

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2011-2012

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du lundi 14 novembre 2011

(19^e jour de séance de la session)



www.senat.fr



SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. JEAN-CLAUDE CARLE

Secrétaire :
M. Jean Desessard.

1. Procès-verbal (p. 7669)
2. Candidatures à une éventuelle commission mixte paritaire (p. 7669)
3. Financement de la sécurité sociale pour 2012. – Suite de la discussion et adoption d'un projet de loi (p. 7669)

Quatrième partie (*suite*)

Article 37 (*priorité*) (p. 7669)

Amendements identiques n° 31 de la commission, 85 rectifié de M. Dominique Watrin et 298 rectifié de Mme Anne-Marie Escoffier. – M. Ronan Kerdraon, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social; Mmes Isabelle Pasquet, Anne-Marie Escoffier, Roselyne Bachelot-Narquin, ministre des solidarités et de la cohésion sociale; MM. Jacky Le Menn, Gérard Dériot. – Adoption des trois amendements supprimant l'article.

Articles additionnels après l'article 37 (*priorité*) (p. 7669)

Amendement n° 87 rectifié de M. Dominique Watrin. – Mme Isabelle Pasquet, M. Ronan Kerdraon, rapporteur; Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 88 rectifié de M. Dominique Watrin. – Retrait.

Amendement n° 32 rectifié *bis* de la commission. – M. Ronan Kerdraon, rapporteur; Mme la ministre. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 159 de M. Serge Larcher. – MM. René Teulade, Ronan Kerdraon, rapporteur; Mme la ministre. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendements identiques n° 124 rectifié de Mme Laurence Cohen et 153 de M. Jacky Le Menn. – Mme Isabelle Pasquet, MM. Jacky Le Menn, Ronan Kerdraon, rapporteur; Mme la ministre. – Adoption des deux amendements insérant un article additionnel.

Amendement n° 152 rectifié de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, Ronan Kerdraon, rapporteur; Mme la ministre, M. Gérard Dériot. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 214 de Mme Muguette Dini. – Mme Muguette Dini, M. Ronan Kerdraon, rapporteur; Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 33 rectifié de la commission. – M. Ronan Kerdraon, rapporteur.

Amendement n° 215 rectifié de Mme Muguette Dini. – Mme Muguette Dini.

M. Ronan Kerdraon, rapporteur; Mmes la ministre, Catherine Procaccia. – Adoption de l'amendement n° 33 rectifié insérant un article additionnel, l'amendement n° 215 rectifié devenant sans objet.

Article 37 *bis* (*nouveau*) (*priorité*) (P. 7682)

Amendement n° 236 de M. Alain Milon. – MM. Alain Milon, Ronan Kerdraon, rapporteur; Mme Claude Greff, secrétaire d'État chargée de la famille. – Adoption.

Amendement n° 356 de la commission. – M. Ronan Kerdraon, rapporteur; Mme la secrétaire d'État. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 37 *ter* (*priorité*). – Adoption (p. 7684)

Article additionnel après l'article 37 *ter* (*priorité*) (p. 7684)

Amendement n° 34 de la commission. – M. Ronan Kerdraon, rapporteur; Mme la secrétaire d'État, M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 38 (*priorité*) (p. 7685)

M. Isabelle Pasquet.

Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 38 (*priorité*) (p. 7686)

Amendement n° 155 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, M. Ronan Kerdraon, rapporteur; Mme la secrétaire d'État. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendements identiques n° 128 de Mme Laurence Cohen et 156 de M. Jacky Le Menn. – Mme Laurence Cohen, MM. Jacky Le Menn, Ronan Kerdraon, rapporteur; Mme la secrétaire d'État. – Adoption des deux amendements insérant un article additionnel.

Amendements identiques n° 129 de Mme Laurence Cohen et 157 de M. Jacky Le Menn. – Mme Isabelle Pasquet, MM. Jacky Le Menn, Ronan Kerdraon, rapporteur; Mme la secrétaire d'État. – Adoption des deux amendements insérant un article additionnel.

Amendements identiques n^{os} 127 de Mme Laurence Cohen et 154 de M. Jacky Le Menn. – Mme Laurence Cohen, MM. René Teulade, Ronan Kerdraon, rapporteur ; Mme la secrétaire d'État. – Adoption des deux amendements insérant un article additionnel.

Amendement n^o 158 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, Ronan Kerdraon, rapporteur ; Mme la secrétaire d'État. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendements identiques n^{os} 126 de Mme Laurence Cohen, 147 de M. Jacky Le Menn et 299 rectifié de Mme Anne-Marie Escoffier. – Mme Isabelle Pasquet, M. Jacky Le Menn, Mme Anne-Marie Escoffier, M. Ronan Kerdraon, rapporteur ; Mme la secrétaire d'État. – Retrait des trois amendements.

Articles 57 et 58 (*priorité*). – Adoption (p. 7692)

Articles additionnels après l'article 58 (*priorité*) (p. 7692)

Amendement n^o 108 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Mmes Laurence Cohen, Isabelle Pasquet, rapporteure de la commission des affaires sociales pour la famille ; la secrétaire d'État. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n^o 109 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Mmes Laurence Cohen, Isabelle Pasquet, rapporteure ; la secrétaire d'État. – Retrait.

Amendement n^o 107 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Mme Laurence Cohen.

Amendement n^o 255 de Mme Samia Ghali. – Mme Samia Ghali.

Mmes Isabelle Pasquet, rapporteure ; la secrétaire d'État, Samia Ghali, Laurence Cohen, Muguette Dini. – Retrait des amendements n^{os} 107 rectifié et 255.

Suspension et reprise de la séance (p. 7698)

Amendement n^o 254 de Mme Samia Ghali. – Mmes Samia Ghali, Isabelle Pasquet, rapporteure ; la secrétaire d'État. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 58 *bis* (*nouveau*) (*priorité*) (p. 7698)

Amendements identiques n^{os} 45 de la commission, 140 de M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis, et 302 rectifié de Mme Anne-Marie Escoffier. – Mme Isabelle Pasquet, rapporteure ; M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis de la commission des finances ; Mmes Anne-Marie Escoffier, la secrétaire d'État, Samia Ghali, M. le rapporteur général. – Adoption des trois amendements supprimant l'article.

Article 58 *ter* (*nouveau*) (*priorité*). – Adoption (p. 7700)

Articles additionnels après l'article 58 *ter* (*priorité*) (p. 7700)

Amendement n^o 277 rectifié de Mme Valérie Létard. – Mmes Muguette Dini, Isabelle Pasquet, rapporteure ; la secrétaire d'État. – Retrait.

Amendements n^{os} 146 rectifié *ter* et 145 rectifié *ter* de M. Christophe Béchu. – Mmes Catherine Deroche, Isabelle Pasquet, rapporteure ; la secrétaire d'État, Muguette Dini. – Adoption des amendements insérant deux articles additionnels.

Amendement n^o 46 de la commission. – Mmes Isabelle Pasquet, rapporteure ; la secrétaire d'État, Muguette Dini. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 59 (*priorité*) (p. 7703)

Amendement n^o 316 du Gouvernement. – Mmes la secrétaire d'État, Isabelle Pasquet, rapporteure. – Rejet.

Rejet de l'article.

Articles additionnels après l'article 35 (p. 7703)

Amendement n^o 188 de M. Alain Houpert. – MM. Alain Houpert, le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

Amendement n^o 198 de M. Alain Houpert. – MM. Alain Houpert, le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

Amendement n^o 83 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Mme Isabelle Pasquet

Amendement n^o 245 de Mme Catherine Génisson. – Mme Catherine Génisson.

M. le rapporteur général, Mmes la secrétaire d'État, Catherine Génisson, M. Jacky Le Menn, Mme Isabelle Pasquet, M. Alain Milon. – Retrait de l'amendement n^o 245 ; rejet de l'amendement n^o 83 rectifié.

Amendement n^o 192 de M. Alain Houpert. – MM. Alain Houpert, le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Amendement n^o 82 rectifié de Mme Laurence Cohen. – MM. Dominique Watrin, le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 122 rectifié de Mme Laurence Cohen, 208 rectifié de M. Alain Houpert et 222 rectifié de M. Alain Milon. – Mme Laurence Cohen, MM. Alain Milon, le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Adoption des trois amendements insérant un article additionnel.

Amendement n^o 202 de M. Alain Houpert. – MM. Alain Houpert, le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n^o 201 de M. Alain Houpert. – MM. Alain Houpert, le rapporteur général, Mmes la secrétaire d'État, Catherine Génisson. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n^o 244 de Mme Catherine Génisson. – Mme Catherine Génisson, M. le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

Amendement n° 246 de Mme Catherine Génisson. – Mme Catherine Génisson, M. le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 120 rectifié de Mme Laurence Cohen. – MM. Dominique Watrin, le rapporteur général, Mmes la secrétaire d'État, Catherine Génisson, M. Jacky Le Menn, Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, M. Alain Milon. – Rejet.

Amendement n° 196 de M. Alain Houpert. – MM. Alain Houpert, le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

Amendement n° 194 de M. Alain Houpert. – M. Alain Houpert.

Amendement n° 195 de M. Alain Houpert. – M. Alain Houpert.

M. le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Rejet des amendements n° 194 et 195.

Amendement n° 199 de M. Alain Houpert. – MM. Alain Houpert, le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

Article 35 *bis* (nouveau) (p. 7717)

Amendement n° 20 de la commission. – M. le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État, M. Alain Milon. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Amendement n° 229 de M. Alain Milon. – Devenu sans objet.

Article 35 *ter*. – Adoption (p. 7718)

Article 35 *quater* (p. 7718)

Amendement n° 21 de la commission. – M. le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article 35 *quinquies* (p. 7719)

Amendement n° 22 de la commission. – M. le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article additionnel après l'article 35 *quinquies* (p. 7720)

Amendement n° 190 de M. Alain Houpert. – MM. Alain Houpert, le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État, M. René Beaumont, Mme Catherine Génisson. – Rejet.

Article 35 *sexies* (nouveau) (p. 7722)

Amendement n° 23 de la commission. – M. le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

Amendement n° 224 de M. Alain Milon. – MM. Alain Milon, le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

Mmes Nicole Borvo Cohen-Seat, la secrétaire d'État.

Adoption de l'article.

Article 35 *septies* (nouveau). – Adoption (p. 7724)

Article additionnel après l'article 35 *septies* (p. 7724)

Amendement n° 230 de M. Alain Milon. – MM. Alain Milon, le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 36 (p. 7724)

Amendement n° 24 de la commission. – M. le rapporteur général, Mmes la secrétaire d'État, Catherine Génisson. – Retrait.

Amendement n° 84 rectifié de Mme Laurence Cohen. – MM. Dominique Watrin, le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Amendements identiques n° 25 de la commission et 137 de M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. – M. le rapporteur pour avis, Mme la secrétaire d'État, M. le rapporteur général. – Adoption des deux amendements.

Amendement n° 26 de la commission. – Mme la secrétaire d'État. – Adoption.

Amendement n° 270 rectifié de Mme Catherine Génisson. – Mme Catherine Génisson.

Amendement n° 217 de Mme Valérie Létard. – Mme Muguette Dini.

M. le rapporteur général, Mmes la secrétaire d'État, Catherine Génisson, Muguette Dini. – Rectification de l'amendement n° 270 rectifié; retrait de l'amendement n° 217; adoption de l'amendement n° 270 rectifié *bis*.

Amendement n° 247 rectifié de Mme Catherine Génisson. – Mme Catherine Génisson, M. le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Adoption.

Amendement n° 27 de la commission. – Mme la secrétaire d'État. – Adoption.

Amendement n° 28 de la commission. – Mme la secrétaire d'État. – Adoption.

Amendement n° 29 de la commission. – Mme la secrétaire d'État, M. le rapporteur général. – Retrait.

Mme Isabelle Pasquet.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 36 (p. 7732)

Amendement n° 191 de M. Alain Houpert. – MM. Alain Houpert, le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

Article 36 *bis* (nouveau) (p. 7732)

Mme Catherine Génisson.

Amendement n° 30 de la commission. – M. le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Articles 37 à 37 *ter*, 38 et articles additionnels (*précédemment examinés par priorité*)

Article 39 (p. 7734)

Amendement n° 35 de la commission. – M. le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 39 (p. 7736)

Amendement n° 221 de M. Alain Milon. – MM. Alain Milon, le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

Article 40 (p. 7737)

Amendements identiques n°s 36 de la commission, 90 rectifié de M. Dominique Watrin et 138 de M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. – M. le rapporteur général, Mme Isabelle Pasquet, M. le rapporteur pour avis, Mmes la secrétaire d'État, Catherine Génisson. – Adoption des trois amendements supprimant l'article.

