
Bruno Retailleau
Charles Revet
Bernard Saugy
René-Paul Savary
Michel Savin
Bruno Sido
Esther Sittler
Abdourahmane Soilihi
André Trillard
Catherine Troendle
François Trucy

Alex Türk | Hilarion Vendegou | Jean-Pierre Vial

Abstentions :

Éliane Assassi	Michelle Demessine	Pierre Laurent
Marie-France Beauflis	Évelyne Didier	Gérard Le Cam
Michel Billout	Christian Favier	Michel Le Scouarnec
Éric Bocquet	Guy Fischer	Isabelle Pasquet
Laurence Cohen	Thierry Foucaud	Mireille Schurch
Cécile Cukierman	Brigitte Gonthier-	Paul Vergès
Annie David	Maurin	Dominique Watrin

N'ont pas pris part au vote :

Catherine Génisson, Ronan Kerdraon.

N'ont pas pris part au vote :

M. Jean-Pierre Bel - Président du Sénat et M. Didier Guillaume - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

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

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.

SCRUTIN N° 325

sur l'ensemble de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels de santé

Nombre de votants	342
Suffrages exprimés	309
Pour	172
Contre	137

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (131) :

Contre : 130

N'a pas pris part au vote : 1 M. Philippe Bas

GRUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (128) :

Pour : 124

N'ont pas pris part au vote : 4 M. Jean-Pierre Bel - Président du Sénat et M. Didier Guillaume - qui présidait la séance, Mme Catherine Génisson, M. Ronan Kerdraon

GRUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (32) :

Pour : 30

Contre : 1 M. Yves Détraigne

N'a pas pris part au vote : 1 M. François Zocchetto *

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (20) :

Abstention : 20

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (18) :

Pour : 5 MM. Jean-Michel Baylet, Christian Bourquin, Pierre-Yves Collombat, Robert Hue, Robert Tropeano

Contre : 1 M. Gilbert Barbier

Abstention : 12

GRUPE ÉCOLOGISTE (12) :

Pour : 12

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :

Pour : 1 M. Jean-François Husson

Contre : 5

Abstention : 1 M. Jean Louis Masson

Ont voté pour :

Leila Aïchi	Marcel Deneux	Jeanny Lorgeoux
Jacqueline Alquier	Jean Desessard	Jean-Jacques Lozach
Jean-Paul Amoudry	Félix Desplan	Roger Madec
Michèle André	Claude Dilain	Philippe Madrelle
Serge Andreoni	Muguette Dini	Jacques-Bernard
Kalliopi Ango Ela	Claude Domeizel	Magner
Maurice Antiste	Daniel Dubois	François Marc
Jean-Étienne	Jean-Léonce Dupont	Hervé Marseille
Antoinette	Josette Durrieu	Marc Massion
Alain Anziani	Vincent Eblé	Hervé Maurey
Aline Archimbaud	Anne Emery-Dumas	Rachel Mazuir
Jean Arthuis	Philippe Esnol	Jean-Claude
David Assouline	Frédérique Espagnac	Merceron **
Bertrand Auban	Alain Fauconnier	Michel Mercier
Dominique Bailly	Françoise Férat	Michelle Meunier
Delphine Bataille	Jean-Luc Fichet	Danielle Michel
Jean-Michel Baylet	Jean-Jacques Filleul	Jean-Pierre Michel
Esther Benbassa	Jean-Claude Frécon	Gérard Miquel
Claude Bérît-Débat	André Gattolin	Jean-Jacques Mirassou
Michel Berson	Jean Germain	Thani Mohamed
Jacques Berthou	Samia Ghali	Soilih
Jean Besson	Dominique Gillot	Aymeri de
Marie-Christine	Jacques Gillot	Montesquiou
Blandin	Jean-Pierre Godefroy	Catherine Morin-
Maryvonne Blondin	Gaëtan Gorce	Desailly
Jean-Marie Bockel	Nathalie Goulet	Christian Namy
Nicole Bonnefoy	Jacqueline Gourault	Robert Navarro
Yannick Botrel	Sylvie Goy-Chavent	Alain Néri
Corinne Bouchoux	Jean-Noël Guérini	Renée Nicoux
Christian Bourquin	Joël Guerriau	Jean-Marc Pastor
Martial Bourquin	Claude Haut	Georges Patient
Bernadette Bourzai	Edmond Hervé	François Patriat
Michel Boutant	Odette Herviaux	Daniel Percheron
Jean Boyer	Robert Hue	Jean-Claude Peyronnet
Jean-Pierre Caffet	Jean-François Husson	Bernard Piras
Pierre Camani	Pierre Jarlier	Jean-Vincent Placé
Claire-Lise Campion	Claude Jeannerot	Hervé Poher
Vincent Capo-	Chantal Jouanno	Roland Povinelli
Canellas	Philippe Kaltenbach	Yves Pozzo di Borgo
Jean-Louis Carrère	Bariza Khiari	Gisèle Printz
Françoise Cartron	Virginie Klès	Marcel Rainaud
Luc Carvounas	Yves Krattinger	Daniel Raoul
Bernard Cazeau	Georges Labazée	François Rebsamen
Yves Chastan	Joël Labbé	Daniel Reiner
Jacques Chiron	Serge Larcher	Alain Richard
Karine Claireaux	Jean-Jacques Lasserre	Roland Ries
Gérard Collomb	Françoise Laurent-	Gérard Roche
Pierre-Yves Collombat	Perrigot	Gilbert Roger
Jacques Cornano	Jean-Yves Leconte	Yves Rome
Roland Courteau	Jacky Le Menn	Laurence Rossignol
Ronan Dantec	Claudine Lepage	Patricia Schillinger
Yves Daudigny	Jean-Claude Leroy	Jean-Pierre Sueur
Marc Daunis	Valérie Létard	Simon Sutour
Vincent Delahaye	Alain Le Vern	Henri Tandonnet
Michel Delebarre	Marie-Noëlle	Catherine Tasca
Jean-Pierre Demerliat	Lienemann	Michel Teston
Christiane Demontès	Hélène Lipietz	René Teulade