Article 41. – Adoption (p. 7739)

Articles additionnels après l'article 41 (p. 7739)

Amendement n° 118 rectifié *bis* de M. Dominique Watrin. – Mme Laurence Cohen.

Amendement n° 249 de Mme Catherine Génisson. – Mme Catherine Génisson.

M. le rapporteur général, Mmes la secrétaire d'État, Catherine Génisson, M. Alain Milon. – Rectification des amendements n°s 118 rectifié *bis* et 249; adoption des amendements identiques n°s 118 rectifié *ter* et 249 rectifié insérant un article additionnel.

Article 42 (p. 7741)

Mme Jacqueline Alquier, M. Dominique Watrin, Mme Catherine Génisson.

Amendement n° 91 rectifié *bis* de M. Dominique Watrin. – MM. Dominique Watrin, le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

Amendement n° 258 de Mme Laurence Cohen. – MM. Dominique Watrin, le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

M. Alain Milon.

Adoption de l'article.

Articles 43 et 44. – Adoption (p. 7745)

Article 45 (p. 7745)

Amendement n° 37 de la commission. – M. le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Article 46 (p. 7745)

Amendement n° 38 de la commission. – M. le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État, MM. Jacky Le Menn, Alain Milon. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 46 *bis* (*nouveau*). – Adoption (p. 7747)

Articles additionnels après l'article 46 *bis* (p. 7747)

Amendement n° 252 de M. Jean-Pierre Godefroy. – MM. Jean-Pierre Godefroy, le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 251 rectifié de M. Jean-Pierre Godefroy. – MM. Jean-Pierre Godefroy, le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État, M. Alain Milon. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 47 (p. 7750)

Amendement n° 318 du Gouvernement. – Mme la secrétaire d'État, M. le rapporteur général. – Rejet.

M. le rapporteur général.

Rejet de l'article.

Suspension et reprise de la séance (p. 7751)

Article 48 (p. 7751)

Amendement n° 317 du Gouvernement. – Mme la secrétaire d'État, M. le rapporteur général. – Rejet.

M. le rapporteur général, Mme Laurence Cohen, M. Ronan Kerdraon.

Rejet de l'article.

Articles additionnels après l'article 48 (p. 7753)

Amendement n° 94 rectifié de Mme Laurence Cohen. – M. Dominique Watrin.

Amendement n° 250 de Mme Catherine Génisson. – Mme Catherine Génisson.

M. le rapporteur général, Mmes la secrétaire d'État, Catherine Génisson, M. Alain Milon. – Retrait de l'amendement n° 94 rectifié; adoption de l'amendement n° 250 insérant un article additionnel.

Amendement n° 205 de M. Alain Houpert. – MM. Alain Houpert, le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

Amendement n° 207 de M. Alain Houpert. – MM. Alain Houpert, le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

Amendement n° 93 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Mme Laurence Cohen, M. le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

Amendement n° 95 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Mme Laurence Cohen, M. le rapporteur général, Mme la secrétaire d'État. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 49 (p. 7758)

Mmes Muguette Dini, Chantal Jouanno, Christiane Demontès, rapporteure de la commission des affaires sociales pour l'assurance vieillesse.

Adoption de l'article.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé.

Articles additionnels après l'article 49 (p. 7760)

Amendement n° 97 rectifié *bis* de Mme Laurence Cohen. – M. Dominique Watrin, Mme Christiane Demontès, rapporteure; M. le ministre. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 39 de la commission. – Mme Christiane Demontès, rapporteure.

Amendement n° 99 rectifié *bis* de Mme Laurence Cohen. – Mme Isabelle Pasquet.

Mme Christiane Demontès, rapporteure; M. le ministre, Claude Domeizel, Jean Desessard, Mme Chantal Jouanno. – Retrait de l'amendement n° 99 rectifié *bis*; Adoption de l'amendement n° 39 insérant un article additionnel.

Article 50. – Adoption (p. 7763)

Article 51 (p. 7764)

Amendements identiques n°s 40 de la commission et 131 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Mmes Christiane Demontès, rapporteure; Laurence Cohen, MM. le ministre, Claude Domeizel. – Adoption des deux amendements supprimant l'article.

Articles additionnels après l'article 51 (p. 7765)

Amendement n° 100 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Mmes Isabelle Pasquet, Christiane Demontès, rapporteure; M. le ministre. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 253 de M. René Teulade. – M. René Teulade, Mme Christiane Demontès, rapporteure; M. le ministre. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Articles 51 *bis* à 51 *sexies* (*nouveaux*). – Adoption (p. 7767)

Article 51 *septies* (*nouveau*) (p. 7767)

Amendements identiques n°s 41 de la commission, 132 rectifié de Mme Laurence Cohen, 139 de M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis, et 301 de Mme Anne-Marie Escoffier. – Mme Christiane Demontès, rapporteure; MM. Dominique Watrin, le

rapporteur pour avis, Mme Anne-Marie Escoffier, MM. le ministre, Marc Laménié. – Adoption des quatre amendements supprimant l'article.

Article 52 (p. 7769)

Mme Christiane Demontès, rapporteure.

Rejet de l'article.

Article 53 (p. 7769)

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les accidents du travail et maladies professionnelles; Mmes Jacqueline Alquier, Annie David

Adoption de l'article.

M. le ministre.

Articles additionnels après l'article 53 (p. 7771)

Amendement n° 42 de la commission. – MM. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur; le ministre. – Retrait.

Amendement n° 43 de la commission. – MM. MM. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur; le ministre. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 103 rectifié de Mme Annie David. – Mme Isabelle Pasquet, MM. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur; le ministre. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 104 rectifié *bis* de Mme Annie David. – Mme Laurence Cohen, MM. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur; le ministre, Mme Jacqueline Alquier. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 105 rectifié de Mme Annie David. – MM. Dominique Watrin, MM. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur; le ministre. – Retrait.

Article 54 (p. 7775)

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur.

Adoption de l'article.

Article 55 (p. 7776)

Amendement n° 44 de la commission. – MM. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur; le ministre, Alain Milon, Mme Annie David, présidente de la commission des affaires sociales. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Article 55 *bis* (*nouveau*) (p. 7778)

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur.

Adoption de l'article.

Article 55 *ter* (*nouveau*) (p. 7778)

MM. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur.

M. le ministre.

Adoption de l'article.

Article additionnel avant l'article 56 (p. 7780)

Amendement n° 106 rectifié de Mme Annie David. – Mme Laurence Cohen, MM. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur ; le ministre, Jean Desessard. – Retrait.

Article 56 (p. 7781)

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur.

Rejet de l'article.

Articles 57 à 59 et articles additionnels (*précédemment examinés par priorité*) (p. 7781)

Suspension et reprise de la séance (p. 7781)

Article 60. – Adoption (p. 7781)

Article 61 (p. 7781)

Amendement n° 315 du Gouvernement. – M. le ministre, Mme Christiane Demontès, rapporteure. – Rejet.

Rejet de l'article.

Article 62. – Adoption (p. 7782)

Article 62 *bis* (*nouveau*) (p. 7782)

Amendement n° 47 de la commission. – MM. le rapporteur général, le ministre, Jean Desessard. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Article 62 *ter* (*nouveau*) (p. 7784)

Amendement n° 228 rectifié de M. Alain Milon. – MM. Alain Milon, le rapporteur général, le ministre, Jean Desessard. – Rejet.

Amendement n° 174 rectifié de M. René Beaumont. – MM. René Beaumont, le rapporteur général, le ministre. – Retrait.

Amendement n° 342 du Gouvernement. – MM. le ministre, le rapporteur général. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 62 *quater* (*nouveau*). – Adoption (p. 7787)

Article additionnel après l'article 62 *quater* (p. 7787)

Amendement n° 257 de Mme Gisèle Printz. – MM. Ronan Kerdraon, le rapporteur général, le ministre, Alain Milon. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article additionnel avant l'article 63 (p. 7787)

Amendement n° 48 de la commission. – MM. le rapporteur général, le ministre, René Teulade. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 63 (p. 7788)

Amendement n° 134 rectifié de Mme Laurence Cohen. – MM. Dominique Watrin, le rapporteur général, le ministre, René Teulade, Jean Desessard. – Retrait.

M. le ministre.

Amendement n° 73 rectifié de M. Dominique Watrin. – Mme Laurence Cohen, MM. le rapporteur général, le ministre, Mme Catherine Génisson, M. Jean Desessard. – Rejet.

Amendement n° 352 du Gouvernement. – MM. le ministre, le rapporteur général. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 63 (p. 7794)

Amendement n° 111 rectifié *bis* de Mme Laurence Cohen. – MM. Dominique Watrin, le rapporteur général, le ministre. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 272 de Mme Corinne Lepage. – MM. Ronan Kerdraon, le rapporteur général, le ministre. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Articles 63 *bis* et 63 *ter* (*nouveaux*). – Adoption (p. 7796)

Article 63 *quater* (*nouveau*) (p. 7796)

Amendement n° 49 de la commission. – MM. le rapporteur général, le ministre. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 63 *quinquies* (*nouveau*) (p.)

Amendement n° 220 de M. Alain Milon. – MM. Alain Milon, le rapporteur général, le ministre. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 63 *sexies* (*nouveau*). – Adoption (p. 7797)

Article 64 (p. 7797)

Amendement n° 234 de M. Alain Milon. – MM. Alain Milon, le rapporteur général, le ministre. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Articles 65, 65 *bis* (*nouveau*), 66 et 66 *bis* (*nouveau*). – Adoption (p. 7798)

Article 67 (p. 7799)

Amendement n° 351 du Gouvernement. – MM. le ministre, le rapporteur général. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Articles 67 *bis* à 67 *quater* (*nouveau*). – Adoption (p. 7800)

Article additionnel après l'article 67 *quater* (p. 7800)

Amendement n° 141 rectifié de Mme Caroline Cayeux. – Mme Catherine Deroche, MM. le rapporteur général, le ministre. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 68. – Adoption (p. 7800)

Article additionnel après l'article 68 (p. 7800)

Amendement n° 233 de M. Alain Milon. – MM. Alain Milon, le rapporteur général, le ministre. – Rejet.

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

Vote sur l'ensemble (p. 7801)

M. le rapporteur général, Mmes Muguette Dini, Anne-Marie Escoffier, M. Ronan Kerdraon, Mme Isabelle Pasquet, MM. Jean Desessard, Alain Milon, le rapporteur pour avis, Mme la présidente de la commission.

M. le rapporteur général.

M. le ministre.

Adoption, par scrutin public, du projet de loi.

4. **Nomination de membres d'une éventuelle commission mixte paritaire** (p. 7807)

5. **Ordre du jour** (p. 7807)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. JEAN-CLAUDE CARLE

vice-président

Secrétaire :
M. Jean Desessard.

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à dix 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

CANDIDATURES À UNE ÉVENTUELLE COMMISSION MIXTE PARITAIRE

M. le président. J'informe le Sénat que la commission des affaires sociales a fait connaître qu'elle a d'ores et déjà procédé à la désignation des candidats qu'elle présentera si le Gouvernement demande la réunion d'une commission mixte paritaire en vue de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 actuellement en cours d'examen.

Ces candidatures ont été affichées pour permettre le respect du délai réglementaire.

3

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012

SUITE DE LA DISCUSSION ET ADOPTION D'UN PROJET DE LOI

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2012 (projet n° 73, rapports n° 74 et 78).

Nous poursuivons la discussion des articles de la quatrième partie concernant les dispositions relatives aux dépenses pour 2012.

QUATRIÈME PARTIE (SUITE)

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2012 (suite)

M. le président. Mes chers collègues, je vous rappelle que nous avons décidé d'examiner par priorité les articles 37 et suivants, jusqu'aux amendements portant article additionnel après l'article 38, et les articles 57 à 59.

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie (suite)

Article 37 (priorité)

- ① À compter de l'exercice 2012 et pour une période ne pouvant excéder trois ans, des expérimentations peuvent être menées sur les règles de tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes mentionnés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins.
- ② Pour les besoins de ces expérimentations, il peut être dérogé aux règles de calcul du forfait global relatif aux soins prévues au 1° de l'article L. 314-2 du même code en introduisant une modulation de ce forfait en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficacité, dont la liste est fixée par décret.
- ③ Les modalités de mise en œuvre des expérimentations sont déterminées par un cahier des charges national approuvé par décret en Conseil d'État.
- ④ Les expérimentations sont conduites par les agences régionales de santé dont la liste est fixée par un arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale. Les agences sélectionnent les établissements participant à l'expérimentation parmi les établissements volontaires en fonction de critères définis dans le cahier des charges national.
- ⑤ Un bilan annuel des expérimentations est réalisé par les ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale d'après les éléments transmis par les agences régionales de santé et est transmis au Parlement. Un rapport d'évaluation est réalisé avant le terme de l'expérimentation, en vue d'une éventuelle généralisation.

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

L'amendement n° 31 est présenté par M. Kerdraon, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 85 rectifié est présenté par M. Watrin, Mmes Cohen et David, M. Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 298 rectifié est présenté par Mme Escoffier, MM. Mézard, Collin et Fortassin, Mme Laborde et MM. Vendasi, Baylet, Bertrand, C. Bourquin, Plancade, Requier, Tropeano et Vall.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Ronan Kerdraon, rapporteur, pour présenter l'amendement n° 31.

M. Ronan Kerdraon, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social. L'article 37 du projet de loi jette les bases d'une future modulation des ressources allouées aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les EHPAD, en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficacité des soins.

Qui ne souhaite l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins ? C'est un objectif auquel, bien entendu, la commission des affaires sociales souscrit pleinement.

Il nous paraît également utile d'engager un travail pour mesurer la qualité des soins au moyen d'indicateurs, même si cette tâche n'est certes pas aisée.

Enfin, nous n'avons pas d'objection de principe à ce que l'on conduise des expérimentations avec des établissements volontaires, en dérogeant, au besoin, aux règles habituelles de tarification.

Ce qui nous préoccupe, en revanche, dans cet article, c'est la perspective de généraliser un nouveau mode de calcul du forfait soins des EHPAD à partir des indicateurs mis au point au cours des deux années écoulées.

La tarification des soins dans les EHPAD a fait l'objet, au cours des dernières années, de nombreuses réformes qui, nous semble-t-il, ne sont pas encore stabilisées.

Aujourd'hui, tous les EHPAD ne sont pas égaux devant la tarification. Certains ont bénéficié de la médicalisation de seconde génération, et donc d'une meilleure prise en compte des besoins en soins de leurs résidents ; d'autres attendent toujours.

Comme nous l'avons dit lors de la discussion générale, le mouvement de médicalisation s'est ralenti en 2011, puisque les agences régionales de santé, les ARS, avaient reçu l'instruction de ne pas prendre d'engagements nouveaux à ce titre.

Par ailleurs, nous sommes dans l'incertitude concernant la mise en œuvre de la tarification à la ressource. La loi a été modifiée en ce sens, il y a trois ans, mais la parution du décret d'application est en suspens.

L'incertitude plane aussi sur l'inclusion, ou non, des soins de ville dans le forfait soins. Jusqu'à l'an dernier, le Gouvernement encourageait la généralisation du tarif global. Cette année, il a fait machine arrière.

Nous pensons qu'il n'est pas opportun, dans un contexte aussi mouvant, d'introduire un nouveau critère de calcul du tarif soins, à partir d'indicateurs dont les services du ministère, eux-mêmes, reconnaissent qu'ils seront complexes à établir.

La commission souhaite donc la suppression de l'article 37.

J'ajoute que cette suppression n'empêchera aucunement de continuer à rechercher l'amélioration de la qualité et la promotion des meilleures pratiques. Les établissements

médico-sociaux sont en effet soumis à une procédure d'évaluation externe, et la qualité de la prise en charge fait, bien entendu, partie intégrante des critères d'évaluation.

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Pasquet, pour présenter l'amendement n° 85 rectifié.

Mme Isabelle Pasquet. L'article 37, que notre amendement vise à supprimer, autorise des dérogations aux règles de calcul du forfait global relatif aux soins, en modulant ce dernier en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficacité.

Nous ne sommes pas favorables à cette expérimentation, car elle risque, à terme, d'accentuer les disparités entre les établissements, qui seront contraints d'entrer en compétition les uns avec les autres pour obtenir des moyens. Le risque est grand que s'installe, en amont comme en aval de l'application de cette mesure, une prise en charge à plusieurs vitesses des personnes âgées dépendantes.

Nous savons tous que l'un des enjeux majeurs, pour les EHPAD, est leur capacité à accueillir des résidents dont la perte d'autonomie peut être variable.

Il convient d'éviter que les établissements ne choisissent les résidents en fonction de la gravité de leur état de santé ou de leur niveau de dépendance. Or, en modulant le mode de financement selon des critères de performance, le Gouvernement prend le risque que les établissements fassent le choix de refuser celles et ceux de nos concitoyens dont l'état de santé nécessite le plus de soins, ou des soins exigeant une mobilisation importante du personnel, car celui-ci, bien que très dévoué, est confronté à un cruel manque d'effectifs.

Comment satisfaire des critères d'efficacité en comparant des établissements qui accueillent des personnes relevant de groupes iso-ressources, les GIR, très différents ?

De toute évidence, un EPAHD accueillant des résidents qui tous, ou presque, sont peu dépendants, satisfera plus facilement aux critères que vous envisagez de poser que d'autres établissements accueillant des personnes nécessitant un accompagnement plus lourd.

Nous proposons donc la suppression de cet article qui, s'il devait être maintenu, engendrerait des inégalités.

M. le président. La parole est à Mme Anne-Marie Escoffier, pour présenter l'amendement n° 298 rectifié.

Mme Anne-Marie Escoffier. Nous avons été nombreux à vous écrire, madame la ministre, pour appeler votre attention sur les difficultés rencontrées par les EHPAD.

Cet article 37 autorise, pour une période ne pouvant excéder trois ans, des expérimentations portant sur les règles de tarification des EHPAD. Il s'agit de permettre une dérogation aux modalités de calcul du forfait global en introduisant une modulation en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficacité.

On peut s'interroger sur la nécessité véritable de mettre en place de telles expérimentations, alors que les réformes proposées n'ont pas encore été appliquées.

Les deux orateurs précédents ont souligné à quel point les établissements étaient inquiets, du fait de l'incapacité dans laquelle ils se trouvent, aujourd'hui, d'élaborer leur budget. L'insécurité financière qui découlerait de l'adoption de la présente disposition ne ferait qu'aggraver encore leurs difficultés.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre des solidarités et de la cohésion sociale*. Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, permettez-moi tout d'abord de vous saluer en ce début de séance.

L'expérimentation que je vous propose vise à améliorer l'efficacité des soins en EHPAD, en permettant une modulation de la dotation servie à l'établissement, en lien avec la qualité de prise en charge proposée.

Je répète ce que j'ai déjà dit devant l'Assemblée nationale : en aucun cas, la modulation ne donnera lieu à une diminution de la dotation. Le mécanisme est cranté. Je dirai même : au pire, ce sera mieux ! (*Mme Nicole Borvo Cohen-Seat sourit.*)

Cette modulation doit permettre de déterminer quelques indicateurs de qualité et d'efficacité des soins, qui pourraient être généralisés à terme, et de mettre en place une part variable dans le calcul du forfait soins en fonction de la réalisation d'objectifs en la matière. C'est donc vraiment un objectif de qualité que nous nous fixons.

Chacun doit souscrire à cette démarche d'expérimentation, qui est souhaitée par l'ensemble du secteur, et notamment par les responsables médico-sociaux au sein des ARS. J'ai d'ailleurs reçu un courrier du directeur général de l'ARS d'Île-de-France, qui me fait part de son vif intérêt pour cette expérimentation et de son souhait d'y participer. Il n'est pas le seul.

Je souhaite que cette volonté des acteurs de terrain et des gestionnaires d'établissements, qui considèrent ces expérimentations comme un facteur d'amélioration, vous conduise à réviser votre position, au bénéfice des garanties que je vous donne.

L'équation tarifaire doit s'adapter à la situation réelle des établissements en matière de qualité des soins, pour laquelle elle constitue une incitation financière. Le moins que l'on puisse dire, c'est qu'il existe, dans un certain nombre d'établissements, des marges de progression.

Aucune instabilité financière, madame Escoffier, ne découlera de la démarche proposée ; bien au contraire ! Je signale, par ailleurs, que les résultats de ces expérimentations feront l'objet de bilans annuels transmis au Parlement et qu'un rapport d'évaluation sera publié avant une éventuelle généralisation. Vous aurez donc largement l'occasion de suivre ces résultats et d'en débattre.

Par conséquent, j'émet un avis défavorable sur ces trois amendements.

M. le président. La parole est à M. Ronan Kerdraon, rapporteur.

M. Ronan Kerdraon, *rapporteur*. Le Gouvernement nous propose, au travers de cet article 37, de préparer une nouvelle évolution de la tarification des EHPAD.

Il y a trois ans, madame la ministre, vous avez fait voter par le Parlement une réforme de la tarification, la « tarification à la ressource », fondée sur le GIR moyen pondéré soins, le GMPS, qui est une estimation de l'état de dépendance et des besoins en soins des résidents.

Trois ans plus tard, le décret d'application de cette réforme n'a toujours pas été pris.

Dans la circulaire budgétaire que vos services ont adressée aux directeurs généraux d'ARS le 29 avril dernier, nous pouvons lire que « la ministre des solidarités et de la cohésion sociale a [...] souhaité retarder la publication du décret portant réforme tarifaire des EHPAD, [...] afin,

d'une part, de mettre à profit le débat sur la dépendance pour approfondir la réflexion sur certains points, et d'autre part, éviter l'entrée en vigueur d'une réforme que l'issue de ce débat pourrait conduire à modifier à brève échéance ».

Nous apprenons, par cette simple circulaire, que la loi votée il y a trois ans pourrait ne jamais être appliquée !

Comme à l'issue du débat sur la dépendance, le Gouvernement a décidé de ne rien décider. Nous n'en savons donc pas plus aujourd'hui concernant l'entrée en vigueur, ou non, de cette réforme.

Si l'on y ajoute les hésitations sur l'inclusion, ou non, des soins de ville dans la dotation tarifaire, il faut reconnaître que la situation est quelque peu déroutante pour les parlementaires que nous sommes.

Il nous est périodiquement demandé d'approuver des perfectionnements de la tarification des EHPAD. Vous comprendrez, madame la ministre, que nous émettions des réserves lorsque nous constatons que ces lois ne sont pas appliquées, voire pas applicables, ou que leur mise en œuvre est suspendue durant plusieurs années à des évaluations ou des expérimentations.

En raison de ce contexte très mouvant et particulièrement incertain, il nous semble inopportun d'envisager la création de critères supplémentaires de modulation de la dotation soins des EHPAD.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. M. le rapporteur a donc changé de cheval et d'argumentation ! Je vais lui répondre néanmoins, car il soulève un problème de tarification qui mérite une réponse approfondie.

Nous avons mené un important travail concernant les indicateurs pertinents pouvant servir de base à la modulation des dotations des établissements ; des expérimentations vont être conduites dans les établissements volontaires. Ces derniers recevront donc, dès 2013, un complément de dotation modulé en fonction du score obtenu par rapport aux indicateurs retenus. Il s'agit, je le répète, d'un travail cranté.

Cette action ne nous empêche pas de poursuivre la médicalisation des EHPAD, à laquelle nous consacrerons 140 millions d'euros cette année : ainsi, 83 000 places seront médicalisées. Il s'agit, là encore, de ressources supplémentaires accordées aux budgets de fonctionnement ! À l'issue du processus de médicalisation, les établissements recevront une dotation calculée sur la base d'une équation, conformément au principe de la tarification à la ressource, introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Si cette modulation d'une partie des forfaits s'avère concluante, nous envisagerons dès lors la généralisation de cette expérimentation.

Absolument rien n'empêche de mener ces deux exercices de front ! Bien au contraire, ils se nourrissent l'un l'autre. D'ailleurs des travaux ont été conduits au sujet du tarif global : la dotation soins est alors majorée pour faire face aux dépenses de médecine de ville, de kinésithérapie, de radiologie ou de biologie. Les conclusions de ces études soulignent certes sa pertinence – notamment pour les grandes structures – mais également son montant trop élevé par rapport au tarif partiel, si l'on considère le strict financement des postes supplémentaires qu'il apporte.

J'ai donc décidé de ne pas rouvrir l'option tarifaire globale en 2012. En revanche, j'ai demandé à l'ATIH, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation, de procéder à une étude complète des coûts dans les EHPAD. Ces travaux nous permettront de comparer le coût de la prise en charge réelle à celui de la prise en charge théorique, résultant de la mise en œuvre de l'ensemble des référentiels de bonnes pratiques.

Ces deux exercices sont nécessairement complexes, mais, je le répète, je ne vois aucun paradoxe ni aucune incohérence – bien au contraire! – à les mener de front.

M. le président. La parole est à M. Jacky Le Menn, pour explication de vote.

M. Jacky Le Menn. Qu'il me soit permis de relayer les propos de mon collègue et ami Ronan Kerdraon, et de vous faire part des regrets de notre groupe de ne pas voir le Gouvernement déposer un projet de loi relatif à la perte d'autonomie.

Le Président de la République avait bien annoncé cette réforme, mais on constate une fois de plus ce que valent ses promesses; il s'était ainsi engagé à ne pas toucher aux retraites, et c'est pourtant ce qu'il a décidé dans un passé récent!