Jean-Marc Todeschini
Robert Tropeano
Richard Tuheia
André Vairetto

André Vallini
René Vandierendonck
Jean-Marie
Vanlerenberghe

Yannick Vaugrenard
Michel Vergoz
Maurice Vincent
Richard Yung

Ont voté contre :

Philippe Adnot
Pierre André
Gérard Bailly
Gilbert Barbier
René Beaumont
Christophe Béchu
Michel Bécot
Claude Belot
Pierre Bernard-
Reymond
Joël Billard
Jean Bizet
Françoise Boog
Pierre Bordier
Natacha Bouchart
Joël Bourdin
Marie-Thérèse
Bruguière
François-Noël Buffet
François Calvet
Christian Cambon
Jean-Pierre Cantegrit
Jean-Noël Cardoux
Jean-Claude Carle
Caroline Cayeux
Gérard César
Pierre Charon
Alain Chatillon
Jean-Pierre Chauveau
Marcel-Pierre Cléach
Christian Cointat
Gérard Cornu
Raymond Couderc
Jean-Patrick Courtois
Philippe Dallier
Philippe Darniche
Serge Dassault
Henri de Raincourt
Isabelle Debré
Robert del Picchia
Francis Delattre
Gérard Dériot
Catherine Deroche
Marie-Hélène Des
Esgaulx
Yves Détraigne
Éric Doligé
Philippe Dominati
Michel Doublet

Marie-Annick
Duchêne
Alain Dufaut
André Dulait
Ambroise Dupont
Louis Duvernois
Jean-Paul Emorine
Hubert Falco
Jacqueline Farreyrol
André Ferrand
Louis-Constant
Fleming
Gaston Flosse
Michel Fontaine
Alain Fouché
Bernard Fournier
Jean-Paul Fournier
Christophe-André
Frassa
Pierre Frogier
Yann Gaillard
René Garrec
Joëlle Garriaud-
Maylam
Jean-Claude Gaudin
Jacques Gautier
Patrice Gélard
Bruno Gilles
Colette Giudicelli
Alain Gournac
Francis Grignon
François Grosdidier
Charles Guené
Pierre Hérisson
Michel Houel
Alain Houpert
Jean-François
Humbert
Christiane Hummel
Benoît Huré
Jean-Jacques Hyst
Sophie Joissains
Christiane
Kammermann
Roger Karoutchi
Fabienne Keller
Marc Laménie
Élisabeth Lamure
Gérard Larcher