Nous attendions tous un engagement fort dans le cadre de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale et, au-delà, en faveur de la prise en charge de la perte d'autonomie. En la matière, les attentes sont grandes, faut-il vous le rappeler une fois de plus, madame la ministre? Je n'ai pas à vous convaincre et j'en suis conscient, car vous étiez un fervent partisan de la réforme, hélas une fois de plus ajournée.

Plus largement, je souhaite insister sur l'importance que revêt, dans notre pays, le secteur médico-social, qui – vous le savez tous mes chers collègues – représente 10 % des dépenses d'assurance maladie.

Lors de la discussion générale, M. le rapporteur général et moi-même avons évoqué les gels de crédits qui frappent le secteur médico-social, pourtant bien souvent mis à contribution pour freiner les dérapages de l'assurance maladie tout entière.

Nous comprenons les efforts de maîtrise des dépenses, mais, à nos yeux, ils devraient être équitablement répartis entre toutes leurs composantes, car on ne saurait exiger tous les sacrifices de ce seul secteur.

La pratique du gel des crédits médico-sociaux remet en cause l'un des principes de la loi HPST, à savoir la fongibilité asymétrique des crédits, sur laquelle vous aviez insisté à l'époque, madame la ministre: vous aviez alors réussi à nous convaincre, ainsi que les acteurs du secteur médico-social, de sa nécessité pour éviter que ces crédits médico-sociaux ne soient affectés à d'autres dépenses.

Ce gel risque de compromettre le développement d'une offre médico-sociale de qualité, à la hauteur des besoins liés au vieillissement de la population: c'est précisément pour écarter ce danger que cette règle avait été instaurée dans le cadre législatif.

Revenons à cet article 37, qui prévoit une expérimentation de trois ans pour valider les indicateurs de qualité de la prise en charge dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie et définir les conditions de modulation des ressources à partir du score obtenu par les établissements.

Lors de la discussion générale, je suis longuement intervenu pour expliciter pourquoi les grandes fédérations – notamment la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, la FEAP, mais aussi la Fédération hospitalière de France, la FHF – y étaient opposées.

J'ai bien écouté vos propos, madame la ministre: à vous entendre, les solutions que vous nous proposez ne peuvent qu'améliorer la situation actuelle³. Toutefois, comme les représentants des grandes fédérations, je reste extrêmement prudent en la matière, car prudence est mère de sûreté!

Cet article s'inscrit dans la perspective de nouveaux critères de détermination du forfait global relatifs aux soins, sans que l'on ait pu jusqu'ici appliquer et évaluer les réformes tarifaires qu'il a été demandé au Parlement de voter depuis 2008.

Ne mettons pas la charrue avant les bœufs! Comme le souligne notre rapporteur, il n'est pas opportun d'introduire, par cet article, de nouveaux éléments de modulation du forfait soins des EHPAD.

Pour ces raisons, nous sommes favorables à la suppression de cet article. S'y ajoutent bien d'autres motifs que nous aurons l'occasion de développer en défendant les amendements que nous présentons concernant le secteur médico-social.

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

M. Gérard Dériot. Les politiques menées par le Gouvernement en faveur de nos concitoyens dépendants suivent deux axes majeurs: l'amélioration de la qualité de la prise en charge, d'une part; le soutien aux services d'aide à domicile intervenant auprès de ces personnes, de l'autre.

Vous l'avez rappelé, madame la ministre, ces axes correspondent à une volonté politique, dont la mise en œuvre nous permet de progresser en la matière. Le problème de la dépendance est certes extrêmement complexe, et mieux vaut éviter toute précipitation pour le résoudre correctement; il n'en reste pas moins que c'est une nécessité, chacun en est persuadé.

Le problème de la prise en charge est extrêmement grave, nous en sommes conscients. Toutefois, il existe également un problème de coût! Les conseils généraux sont bien placés pour le savoir. Ils gèrent en effet l'allocation personnalisée d'autonomie, l'APA, qui était sans aucun doute nécessaire mais dont les dérives financières sont aujourd'hui devenues insupportables!

L'article 37 participe du premier axe: il introduit l'expérimentation de la qualité de prise en charge des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, dans la détermination des ressources qui leur sont attribuées au titre du forfait soins.

Nous attachons une grande importance à la politique d'amélioration de la qualité de service des EHPAD. Mes chers collègues, je suis convaincu que vous partagez cette préoccupation. C'est pourquoi je souhaite rappeler le dispositif dont cet article tend à proposer l'expérimentation, et qui constitue une véritable avancée.

L'amélioration de la qualité de l'accueil, de la prise en charge et de la prestation de soins n'est pas un simple objectif vers lequel il faut tendre mais un impératif traduisant littéralement l'exigence du respect de la personne humaine.

Le PLFSS pour 2012 prévoit l'expérimentation d'indicateurs de qualité et de modulation des ressources accordées aux établissements en fonction des résultats qu'ils ont obtenus. Je précise que la qualité de l'hébergement a des conséquences sur les dépenses d'assurance maladie, puisqu'elle peut conduire à éviter un certain nombre d'hospitalisations résultant, par exemple, de chutes.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Exactement !

M. Gérard Dériot. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a d'ailleurs estimé qu'une amélioration sensible de la qualité de la prise en charge dans les établissements pourrait permettre à la sécurité sociale d'économiser environ 2 milliards d'euros par an.

Au-delà de ces considérations de rationalisation financière, c'est bien la qualité de l'accueil des personnes qui doit nous préoccuper. Ces exigences se traduisent parfaitement dans le dispositif que propose d'instaurer l'article 37, auquel, vous l'aurez compris, notre groupe est entièrement favorable.

M. le président. La parole est à Mme Anne-Marie Escoffier, pour explication de vote.

Mme Anne-Marie Escoffier. Madame la ministre, je souhaite évoquer de nouveau l'inquiétude, aujourd'hui très vive, des directeurs d'EHPAD et des personnels qui y travaillent.

En effet, les moyens budgétaires qui, normalement, auraient dû être mobilisés dans le cadre de conventions, n'ont jamais été attribués : nous sommes ainsi placés dans une situation d'attente.

J'ai bien saisi les services compétents, et notamment les vôtres, madame la ministre, mais ils n'ont pas répondu à mes courriers ! Je veux vous faire confiance ; je crois, comme vous, à la valeur de l'expérimentation dans ce domaine tout à fait essentiel – les uns et les autres viennent de le rappeler. Mais jusqu'où pouvons-nous vous suivre, dès lors que, par le passé, vous ne nous avez pas apporté la preuve que l'on devait mettre en œuvre les dispositions initialement prévues ?

Je le répète, nos établissements sont confrontés à de telles difficultés financières qu'ils ne peuvent plus avancer. Quant aux départements, qui calent leur propre participation sur celle des services de l'État, ils ne savent plus comment faire, comment réagir.

Je vous le demande donc avec beaucoup d'insistance : pouvez-vous répondre aux questions que j'ai déjà posées dans mes courriers, afin de rassurer nos établissements et pour que nous puissions avancer, demain, dans de meilleures conditions ?

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 31, 85 rectifié et 298 rectifié.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, l'article 37 est supprimé.

Articles additionnels après l'article 37 (priorité)

M. le président. L'amendement n° 87 rectifié, présenté par M. Watrin, Mmes Pasquet, Cohen et David, M. Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 37

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

1° La dernière phrase du premier alinéa est supprimée ;

2° Le dernier alinéa est supprimé.

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

Mme Isabelle Pasquet. La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a rendu obligatoire la signature de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, les CPOM, dès lors que la personne morale gestionnaire gère un ensemble d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux dépassant certains seuils. Cette loi prévoit également que ces CPOM se substituent aux conventions tripartites et aux conventions d'aide sociale.

Les CPOM, parce qu'ils ont un caractère contraint – les structures étant obligées de les signer – peuvent avoir des effets désastreux sur les établissements gestionnaires qui ne disposent plus d'aucune marge de négociation avec les financeurs.

C'est d'ailleurs la logique même de la relation conventionnelle : les parties s'entendent non seulement sur des objectifs quantitatifs et qualitatifs à atteindre, mais aussi sur les moyens financiers nécessaires à la réalisation de ces derniers.

En l'espèce, en prévoyant d'imposer aux gestionnaires de conclure un CPOM, la disposition considérée déséquilibre encore davantage la relation entre le gestionnaire et la puissance publique, en pénalisant le premier.

Les décrets d'application de la loi HPST n'ayant pas encore vu le jour, il est tout à fait possible de revenir en arrière. Mes chers collègues, c'est cette mesure, attendue par les associations de gestionnaires que nous vous proposons d'adopter.

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

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. Monsieur le président, si vous me le permettez, mon explication portera également sur l'amendement n° 88 rectifié.

Ces deux amendements tendent à remettre en cause le caractère obligatoire des CPOM pour les gestionnaires gérant un ensemble d'établissements ou de services excédant un certain seuil.

Premièrement, l'arrêté qui devait fixer ce seuil n'a toujours pas été publié, deux ans et demi après l'adoption de la loi HPST. Madame la ministre, nous souhaitons obtenir des précisions sur ce point.

Deuxièmement, sur le fond, la commission considère que, pour les ensembles d'établissements d'une certaine importance, cette forme de contractualisation a le mérite de permettre une approche plus globale. Les financeurs – qu'il s'agisse de l'assurance maladie ou des départements – peuvent y trouver un intérêt, tout comme les gestionnaires eux-mêmes.

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

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Les CPOM constituent un outil de dialogue de gestion absolument indispensable, et l'idée de les supprimer est tout sauf pertinente.

Nous menons actuellement des travaux destinés à déterminer quel est le seuil adéquat en la matière : mais, sur le principe, une suppression pure et simple des CPOM ne serait pas de bonne politique.

Quant à l'amendement n° 88 rectifié, il constitue un cavalier social qui sera nécessairement repoussé. J'y reviendrai lors de son examen.

M. le président. Madame Pasquet, l'amendement n° 87 rectifié est-il maintenu ?

Mme Isabelle Pasquet. Je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 87 rectifié est retiré.

L'amendement n° 88 rectifié, présenté par M. Watrin, Mmes Cohen et David, M. Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 37

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles est abrogé.

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

Mme Isabelle Pasquet. Je retire cet amendement par cohérence, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 88 rectifié est retiré.

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

L'amendement n° 32 rectifié *bis*, présenté par M. Kerdraon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'article 37

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

« La convention pluriannuelle est conclue pour une durée de cinq ans. Six mois avant son arrivée à échéance, le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé font connaître aux établissements les modalités de renouvellement de la convention pluriannuelle. Si la convention pluriannuelle ne peut pas être renouvelée avant son arrivée à échéance en raison d'un refus de l'établissement, de l'incapacité des parties à s'accorder sur le contenu de la nouvelle convention ou d'un refus de renouvellement par le directeur de l'agence régionale de santé ou le président du conseil général pour des raisons financières, elle fait l'objet d'un avenant de prorogation, d'une durée maximale d'une année au terme de laquelle la convention est renouvelée dans les conditions fixées au présent article ainsi qu'à l'article L. 314-2 du présent code. Cet avenant de prorogation est conclu par les parties signataires de la convention pluriannuelle initiale avant sa date d'échéance. »

La parole est à M. Ronan Kerdraon, rapporteur.

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. La commission des affaires sociales s'est inquiétée des conséquences juridiques du non-renouvellement de certaines conventions tripartites arrivées à échéance. Cette situation n'est pas imputable à une carence des établissements ou à des insuffisances de leur part. Ce sont les pouvoirs publics qui ont ralenti, voire gelé, le rythme de renouvellement des conventions pluriannuelles afin de limiter les engagements financiers nouveaux qui pourraient y être associés au titre de la poursuite de la médicalisation des EHPAD.

Il importe que cette médicalisation, absolument indispensable, soit menée à son terme.

Sur un plan pratique, il paraît contestable que des établissements soient laissés dans un flou juridique en raison de conventions arrivées à échéance et en attente de renouvellement. Une telle situation les met en contradiction avec l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, qui subordonne l'aptitude à accueillir des personnes âgées en perte d'autonomie à la conclusion d'une telle convention.

La commission propose donc, par cet amendement, un avenant de prorogation d'un an au terme duquel la convention pourra être renouvelée dans les conditions du droit commun, cela afin de faciliter la gestion avec les partenaires.

M. le président. L'amendement n° 263 rectifié, présenté par M. Revet et Mme Kammermann, est ainsi libellé :

Après l'article 37

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La durée de la convention pluriannuelle est fixée à cinq ans. Six mois avant l'arrivée à échéance de ladite convention, le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé font connaître aux établissements les modalités de renouvellement de la convention pluriannuelle. Si la convention pluriannuelle ne peut pas être renouvelée avant son arrivée à échéance, en raison soit du refus de l'établissement de renouveler la convention, soit de l'incapacité des parties à s'accorder sur le contenu de la nouvelle convention, soit d'un refus de renouvellement par le directeur de l'agence régionale de santé ou le président du conseil général pour des raisons financières, elle fait l'objet d'un avenant de prorogation, d'une durée maximale d'une année au terme de laquelle la convention pluriannuelle est renouvelée. Cet avenant de prorogation est conclu entre les parties signataires de la convention pluriannuelle initiale, avant sa date d'échéance. »

Cet amendement n'est pas soutenu.

Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 32 rectifié *bis* ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je comprends bien les intentions de la commission, à savoir ne pas occasionner de gêne à des établissements qui pourraient être amenés à ne plus pouvoir accueillir des personnes âgées dépendantes.

Cependant, monsieur le rapporteur, je voudrais attirer votre attention sur un certain nombre de difficultés que pourrait soulever l'adoption de l'amendement que vous venez de présenter.

En cas de litige entre un établissement et l'agence régionale de santé sur un élément clé de la convention, principalement sur le niveau de son PATHOS moyen pondéré, la future commission régionale de coordination sera chargée d'arbitrer. Nous sommes en train d'élaborer un texte sur ce sujet.

Par ailleurs, la solution que vous proposez entraînerait des lourdeurs de gestion, puisque la signature d'un avenant nécessite évidemment celle des trois parties à la convention.

La mesure que vous suggérez ne semble pas nécessaire eu égard aux réalités du terrain. Il n'existe aucun établissement dont le renouvellement de la convention connaît un retard, auquel des moyens aient été refusés ou supprimés. Bien entendu, je m'engage à ce que cela n'arrive pas davantage à l'avenir.

Je rappelle enfin que les nouveaux crédits, à hauteur de 140 millions d'euros, consacrés à la création de 83 000 nouvelles places médicalisées et qui figurent dans l'ONDAM médicosocial, permettront de régulariser la situation d'un grand nombre d'établissements en 2012.

Sous le bénéfice de ces explications, je vous prie, monsieur le rapporteur, de bien vouloir retirer l'amendement n° 32 rectifié *bis*, faute de quoi j'émettrai un avis défavorable.

M. le président. Monsieur le rapporteur, l'amendement n° 32 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. Oui, monsieur le président.

M. le président. Je le mets aux voix.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 37.

L'amendement n° 159, présenté par MM. S. Larcher et Antiste, Mme D. Gillot, MM. Patient, Antoinette, Desplan, Cornano, Vergoz et Mohamed Soilihi, Mme Claireaux et les membres du groupe Socialiste, Apparentés et groupe Europe Écologie Les Verts rattaché, est ainsi libellé :

Après l'article 37

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. René Teulade.

M. René Teulade. Dans les départements d'outre-mer, la situation financière des établissements sociaux et médico-sociaux est tendue du fait notamment du poids plus élevé des charges sociales et fiscales qui pèsent spécifiquement sur eux. Dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité, cette situation spécifique est déjà prise en compte pour les courts séjours hospitaliers ou encore pour la modulation des dotations de soins de suite et de réadaptation, par exemple.

Un coefficient géographique s'applique à ces tarifs et forfaits afin de les corriger en tenant compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste et substantielle le prix de revient de ces prestations. Ce coefficient compense non seulement les écarts de coût du foncier, mais aussi les surcoûts concernant les rémunérations, les régimes indemnitaires particuliers, les loyers, les prestations de services et d'achat.

Ce mécanisme correcteur géographique déjà effectif pour le secteur hospitalier doit être étendu aux établissements sociaux et médico-sociaux.

Dans la ligne de la convergence tarifaire, le présent amendement vise à donner une assise juridique au principe de modulation des tarifs en fonction des critères géographiques ou des statuts. Il s'agit bien, comme vous l'avez affirmé, madame le ministre, lors des débats à l'Assemblée nationale, d'une préoccupation légitime.

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

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. Je ne peux que souscrire à l'explication que vient de fournir M. Teulade et souligner tout l'intérêt de l'amendement qu'il vient de présenter. Par conséquent, la commission émet un avis favorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Une certaine confusion semble exister. Loin de moi l'idée de dire qu'il n'existe pas de différences selon la localisation géographique, et pas simplement entre l'outre-mer et la métropole, mais aussi sur le territoire métropolitain lui-même.

De quoi parlons-nous ? Du forfait soins, qui n'a pas vocation à couvrir les charges immobilières. Par conséquent, les différences de prix constatées en matière foncière ne peuvent entraîner une modulation de celui-ci.

Pour ce qui est du coût des autres prestations, à ce jour aucune étude globale ne nous permet d'ajuster un tel coefficient géographique aux surcoûts réellement supportés par les établissements en fonction de leur implantation géographique. D'ailleurs, nous serions très certainement de nouveau confrontés à des difficultés de zonage ou encore à des mesures de précaution foncière prises par certaines collectivités. Nous imaginons fort bien les différences extrêmement difficiles à analyser que nous aurions à affronter.

Néanmoins, le Gouvernement a modifié l'article 38 du projet de loi de financement de la sécurité sociale de façon à élargir les missions de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, l'ATIH, que vous connaissez bien, mesdames, messieurs les sénateurs. Celle-ci va mener dès le début de l'année prochaine une étude de coût à l'appui de laquelle pourraient être déterminées d'éventuelles modulations géographiques. Je m'engage à ce que les établissements choisis à cette occasion et au sein desquels sera bien entendu représenté l'outre-mer reflètent les différences statutaires et géographiques existantes.

Sous le bénéfice de ces explications, je vous demande, monsieur le sénateur, de bien vouloir retirer votre amendement.

M. le président. Monsieur Teulade, l'amendement n° 159 est-il maintenu ?

M. René Teulade. Oui, monsieur le président.

M. le président. Je le mets aux voix.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 37.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 124 rectifié est présenté par Mmes Cohen et David, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 153 est présenté par M. Le Menn, Mmes Alquier, Archimbaud et Champion, MM. Carvounas et Cazeau, Mmes Claireaux et Demontès, M. Desessard, Mmes Duriez, Génisson et Ghali, MM. Godefroy, Jeannerot, Labazée et J.C. Leroy, Mmes Meunier, Printz et Schillinger, MM. Teulade, Vergoz, Boutant, Camani, Eblé, J. Gillot, Guérini, Guillaume, Haut, Krattinger, Lozach, Madrelle, Mazuir, Miquel, Rome, Vallini et les membres du groupe Socialiste, Apparentés et groupe Europe Écologie Les Verts rattaché.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 37

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La parole est à Mme Isabelle Pasquet, pour présenter l'amendement n° 124 rectifié.

Mme Isabelle Pasquet. En 2010, à l'occasion de l'examen par le Sénat du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, notre collègue Yves Daudigny avait déjà présenté un amendement similaire – qui avait d'ailleurs reçu un large assentiment – considérant que les EHPAD avaient besoin d'un financement spécifique et pérenne pour réaliser les missions de service public qui leur sont dévolues. Malheureusement, faute de majorité, cet amendement n'avait pu être adopté.

En l'absence de financements spécifiques, les établissements n'ont d'autres choix que de supporter sur leurs fonds propres les dépenses liées à la réalisation de ces missions ou d'augmenter leurs tarifs, ce qui accroît considérablement le reste à charge qui doit être supporté par les résidents ou leurs proches.

Si les financements font défaut, les dépenses au sein des EHPAD tendent, elles, à augmenter considérablement, notamment sous l'effet de la médicalisation de ces structures. Ce phénomène, qui à l'heure actuelle croît, ne risque pas de décroître compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie de nos concitoyens. Les quelques financements spécifiques qui sont aujourd'hui prévus soit ne sont pas suffisants, soit ne sont pas pérennes, contrairement aux dépenses.

Ainsi pourraient être financées des dépenses non couvertes par la tarification à la ressource, soit parce qu'elles sont prescrites aux établissements dans le cadre d'un objectif public – les dépenses de formation à la « bientraitance », l'expérimentation de la présence d'infirmières de nuit en EHPAD dans le cadre du plan de développement des soins palliatifs, par exemple –, soit parce qu'elles présentent un caractère non permanent, à l'instar du recrutement de personnels supplémentaires pendant une période de canicule.

Les établissements sociaux et médicosociaux font aujourd'hui l'objet d'une véritable pression en termes de réduction des coûts, à l'image de ce qui existe pour les établissements publics de santé. La convergence tarifaire y produira d'ailleurs certainement les mêmes dégâts.

Afin d'éviter que les effets délétères des mesures imposées à l'hôpital ne se retrouvent dans le secteur médicosocial, il convient donc d'appliquer dès aujourd'hui les financements complémentaires.

M. le président. La parole est à M. Jacky Le Menn, pour présenter l'amendement n° 153.

M. Jacky Le Menn. La reconnaissance et le financement dans le secteur médicosocial, à l'instar de ce qui se fait dans le secteur sanitaire, des missions d'intérêt général permettraient de régler de nombreuses difficultés récurrentes qui perturbent les relations sociales et partenariales dans le secteur social et médicosocial et qui pèsent sur les tarifs et le reste à charge des résidents en EHPAD.

À cette fin, Yves Daudigny avait déposé un amendement dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, amendement d'ailleurs soutenu par des sénateurs siégeant sur les différentes travées de cet hémicycle. Malgré une égalité des voix lors du vote, ce texte n'avait pas été retenu et le Gouvernement avait rejeté cette disposition qui devait trouver sa place, nous avait-on alors indiqué, dans la loi relative à l'autonomie.

Compte tenu de son développement et de sa structuration, le secteur médicosocial nécessite aujourd'hui la détermination d'enveloppes d'intérêt général dédiées à des missions d'intérêt général complémentaires à la mission de ses établissements mais non directement rattachables.

Des forfaits spécifiques et/ou exceptionnels sont destinés à compléter les moyens des établissements concernés pour une période limitée dans le temps ou pour un usage extrêmement spécifique et non directement lié à la mission première de l'établissement.

L'adjonction de forfaits spécifiques en sus des produits de la tarification doit, par ailleurs, éviter de recalculer les tarifs notamment pour les structures à prix de journée. L'intérêt

du forfait spécifique tient à sa finalité, à savoir « solvabiliser » une mesure spécifique ; il s'ajoute au tarif de l'exercice, mais ne le modifie pas. Dans les EHPAD, il évite de majorer les tarifs des résidents, donc de réduire le reste à charge.

De telles enveloppes spécifiques, dont le contenu serait déterminé de façon limitative par arrêté ministériel, devraient permettre le financement des permanents syndicaux nationaux, des évaluations tous les cinq ans, de la gratification des stagiaires, des contrats aidés, des surcoûts entraînés par des événements climatiques – canicule, grand froid, cataclysme naturel –, des études et recherches...

La taille des établissements et services sociaux et médico-sociaux ne leur permet pas toujours, contrairement aux établissements de santé, d'organiser et de gérer eux-mêmes ces activités – politique de formation, contrats aidés, notamment – en parallèle de leur activité principale. Il est par conséquent nécessaire, dans le cadre du développement de la politique de regroupement, de permettre à un groupement de coopération sociale et médicosociale d'émarger sur lesdites enveloppes en contrepartie de l'organisation et de la conduite de ses politiques d'intérêt général.

Un tel dispositif d'enveloppes d'intérêt général permettrait de couvrir dans les EHPAD des dépenses non couvertes par la tarification à la ressource, soit parce qu'elles sont prescrites aux établissements dans le cadre d'un objectif public – dépenses de formation à la « bientraitance », expérimentation de la présence d'infirmières de nuit en EHPAD dans le cadre du plan de développement des soins palliatifs, par exemple –, soit parce qu'elles présentent un caractère non permanent, comme les recrutements supplémentaires rendus nécessaires par une période de canicule.

D'une façon générale, la création d'une enveloppe d'intérêt général permettrait de financer des dépenses diversifiées, telles que l'organisation transversale des politiques de formation et de qualification des personnels, la gratification des stagiaires, etc.

Ce dispositif permettrait de ne pas pénaliser les structures aujourd'hui fortement invitées à s'inscrire dans des logiques de maîtrise des coûts et de convergence tarifaire et de dédier, au sein des différentes enveloppes de crédits limitatifs pour le financement de ces structures, des fonds pour le financement de ces missions d'intérêt général.

Rappelons que, à l'heure actuelle, le financement de ces missions fait l'objet de circulaires annuelles. Par conséquent, les crédits sont disponibles.