Robert Laufoaulu
Daniel Laurent
Jean-René Lecerf
Antoine Lefèvre
Jacques Legendre
Dominique de Legge
Jean-Pierre Leleux
Jean-Claude Lenoir
Philippe Leroy
Gérard Longuet
Roland du Luart
Michel Magras
Philippe Marini
Pierre Martin
Hélène Masson-Maret
Jean-François Mayet
Colette Mélot
Alain Milon
Albéric de Montgolfier
Philippe Nachbar
Louis Nègre
Philippe Paul
Jackie Pierre
François Pillet
Xavier Pintat
Louis Pinton
Rémy Pintereau
Christian Poncelet
Ladislav Poniatowski
Hugues Portelli
Sophie Primas
Catherine Procaccia
Jean-Pierre Raffarin
André Reichardt
Bruno Retailleau
Charles Revet
Bernard Saugéy
René-Paul Savary
Michel Savin
Bruno Sido
Esther Sittler
Abdourahamane
Soilhi
André Trillard
Catherine Troendle
François Trucy
Alex Türk
Hilarion Vendegou
Jean-Pierre Vial

Abstentions :

Nicolas Alfonsi
Éliane Assassi
Marie-France Beauflis
Alain Bertrand
Michel Billout
Éric Bocquet
Jean-Pierre
Chevenement
Laurence Cohen
Yvon Collin
Cécile Cukierman
Annie David

Michelle Demessine
Évelyne Didier
Christian Favier
Guy Fischer
François Fortassin
Thierry Foucaud
Brigitte Gonthier-
Maurin
Françoise Laborde
Pierre Laurent
Gérard Le Cam
Michel Le Scouarnec

Jean Louis Masson
Stéphane Mazars
Jacques Mézard
Isabelle Pasquet
Jean-Pierre Placade
Jean-Claude Requier
Mireille Schurch
Raymond Vall
François Vendasi
Paul Vergès
Dominique Watrin

N'ont pas pris part au vote :

Philippe Bas, Catherine Génisson, Ronan Kerdraon, François Zocchetto *.

N'ont pas pris part au vote :

M. Jean-Pierre Bel - Président du Sénat et M. Didier Guillaume - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

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

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.

Lors de la séance du jeudi 25 juillet, * M. François Zocchetto a fait savoir qu'il aurait souhaité "voter pour" et ** M. Jean-Claude Merceron a fait savoir qu'il aurait souhaité "voter contre".

SCRUTIN N° 326

sur l'ensemble du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, de règlement du budget et d'approbation des comptes de l'année 2012

Nombre de votants	346
Suffrages exprimés	325
Pour	157
Contre	168

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (131) :**

Contre : 131

GRUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (128) :

Pour : 127

N'a pas pris part au vote : 1 M. Jean-Pierre Bel - Président du Sénat

GRUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (32) :

Pour : 1 M. Pierre Jarlier

Contre : 30

N'a pas pris part au vote : 1 M. Jean-Léonce Dupont - qui présidait la séance

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (20) :

Abstention : 20

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (18) :

Pour : 17

Contre : 1 M. Gilbert Barbier

GRUPE ÉCOLOGISTE (12) :

Pour : 12

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :

Contre : 6

Abstention : 1 M. Jean Louis Masson

Ont voté pour :

Leila Aïchi
Nicolas Alfonsi
Jacqueline Alquier
Michèle André
Serge Andreoni
Kalliopi Ango Ela
Maurice Antiste
Jean-Étienne Antoinette
Alain Anziani
Aline Archimbaud
David Assouline
Bertrand Auban
Dominique Bailly
Delphine Bataille
Jean-Michel Baylet
Esther Benbassa
Claude Bérît-Débat
Michel Berson
Jacques Berthou
Alain Bertrand
Jean Besson
Marie-Christine Blandin
Maryvonne Blondin
Nicole Bonnefoy
Yannick Botrel
Corinne Bouchoux
Christian Bourquin
Martial Bourquin
Bernadette Bourzai
Michel Boutant
Jean-Pierre Caffet
Pierre Camani
Claire-Lise Champion
Jean-Louis Carrère
Françoise Cartron
Luc Carvounas
Bernard Cazeau
Yves Chastan
Jean-Pierre Chevènement
Jacques Chiron
Karine Claireaux
Yvon Collin
Gérard Collomb
Pierre-Yves Collombat
Jacques Cornano
Roland Courteau
Ronan Dantec
Yves Daudigny
Marc Daunis
Michel Delebarre
Jean-Pierre Demerliat
Christiane Demontès