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

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. Les auteurs de ces amendements en ont très bien explicité les motivations. Surtout, ces amendements s'inscrivent dans la lignée de ce qu'avait proposé Yves Daudigny l'an dernier. La commission émet donc un avis favorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je voudrais revenir sur la justification de la notion de mission d'intérêt général dans le domaine hospitalier. Les hôpitaux pratiquent la tarification à l'activité, T2A, et on estime fort justement que la rémunération d'un certain nombre de missions d'intérêt général n'est pas assurée dans ce cadre.

La tarification des établissements médico-sociaux ne fonctionne pas selon le principe de la T2A. Or la notion de mission d'intérêt général est liée à la T2A.

Vous proposez donc de créer une sorte de dotation complémentaire, qui permettrait de mieux rémunérer les établissements médico-sociaux. C'est une idée sympathique, certes, mais cela entraînerait une augmentation de l'enveloppe prévue par l'ONDAM pour le secteur médico-social. Cette augmentation n'étant pas gagée, j'ai du mal à comprendre comment cet amendement a pu passer le filtre de l'article 40 de la Constitution...

Le Gouvernement ne peut être favorable à cet amendement, d'autant que, au sein de la partie « médico-social » de l'ONDAM, les crédits du volet relatif aux personnes âgées augmentent dans le contexte actuel de plus de 6 %.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 124 rectifié et 153.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 37.

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

L'amendement n° 152 rectifié, présenté par M. Le Menn, Mmes Alquier, Archimbaud et Campion, MM. Carvounas et Cazeau, Mmes Claireaux et Demontès, M. Desessard, Mmes Duriez, Génisson et Ghali, MM. Godefroy, Jeannerot, Labazée et J.C. Leroy, Mmes Meunier, Printz et Schillinger, MM. Teulade, Vergoz et les membres du groupe Socialistes, Apparentés et groupe Europe Écologie Les Verts rattaché, est ainsi libellé :

Après l'article 37

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. Les travaux actuellement menés par le ministère des solidarités et de la cohésion sociale relativement à la réforme de la tarification des services de soins infirmiers à domicile, SSIAD, pour personnes âgées et personnes handicapées mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles souffrent de l'absence d'une base législative indispensable, support de la mise en application d'un système d'allocation de ressources ajusté selon les besoins en soins requis des patients et l'état de dépendance des personnes accueillies.

Le mode d'allocation de ressources modulé en fonction de l'état des personnes accueillies a été introduit dans le secteur des établissements pour personnes âgées dépendantes à partir de l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles, qui consacre le référentiel PATHOS, mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, et la grille AGGIR, mentionnée à l'article L. 232-2 du même code, comme des éléments de modulation des montants déterminés dans le cadre de la tarification.

En conséquence, une disposition législative analogue doit absolument être adoptée par le Parlement préalablement à la publication d'un décret organisant la nouvelle tarification, s'agissant des services de soins infirmiers à domicile et de toute autre catégorie de structures dont les modalités de détermination des montants de tarification s'effectueraient dans une logique analogue.

Bien évidemment, pour préparer une réforme tarifaire de cette importance, qui amplifierait, tout en renforçant la cohérence, la politique de maintien et soutien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées, il convient que le décret tarifaire soit publié très en amont de la date de mise en œuvre effective, afin qu'il puisse être expliqué aux professionnels.

Par ailleurs, l'article additionnel que nous proposons d'insérer prévoit, dans la continuité des annonces faites par Mme la ministre, que les modalités de la tarification de ces services seront précisées par décret en Conseil d'État avant le 1^{er} janvier 2014, sur la base des résultats de l'étude nationale de coût réalisée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, CNSA, dans le cadre des missions qui lui sont confiées à l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles. En effet, dès lors qu'une réforme tarifaire introduit des éléments de modulation des tarifs sur la base des services rendus à une population donnée, elle doit reposer sur des critères de coûts objectifs et légitimes déterminés à partir d'un échantillon exhaustif de structures et d'un recueil de données construits et validés selon une méthodologie scientifique, ou du moins heuristique.

Il y a lieu de signaler que, deux ans après l'adoption de cette disposition législative prévoyant la réalisation d'une étude nationale de coût par la CNSA, sa mise en œuvre n'a même pas débuté, s'agissant tant des SSIAD que des EHPAD, ou encore des structures pour enfants et adultes handicapés.

M. le président. L'amendement n°266, présenté par M. Revet et Mme Kammermann, est ainsi libellé :

Après l'article 37

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

« La grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 est adaptée ou complétée en tant que de besoin pour correspondre aux situations spécifiques relevant des services visés au 7° du I de l'article L. 312-1.

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

« L'évaluation des besoins en soins requis des personnes accueillies est réalisée par l'infirmier coordonnateur du service, sur la base des grilles nationales visées aux deux premiers alinéas et arrêtées par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale, du Conseil national consultatif des personnes handicapées, du Comité national des retraités et personnes âgées et du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

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

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

Cet amendement n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 152 rectifié ?

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. Cet amendement vise à poser les bases d'un nouveau mode de tarification des SSIAD, en prenant en compte les besoins en soins et l'état de dépendance des personnes concernées. La commission ne peut qu'y être favorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il y a au moins un point sur lequel je suis d'accord avec MM. Le Menn et Kerdraon : la nécessité de réformer la tarification des SSIAD. Toutefois, les mesures que vous proposez, messieurs, seraient contre-productives – c'est le moins qu'on puisse dire.

Les travaux relatifs à la tarification des SSIAD sont en cours. Le modèle de tarification actuellement testé a fait l'objet d'une longue concertation avec les professionnels concernés, et est le fruit d'une enquête réalisée auprès de l'ensemble des SSIAD.

Ce processus de réforme est long, je le sais. Il a débuté en 2007 et a donné lieu à un très grand nombre de réunions avec les acteurs du secteur, en particulier les fédérations représentant les SSIAD.

L'enquête lancée en octobre 2010 – il y a un an, donc – a permis de recueillir les données d'activité de la quasi-totalité des SSIAD existants – 1 859 sur 2 131 – et de tester le modèle construit. Les résultats ont été présentés à la fin du mois de juillet dernier aux fédérations concernées. À l'issue de cette présentation, qui visait également à recueillir les impressions des fédérations, un certain nombre d'observations ont été faites : pénalisation de certains services de taille importante ou situés en zone urbaine ; souhait d'une meilleure prise en compte du temps de transport.

Les échanges se poursuivent donc afin de procéder aux ajustements techniques de l'équation tarifaire permettant de faciliter la prise en charge des patients dont les traitements sont les plus lourds, et de laisser, pour une partie de la dotation, une marge d'adaptation aux spécificités locales. Ce travail doit s'achever dans le courant de l'année 2012.

Les différents amendements que vous proposez occultent complètement le travail effectué en ce moment avec les acteurs du secteur, avec les fédérations, alors même qu'il s'agit d'un sujet extrêmement complexe.

Par ailleurs, parler de besoins en soins requis n'est pas forcément la bonne solution.

En effet, les travaux ont montré que le GIR moyen pondéré soins, le GMPS –, qui agrège le GIR moyen pondéré, GMP, et le PATHOS moyen pondéré, PMP – ne permettait d'expliquer que 9 % des variations de coût existant entre les différents patients pris en charge dans les SSIAD. Ce sont les acteurs du secteur qui l'affirment.

Par ailleurs, le remplissage d'outils estimant le besoin en soins requis ne va pas sans poser des problèmes. De fait, les SSIAD comportent non pas des médecins coordonnateurs, mais des infirmiers et infirmières coordonnateurs, qui ne sont pas formés à l'utilisation d'outils aussi complexes.

C'est pourquoi le modèle de tarification retenu ne fait pas référence à des soins requis mais à des niveaux de déficience ou de dépendance traduisant des états pathologiques : diabète, incontinence urinaire ou fécale, déficience des membres inférieurs, par exemple. Ces items ont fait l'objet de très longs travaux avec les représentants des SSIAD, et notamment les professionnels de terrain, afin de vérifier leur pertinence et leur caractère discriminant.

Je suis donc vraiment très défavorable à l'amendement n° 152 rectifié, monsieur Le Menn, même si je partage vos intentions. En effet, cet amendement vient « percuter » tout le travail accompli par les acteurs de terrain.

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

M. Gérard Dériot. Je souhaite exprimer le soutien apporté par le groupe UMP à la démarche entreprise. Il n'en demeure pas moins que, comme vous venez de le rappeler, madame la ministre, il faut prendre le temps de la concertation avec les acteurs du secteur. C'est pourquoi nous voterons contre cet amendement, même si nous sommes d'accord sur le principe.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 152 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 37.

L'amendement n° 214, présenté par Mme Dini, MM. J.L. Dupont, Marseille, Roche, Vanlerenberghe et les membres du groupe de l'Union Centriste et Républicaine, est ainsi libellé :

Après l'article 37

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« Art. L. 313-6-1. – Sans préjudice des articles L. 7231-1 et L. 7232-1 du code du travail, pour pouvoir prendre en charge des bénéficiaires de l'aide sociale, des allocataires de l'allocation personnalisée d'autonomie ou des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap, les services d'aide et d'accompagnement à domicile non médicalisés doivent obtenir

une autorisation du président du conseil général de leur département d'implantation dans les conditions précisées au présent chapitre. »

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

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

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

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

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

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

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

« 3° Les objectifs de qualification des personnels prenant en compte les conditions techniques de fonctionnement des services d'aide et d'accompagnement à domicile définies par décret pris en application du II de l'article L. 312-1, et le classement pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant du 6° du I du même article L. 312-1 dans la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 ;

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

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

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

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

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

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

La parole est à Mme Muguette Dini.

Mme Muguette Dini. L'objet de cet amendement est de simplifier les règles de création des services polyvalents d'aide et de soins à domicile, SPASAD, ainsi que de conforter leur mission de prévention, en particulier en intégrant cette dimension de leur action à leur dénomination légale.

Les débats relatifs à la dépendance ont mis en évidence l'intérêt de telles structures en termes de coordination de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Créés par un décret du 25 juin 2004, les SPASAD apportent une véritable plus-value, tant pour les usagers que pour les structures : aux usagers, ils offrent une prise en charge globale, avec un interlocuteur unique ; pour les gestionnaires, ils permettent une mutualisation des locaux et de certaines fonctions support, ainsi qu'une meilleure politique sociale pour l'ensemble des salariés.

Pour autant, cette formule ne se développe pas assez sur le terrain. Cela se comprend, puisque les SPASAD dépendent de deux autorités en charge de l'autorisation, de la tarification et du contrôle – l'agence régionale de santé, ARS, et le conseil régional –, auxquelles ils présentent deux budgets distincts répondant à deux logiques tarifaires distinctes.

L'objet du présent amendement est de favoriser la création de SPASAD par une simplification de leur régime juridique, tarifaire et budgétaire. Cet amendement prévoit un régime juridique plus attractif pour les gestionnaires de service, et permet de mieux répondre aux besoins multidimensionnels des personnes en perte d'autonomie : prévention, aides humaines à la vie quotidienne, soins à domicile.

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

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. Cet amendement vise tout d'abord à favoriser la création de SPASAD. Le développement de ces services polyvalents va dans le sens du décroisement que nous appelons tous de nos vœux afin d'améliorer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, *via* un renforcement de la prévention et une priorité accordée au maintien à domicile.

L'amendement n° 214 prévoit également de refonder la tarification des services d'aide à domicile non médicalisés.

Ces services traversent une période extrêmement difficile. Le Gouvernement a annoncé une aide d'urgence de 50 millions d'euros qui sera prélevée, si nous avons bien compris, sur des crédits budgétaires prévus pour lutter contre l'exclusion. Les associations s'inquiètent des modalités de prise en charge de ce fonds. En tout état de cause, sa création n'apportera pas de réponse structurelle à la crise de l'aide à domicile.

L'amendement présenté par Mme Dini substitue un forfait global, dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, à la tarification horaire actuelle, qui a montré ses limites. Ce nouveau mode de tarification a fait l'objet d'un accord entre l'Assemblée des départements de France et la

quasi-totalité des intervenants de l'aide à domicile. La commission estime que cette initiative doit être confortée, et c'est pourquoi elle a émis un avis de sagesse très favorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet amendement comporte en fait deux mesures différentes, qui dépassent largement l'objet décrit.

Cet amendement prévoit tout d'abord un nouveau mode de financement des SPASAD, par trois forfaits : un forfait global relatif aux soins, un forfait globalisé prévu par l'article L. 314-1 du code de l'action sociale et des familles, et un forfait global afférent aux prestations relatives à la prévention et aux missions d'intérêt général. Or l'amendement n'indique aucune source de financement potentielle, alors même que la mission des SPASAD est élargie à la prévention.

Cet amendement prévoit également la modification des modalités de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile, SAAD, à travers les dispositions suivantes : l'obligation faite à ces services prenant en charge des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie, APA, de la prestation de compensation du handicap, PCH, ou de l'aide sociale, d'obtenir une autorisation du président du conseil général – les services agréés, dont les services privés commerciaux seraient donc exclus ; la tarification de ces services par le président du conseil général sous la forme d'un forfait globalisé dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens – il s'agit de la proposition de l'Assemblée des départements de France.