Jean Desessard
Félix Desplan
Claude Dilain
Claude Domeizel
Josette Durrieu
Vincent Eblé
Anne Emery-Dumas
Philippe Esnol
Frédérique Espagnac
Alain Fauconnier
Jean-Luc Fichet
Jean-Jacques Filleul
François Fortassin
Jean-Claude Frécon
André Gattolin
Catherine Génisson
Jean Germain
Samia Ghali
Dominique Gillot
Jacques Berthou
Jean-Pierre Godefroy
Gaëtan Gorce
Jean-Noël Guérini
Didier Guillaume
Claude Haut
Edmond Hervé
Odette Herviaux
Robert Hue
Pierre Jarlier
Claude Jeannerot
Philippe Kaltenbach
Ronan Kerdraon
Bariza Khiari
Virginie Klès
Yves Krattinger
Georges Labazée
Joël Labbé
Françoise Laborde
Serge Larcher
Françoise Laurent-Perrigot
Jean-Yves Leconte
Jacky Le Menn
Claudine Lepage
Jean-Claude Leroy
Alain Le Vern
Marie-Noëlle Lienemann
Hélène Lipietz
Jeanny Lorgeoux
Jean-Jacques Lozach
Roger Madec
Philippe Madrelle
Jacques-Bernard Magnier

François Marc
Marc Massion
Stéphane Mazars
Rachel Mazuir
Michelle Meunier
Jacques Mézard
Danielle Michel
Jean-Pierre Michel
Gérard Miquel
Jean-Jacques Mirassou
Thani Mohamed Soilihi
Robert Navarro
Alain Néri
Renée Nicoux
Jean-Marc Pastor
Georges Patient
François Patriat
Daniel Percheron
Jean-Claude Peyronnet
Bernard Piras
Jean-Vincent Placé
Jean-Pierre Plancade
Hervé Póher
Roland Povinelli
Gisèle Printz
Marcel Rainaud
Daniel Raoul
François Rebsamen
Daniel Reiner
Jean-Claude Requier
Alain Richard
Roland Ries
Gilbert Roger
Yves Rome
Laurence Rossignol
Patricia Schillinger
Jean-Pierre Sœur
Simon Sutour
Catherine Tasca
Michel Teston
René Teulade
Jean-Marc Todeschini
Robert Tropeano
Richard Tuheiva
André Vairetto
Raymond Vall
André Vallini
René Vandierendonck
Yannick Vaugrenard
François Vendasi
Michel Vergoz
Maurice Vincent
Richard Yung

Ont voté contre :

Philippe Adnot
Jean-Paul Amoudry
Pierre André
Jean Arthuis
Gérard Bailly
Gilbert Barbier
Philippe Bas
René Beaumont
Christophe Béchu
Michel Bécot

Claude Belot
Pierre Bernard-Reymond
Joël Billard
Jean Bizet
Jean-Marie Bockel
Françoise Boog
Pierre Bordier
Natacha Bouchart
Joël Bourdin

Jean Boyer
Marie-Thérèse Bruguière
François-Noël Buffet
François Calvet
Christian Cambon
Jean-Pierre Cantegrit
Vincent Capocanellas
Jean-Noël Cardoux