Pour la tarification des services polyvalents d'aide et de soins à domicile, cette proposition est prématurée, comme je m'en suis d'ailleurs, en quelque sorte, déjà expliquée.

D'une part, si une réflexion doit être entreprise sur le dispositif, notamment pour en favoriser le développement, elle doit évidemment l'être au regard des travaux menés en ce moment sur les CIAD, les centres d'information et d'accueil départementaux, et les SAAD, les services d'accompagnement et d'aide à domicile : la réflexion ne saurait être compartimentée.

D'autre part, assigner à ce dispositif qui a déjà des difficultés à mener à bien ses missions des objectifs supplémentaires en termes de prévention est également prématuré, car c'est à l'évidence charger la barque.

S'agissant de la réforme de la tarification des services d'accompagnement et d'aide à domicile, l'amendement vise à imposer la proposition de réforme de l'Assemblée des départements de France, proposition dont je me permets de vous rappeler qu'elle ne fait pas consensus, monsieur Kerdraon. L'ADMR ne représente tout même pas rien dans le secteur de l'aide à domicile et vous ne pouvez pas faire comme si elle n'avait pas refusé de signer la convention proposée par l'ADF !

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Elle n'est pas non plus en totale opposition !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Vous pouvez avoir votre avis sur l'ADMR, monsieur Daudigny, mais, moi, je prends acte de son refus !

Sur ce sujet complexe, nous souhaitons procéder à des expérimentations que nous proposons de « sécuriser » juridiquement dans le cadre du projet de loi de finances.

J'ai à cet égard demandé à Bérengère Poletti, votre collègue député, de réfléchir à des évolutions du mode d'allocation des services autorisés et agréés. Sur la base de ses travaux, nous construirons un cahier des charges de ces expérimentations en concertation avec l'ADF et le secteur de l'aide à domicile.

Je veux vous rassurer, monsieur Kerdraon, s'agissant du fonds d'urgence de 50 millions d'euros pour les services à domicile : nous n'entendons justement pas mener la politique de Gribouille qui consisterait à faire de ce fonds une sorte de guichet ouvert où les services en difficulté viendraient se servir, ce qui conduirait inévitablement, les mêmes causes produisant les mêmes effets, à le mettre en péril.

Il s'agit bien d'un fonds de restructuration qui accompagne, sous l'égide des agences régionales de santé et des conseils généraux concernés, une entreprise de réflexion sur les causes à l'origine des difficultés des services à domicile.

Ces causes, on s'en aperçoit à travers les études que nous avons faites, sont extrêmement multiples et peuvent en outre s'additionner : taille trop faible des services, difficultés de gestion, non pas pour tous, mais pour certains... Des anomalies – je ne les citerai pas ici, car il est inutile de stigmatiser tel ou tel service – ont même été constatées, de même que la dérive de certains services à domicile qui effectuent des prestations ne relevant pas de ce secteur mais bien du service infirmier à domicile.

Nous devons analyser ces causes, les diagnostiquer, remettre les services sur le droit chemin, les aider, bien sûr, dans cette démarche. C'est donc bien une réforme de fond qui est menée et, pour toutes ces raisons, je ne suis pas favorable à l'amendement de Mme Dini.

M. le président. La parole est à Mme Muguette Dini, pour explication de vote.

Mme Muguette Dini. J'ai bien entendu vos explications, madame la ministre, sur cet amendement que je vais retirer, mais qui avait aussi comme objet de donner l'alerte sur la complexité de la situation...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Elle est complexe, c'est certain !

Mme Muguette Dini. ... et sur la nécessité de la simplifier au plus vite.

M. le président. L'amendement n° 214 est retiré.

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

L'amendement n° 33 rectifié, présenté par M. Kerdraon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'article 37

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

La parole est à M. Ronan Kerdraon, rapporteur.

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. L'article 7 de la loi du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi HPST a modifié l'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles afin de préciser que les professionnels libéraux intervenant dans les EHPAD sont présumés ne pas être liés par un contrat de travail avec l'établissement.

Cette précision était apparue nécessaire dans la mesure où certaines URSSAF avaient requalifié ces interventions en tant qu'activités salariées soumises aux charges sociales afférentes. Toutefois, son champ d'application se limite aux EHPAD.

La commission propose d'étendre cette clarification à l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

M. le président. L'amendement n° 215 rectifié, présenté par Mme Dini, MM. J.L. Dupont, Marseille, Roche, Vanlerenberghe et les membres du groupe de l'Union Centriste et Républicaine, est ainsi libellé :

Après l'article 37

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

La parole est à Mme Muguet Dini.

Mme Muguet Dini. Cet amendement repose sur un argumentaire très proche de celui de M. le rapporteur.

La proposition de loi « Fourcade » a institué la présomption selon laquelle les interventions des professionnels médicaux et paramédicaux libéraux en EHPAD ne relèvent pas d'un contrat de travail, et donc pas d'une requalification en salariat avec les charges sociales et fiscales afférentes.

Cette disposition doit aussi pouvoir s'appliquer dans les autres établissements et services sociaux et médicosociaux qui font appel à des interventions de professionnels médicaux et paramédicaux libéraux.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 215 rectifié ?

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. L'amendement de Mme Dini a bien le même objet que celui de la commission, mais, sur un plan strictement rédactionnel, ce dernier nous paraît plus précis puisqu'il vise aussi bien les établissements que les services dans tous les alinéas de l'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles.

Nous demandons donc à Mme Dini de bien vouloir retirer son amendement au profit de l'amendement n° 33 rectifié.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur ces deux amendements ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Sur le plan rédactionnel, l'amendement de Mme Dini me convient mieux. (*Sourires sur le banc des commissions.*) Inutile d'en sourire, madame la présidente : je peux avoir mon avis sur ce point. Aussi, si M. le rapporteur acceptait de retirer l'amendement n° 33 rectifié, je donnerais un avis favorable sur l'amendement n° 215 rectifié. Mais, mesdames, messieurs les sénateurs, ne vous faites pas d'illusion : il s'agit d'un pur

cavalier social et je m'étonnerais, dans les deux cas, que cette affaire puisse prospérer... (*Sourires sur les travées de l'UMP et de l'UCR.*)

M. le président. Monsieur le rapporteur, l'amendement n° 33 rectifié est-il retiré ?

M. Ronan Kerdraon. Non, je le maintiens, monsieur le président.

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

Mme Catherine Procaccia. J'ai vraiment le sentiment que ne voter aucun amendement sur lequel Mme la ministre aura émis un avis favorable est devenu une question de principe. Nous n'étions pas habitués à des positionnements aussi politiques à la commission des affaires sociales ! Mme la ministre vient d'émettre un avis favorable sur un amendement et, évidemment, la commission maintient l'autre ! Je suis étonnée d'une telle attitude.

M. le président. La parole est à M. Ronan Kerdraon, rapporteur.

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. Nous n'allons pas disserter pendant des heures sur ces amendements, mais en tout cas, madame Procaccia, ne voyez pas malice dans ce qui n'est tout simplement que le maintien par la commission de son amendement !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 33 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 37, et l'amendement n° 215 rectifié n'a plus d'objet.

Article 37 bis (nouveau) (priorité)

- ① I. – Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2012 et pour une période n'excédant pas cinq ans, dans le cadre de projets pilotes mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux.
- ② Les expérimentations sont mises en œuvre par convention entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, ainsi que les professionnels de santé, les établissements hospitaliers et les établissements sociaux et médico-sociaux volontaires.
- ③ Le cahier des charges des expérimentations est arrêté par les ministres chargés de la santé, des affaires sociales et de la sécurité sociale.
- ④ II. – Pour la mise en œuvre des expérimentations mentionnées au I et portant sur de nouveaux modes de coordination des soins pour prévenir l'hospitalisation et gérer la sortie d'hôpital des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, il peut être dérogé aux règles de facturation et de tarification mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie, aux 1°, 2°, 6° et 9° de l'article

L. 321-1 du même code en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie, à l'article L. 162-2 du même code en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade et aux articles L. 322-2 et L. 322-3 du même code, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

- ⑤ Les dépenses à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de ces expérimentations sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3 du même code.
- ⑥ III. – Les agences régionales de santé, les collectivités territoriales, les organismes de sécurité sociale, les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime et les entreprises régies par le code des assurances associés aux projets pilotes transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie incluses dans les projets pilotes. Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention.
- ⑦ IV. – En vue d'une généralisation, une évaluation annuelle de ces expérimentations, portant notamment sur la patientèle prise en charge, le nombre de professionnels de santé qui y prennent part et sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués ainsi que sur la qualité de ces soins, est réalisée par les agences régionales de santé en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie et les établissements hospitaliers participant aux expérimentations. Cette évaluation est transmise au Parlement avant le 1^{er} octobre.

M. le président. L'amendement n° 236, présenté par M. Milon, Mmes Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mmes Cayeux et Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mme Giudicelli, M. Gournac, Mmes Hummel, Jouanno et Kammermann, MM. Laménie, Lorrain et Pinton, Mme Procaccia et MM. Savary et Villiers, est ainsi libellé :

I. - Alinéas 1 et 4

Après le mot :

hospitalisation,

insérer les mots :

en établissement de santé avec hébergement

II. – Alinéa 7, première phrase

Après les mots :

la patientèle prise en charge,

insérer les mots :

les modalités de cette prise en charge,

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Le présent amendement vise à préciser l'article 37 *bis*.

En effet, si à juste raison le texte vise à éviter des hospitalisations avec hébergement à des personnes âgées qui peuvent être déstabilisées par cette rupture avec leur environnement habituel, il laisse supposer que toutes les formes d'hospitalisation sont à éviter.

Or, depuis la loi HPST, existent des formes d'hospitalisation qui sont sans hébergement et qui de ce fait ne présentent pas les inconvénients de l'hospitalisation conventionnelle pour cette population fragile. Ainsi en est-il de l'hospitalisation à domicile, qui permet de pratiquer, au domicile ou à son substitut tels que les EHPAD, des soins de type hospitalier.

Cette précision permet de rappeler aux personnels des EHPAD que cette possibilité existe et mérite d'être développée.

Il est à noter que le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, dans son rapport du 23 juin 2011, positionne l'hospitalisation à domicile comme l'un des moyens d'optimiser les parcours de soins entre EHPAD et hôpital pour les personnes âgées atteintes de pathologies lourdes.

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

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. La commission a entendu Mme Catherine Procaccia : elle donne un avis favorable à l'amendement de M. Milon. *(Sourires.)*

Mme Muguet Dini. Ce n'est pas juste ! *(Nouveaux sourires.)*

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. Cet amendement précise en effet utilement que les expérimentations prévues ont vocation à prévenir l'hospitalisation avec hébergement, et non pas toute forme d'hospitalisation, afin de souligner l'intérêt du développement de l'hospitalisation à domicile.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la cohésion sociale, chargée de la famille. Je remercie M. Milon d'avoir déposé cet amendement, auquel le Gouvernement est favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 236.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je constate que cet amendement a été adopté à l'unanimité des présents.

L'amendement n° 356, présenté par M. Kerdraon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. - Alinéa 2

Remplacer les mots :

et les établissements sociaux et médico-sociaux

par les mots :

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

II. - Alinéa 7, première phrase :

Remplacer les mots :

les agences régionales de santé en liaison avec

par les mots :

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

La parole est à M. Ronan Kerdraon, rapporteur.

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. Cet article 37 bis, qui a été inséré à l'Assemblée nationale, se situe dans la droite ligne des observations du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans sa contribution au débat sur la dépendance des personnes âgées. Il s'agit en effet de mieux coordonner les différents modes de prise en charge à domicile, en établissements et, le cas échéant, en hospitalisation.

La commission soutient la démarche consistant à expérimenter de nouveaux modes d'organisation des soins, mais son amendement vise à apporter deux précisions.

Tout d'abord, il tend à permettre l'association des collectivités territoriales volontaires à ces expérimentations. Nous pensons, bien entendu, aux conseils généraux, mais aussi aux centres communaux d'action sociale.

Ensuite, nous proposons de confier à la Haute autorité de santé plutôt qu'aux seules ARS l'évaluation des expérimentations. Il entre en effet dans les missions de la Haute autorité de santé de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins afin d'améliorer leur qualité, en établissements comme en médecine de ville.

Par ailleurs, nous nous interrogeons sur la latitude dont disposeront les ARS pour conduire les expérimentations.