Jean-Claude Carle
Caroline Cayeux
Gérard César
Pierre Charon
Alain Chatillon
Jean-Pierre Chauveau
Marcel-Pierre Cléach
Christian Cointat
Gérard Cornu
Raymond Couderc
Jean-Patrick Courtois
Philippe Dallier
Philippe Darniche
Serge Dassault
Henri de Raincourt
Isabelle Debré
Robert del Picchia
Vincent Delahaye
Francis Delattre
Marcel Deneux
Gérard Dériot
Catherine Deroche
Marie-Hélène Des Esgaulx
Yves Détraigne
Muguette Dini
Éric Doligé
Philippe Dominati
Michel Doublet
Daniel Dubois
Marie-Annick Duchêne
Alain Dufaut
André Dulait
Ambroise Dupont
Louis Duvernois
Jean-Paul Emorine
Hubert Falco
Jacqueline Farreyrol
Françoise Férat
André Ferrand
Louis-Constant Fleming
Gaston Flosse
Michel Fontaine
Alain Fouché
Bernard Fournier
Jean-Paul Fournier
Christophe-André Frassa
Pierre Frogier

Yann Gaillard
René Garrec
Joëlle Garriaud-Maylam
Jean-Claude Gaudin
Jacques Gautier
Patrice Gérald
Bruno Gilles
Colette Giudicelli
Nathalie Goulet
Jacqueline Gourault
Alain Gournac
Sylvie Goy-Chavent
Francis Grignon
François Grosdidier
Charles Guené
Joël Guerriau
Pierre Hérisson
Michel Houel
Alain Houpert
Jean-François Humbert
Christiane Hummel
Benoît Huré
Jean-François Husson
Jean-Jacques Hyst
Sophie Joissains
Chantal Jouanno
Christiane Kammermann
Roger Karoutchi
Fabienne Keller
Marc Laméni
Élisabeth Lamure
Gérard Larcher
Jean-Jacques Lasserre
Robert Lafoaolu
Daniel Laurent
Jean-René Lecerf
Antoine Lefèvre
Jacques Legendre
Dominique de Legge
Jean-Pierre Leleux
Jean-Claude Lenoir
Philippe Leroy
Valérie Létard
Gérard Longuet
Roland du Luart
Michel Magras
Philippe Marini
Hervé Marseille

Abstentions :

Éliane Assassi
Marie-France Beauflis
Michel Billout
Éric Bocquet
Laurence Cohen
Cécile Cukierman
Annie David
Michelle Demessine

Évelyne Didier
Christian Favier
Guy Fischer
Thierry Foucaud
Brigitte Gonthier-Maurin
Pierre Laurent
Gérard Le Cam

Pierre Martin
Hélène Masson-Maret
Hervé Maurey
Jean-François Mayet
Colette Mélor
Jean-Claude Merceron
Michel Mercier
Alain Milon
Aymeri de Montesquiou
Albéric de Montgolfier
Catherine Morin-Desailly
Philippe Nachbar
Christian Namy
Louis Nègre
Philippe Paul
Jackie Pierre
François Pillat
Xavier Pintat
Louis Pinton
Rémy Pointereau
Christian Poncet
Ladislav Poniatowski
Hugues Portelli
Yves Pozzo di Borgo
Sophie Primas
Catherine Procaccia
Jean-Pierre Raffarin
André Reichardt
Bruno Retailleau
Charles Revet
Gérard Roche
Bernard Saugy
René-Paul Savary
Michel Savin
Bruno Sido
Esther Sittler
Abdourahmane Soilihi
Henri Tandonnet
André Trillard
Catherine Troendle
François Trucy
Alex Türk
Jean-Marie Vanlerenberghe
Hilarion Vendegou
Jean-Pierre Vial
François Zocchetto

N'ont pas pris part au vote :

M. Jean-Pierre Bel - Président du Sénat et M. Jean-Léonce Dupont - qui présidait la séance.

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	197,60
33	Questions..... 1 an	146,40
	DÉBATS DU SÉNAT	
05	Compte rendu..... 1 an	177,60
35	Questions..... 1 an	106,00
85	Table compte rendu..... 1 an	37,50

En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande

Paiement à réception de facture

En cas de règlement par virement, indiquer obligatoirement le numéro de facture dans le libellé de votre virement.

Pour expédition par voie aérienne (outre-mer) ou pour l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination

(*) Arrêté du 11 décembre 2012 publié au *Journal officiel* du 13 décembre 2012

Direction, rédaction et administration : 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15
Standard : **01-40-58-75-00** – Accueil commercial : **01-40-15-70-10** – Télécopie abonnement : **01-40-15-72-75**

Prix du numéro : 3,65 €