Nous souhaiterions en outre des précisions de la part du Gouvernement, car l'article prévoit certaines dérogations aux règles habituelles de rémunération et de tarification. Par exemple, sera-t-il possible de financer sur des crédits hospitaliers de fonctionnement des places d'hébergement temporaire en EHPAD dans le cadre des sorties d'hospitalisation, ce qui paraît aller dans le sens de la logique des expérimentations ?

Autre question : sera-t-il possible de rémunérer un hôpital pour l'intervention de médecins gériatres hospitaliers auprès de professionnels du secteur de la médecine de ville ?

En d'autres termes, nous souhaiterions savoir jusqu'où ira le décloisonnement des enveloppes financières, qui est le corollaire indispensable du décloisonnement des prises en charge.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Le Gouvernement souhaite limiter le nombre des acteurs qui porteront les expérimentations afin de préserver le caractère opérationnel de celles-ci.

L'expérimentation est aujourd'hui basée sur le référentiel de la Haute autorité de santé. Encourager les ARS à s'en inspirer me semble être une bonne chose et il me paraît nécessaire de s'appuyer sur l'expertise de la Haute autorité de santé dans la conduite de l'évaluation des expérimentations.

Quant à l'association d'organismes externes, je tiens à dire que nous devons, certes, nous concerter, mais nous devons aussi aller plus vite.

Votre amendement, monsieur le rapporteur, ralentirait les choses, et c'est pourquoi j'y suis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 356.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 37 bis, modifié.

(L'article 37 bis est adopté.)

Article 37 ter (priorité)

Avant le 30 juin 2012, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les charges fiscales et sociales résultant des différentes obligations législatives et réglementaires auxquelles sont soumis les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes et les services de soins infirmiers à domicile en fonction de leur statut juridique. – *(Adopté.)*

Article additionnel après l'article 37 ter (priorité)

M. le président. L'amendement n° 34, présenté par M. Kerdraon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'article 37 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

« a) Des dépôts de garantie reçus des résidents ;

« b) Des fonds déposés par les résidents ;

« c) Des recettes des activités annexes ;

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

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

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

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

La parole est à M. Ronan Kerdraon, rapporteur.

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. Cet amendement vise à assouplir les possibilités de gestion de trésorerie des établissements publics sociaux et médico-sociaux. Ceux-ci peuvent en effet disposer d'une trésorerie importante, du fait notamment des règlements des prix de journée effectués en début de mois par leurs résidents. Or la rigidité des dispositions applicables rend cette trésorerie improductive, alors même que ces établissements sont confrontés à des besoins d'investissement pour se mettre aux normes de sécurité et améliorer la qualité de la prise en charge. En la matière, les établissements publics de santé bénéficient, eux, d'une plus grande souplesse de gestion.

L'amendement tend à autoriser ces établissements, dans des conditions très encadrées, à placer la trésorerie provenant des dépôts de garantie reçus des résidents, des fonds déposés par les résidents, des recettes des activités annexes et des recettes d'hébergement perçues du résident dans la limite d'un mois des recettes de l'espèce. D'une part, ces placements ne

pourront être effectués qu'en titres nominatifs ou en valeurs admises par la Banque de France. D'autre part, ces opérations seront réalisées sous le contrôle des comptables publics, en application du principe de séparation entre l'ordonnateur et le comptable. En outre, les produits financiers réalisés seraient obligatoirement affectés à des opérations d'investissement.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Actuellement, la liberté de placement des établissements publics dans le secteur sanitaire ne concerne que le produit des recettes issues de leur activité subsidiaire et non l'ensemble des ressources dont ils bénéficient. La mise en œuvre de cette proposition ne paraît donc pas opportune.

Monsieur le rapporteur, pensez-vous pertinent de confier une nouvelle mission aux établissements publics ? Placer des fonds requiert une expertise : il serait donc nécessaire de recruter, et ce au détriment du personnel de soins. En outre, cela pourrait inciter les établissements à diriger leurs dispositions financières vers des emprunts toxiques. (*M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales s'exclame.*) On peut l'imaginer. Ce serait ainsi les mettre en danger.

C'est la raison pour laquelle le Gouvernement demande le retrait de cet amendement ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

M. le président. Monsieur le rapporteur, l'amendement n° 34 est-il maintenu ?

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. Madame la secrétaire d'État, si je comprends parfois les motivations qui animent le Gouvernement, sur ce sujet, votre position me surprend. Il s'agit seulement d'offrir de la souplesse de gestion aux établissements publics sociaux et médico-sociaux, sur le modèle de ce qui se passe pour les établissements hospitaliers. Ainsi, cela permettrait aux EHPAD, qui connaissent quelques difficultés, d'investir pour le bien de leurs résidents.

Par conséquent, je maintiens cet amendement.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Madame la secrétaire d'État, je ne comprends pas votre réaction. Personne ne peut imaginer qu'un sénateur ignore la crise que traverse aujourd'hui le monde de la finance au point de proposer que des établissements publics sociaux ou médicosociaux puissent souscrire des emprunts toxiques sur les marchés européens ou mondiaux !

Il s'agit ici de savoir comment gérer au mieux des trésoreries. La proposition de la commission est donc d'une extrême sagesse et s'appuie sur le modèle des hôpitaux. Cette mesure, raisonnable et de bon sens, permettrait aux établissements publics sociaux et médico-sociaux de générer des recettes.

Ne caricaturons pas ! Essayons plutôt d'être constructifs.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 34.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 37 *ter*.

Article 38 (priorité)

- ① L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Le I est ainsi modifié :

③ a) Au *a* bis du 1, l'année : « 2011 » est remplacée par l'année : « 2012 » et le taux : « 12 % » est remplacé par le taux : « 13 % » ;

④ b) Au *a* bis du 2, l'année : « 2011 » est remplacée par l'année : « 2012 » et le taux : « 38 % » est remplacé par le taux : « 39 % » ;

⑤ c) (*nouveau*) Au dernier alinéa, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « et la dotation versée à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation mentionnée à l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, pour la réalisation d'études sur les coûts des établissements et services mentionnés à l'article L. 314-3-1 du présent code, » ;

⑥ 2° Le III est ainsi modifié :

⑦ a) Au dernier alinéa, le taux : « 38 % » est remplacé par le taux : « 40 % » ;

⑧ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

⑨ « Pour l'année 2012, ce taux est fixé à 39 % . » ;

⑩ 3° Aux *a* bis et *b* bis du V, l'année : « 2011 » est remplacée par l'année : « 2012 » et le taux : « 2 % » est remplacé par le taux : « 1 % » .

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Pasquet, sur l'article.

Mme Isabelle Pasquet. Je souhaite profiter de l'examen de cet article, qui porte à 2 % le montant de la contribution de solidarité pour l'autonomie attribué en 2012 au plan d'aide à l'investissement de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CNSA, dans le secteur médico-social, pour évoquer la situation des centres d'action médico-sociale précoce, les CAMSP. Ceux-ci jouent un rôle majeur pour les familles, puisqu'ils ont pour objectif d'améliorer l'information et l'accompagnement des enfants et de leurs familles, dès lors qu'il y a doute ou risque susceptible d'entraîner un retentissement sur le développement de l'enfant, ralentissements moteurs, sensoriels, ou encore problèmes psychiques ou de communications.

Concrètement, les équipes pluridisciplinaires qui composent ces CAMSP tentent de déterminer les causes responsables des difficultés que rencontrent ces jeunes enfants. C'est après, en fonction des études réalisées, que l'équipe propose aux parents un projet thérapeutique individuel ou de groupe dont la finalité est de permettre une meilleure intégration du jeune enfant dans un cadre que l'on pourrait qualifier de non spécialisé.

Aujourd'hui, les centres d'action médico-sociale précoce, qui prennent en charge de jeunes enfants jusqu'à six ans, sont financés à hauteur de 80 % par l'assurance maladie, les 20 % restants étant par les conseils généraux au titre de la PMI. Cette situation est la conséquence de la loi d'orientation en faveur des handicapés de 1975, créant des centres d'action médico-sociale précoce, et des lois de décentralisation.

Ce double financement ne nous semble plus opportun aujourd'hui. Le rapport Jamet remis au mois d'avril 2010 préconisait dans sa vingt-quatrième proposition de supprimer certains cofinancements, citant expressément les CAMSP.

L'enjeu est de taille pour les départements qui subissent actuellement les conséquences financières d'une politique de transferts de missions ou de dépenses sans jamais obtenir les financements correspondants. Tout cela conduit les départe-

ments à se retrouver dans la situation de « quasi-opérateurs de l'État », gérant des dispositifs mis en place par le législateur et les finançant partiellement.

Nous avons déposé sur ce sujet un amendement qui visait à organiser les transferts financiers nécessaires afin que les départements n'assument plus ces dépenses. Malheureusement, il a été frappé d'irrecevabilité au titre de l'article 40 de la Constitution, nous ne pourrions donc plus en débattre. Il s'agit pourtant d'une véritable préoccupation pour les départements, qui supportent de plus en plus les frais financiers liés à la politique du handicap, comme l'atteste la dette de l'État à l'égard des départements au titre de la prestation de compensation du handicap, la PCH.

M. le président. Je mets aux voix l'article 38.

(L'article 38 est adopté.)

M. le président. Je constate que cet article a été adopté à l'unanimité des présents.

Articles additionnels après l'article 38 (priorité)

M. le président. L'amendement n° 155, présenté par M. Le Menn, Mmes Alquier, Archimbaud et Campion, MM. Carvounas et Cazeau, Mmes Claireaux et Demontès, M. Desessard, Mmes Duriez, Génisson et Ghali, MM. Godefroy, Jeannerot, Labazée et J.C. Leroy, Mmes Meunier, Printz et Schillinger, MM. Teulade, Vergoz, Boutant, Camani, Eblé, J. Gillot, Guérini, Guillaume, Haut, Krattinger, Lozach, Madrelle, Mazuir, Miquel, Rome, Vallini et les membres du groupe Socialiste, Apparentés et groupe Europe Écologie Les Verts rattaché, est ainsi libellé :

Après l'article 38

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. Nous le savons, 40 000 établissements et services vont devoir procéder à leurs évaluations externes. Le coût de cette opération, si elle est menée par des organismes agréés par l'ANAESM, se situe entre 10 000 euros et 20 000 euros.

L'amendement vise à permettre de procéder à l'évaluation commune de plusieurs services complémentaires gérés par le même organisme gestionnaire.

À titre d'exemple, pourquoi évaluer en 2011 un institut médico-éducatif, ou IME, et en 2013 son service d'éducation spécialisée et de soins à domicile, ou SESSAD, sachant que

chaque évaluation devra s'assurer que l'IME collabore dans le cadre de l'intégration scolaire des jeunes handicapés avec le SESSAD et que le SESSAD collabore bien lui aussi avec les IME, les classes d'intégration scolaire, ou CLIS, et les unités pédagogiques d'intégration, ou UPI ?

Il semble pertinent d'évaluer ces institutions complémentaires ensemble et en même temps lorsqu'elles sont gérées par le même organisme gestionnaire, afin d'éviter les doublons et de réaliser des économies.

Il ne s'agit pas, avec cette évaluation commune d'établissements et services complémentaires, d'arriver à une évaluation moyenne, où un établissement mal géré serait sauvé par plusieurs autres établissements excellemment gérés.

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

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. La commission a été particulièrement sensible à l'intérêt de cet amendement, dont l'adoption permettrait de procéder, dans certains cas bien précis, à une évaluation d'un ensemble d'établissements ou de services plutôt qu'à une série d'évaluations distinctes.

Cela paraît logique lorsque des établissements et services relèvent d'un même contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. C'est également judicieux lorsqu'existe une continuité de prise en charge des usagers entre plusieurs établissements.

Un décret précisera les situations dans lesquelles il pourrait être procédé à une évaluation commune.

Je relève également que les auteurs de cet amendement ont pris la précaution de préciser que cette recommandation s'adresse à chaque établissement, ce qui signifie bien que l'évaluation commune s'appuie sur un examen de la situation de chaque établissement ou service.

Pour toutes ces raisons, la commission émet un avis favorable sur cet amendement.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Le périmètre de l'évaluation des activités et de la qualité des prestations rendue obligatoire par l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, aux fins de renforcer l'effectivité des droits des usagers est bien celui de l'établissement ou du service.

C'est donc une évaluation par site qui doit rendre compte de la qualité des prestations rendues et non l'évaluation d'ensemble que vous proposez, monsieur le sénateur. En effet, la complémentarité que vous évoquez renvoie à une cohérence de prise en charge entre établissements, alors que ceux-ci conservent une activité et des prestations propres, comme en attestent les projets d'établissements ou de services. Il en va de même pour les établissements signataires d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui peuvent relever de champs d'activités différents.

La mutualisation et la contractualisation ne modifient pas le périmètre de l'évaluation de la qualité, qu'elle soit externe ou interne. Cette évaluation porte bien sur des activités et sur la qualité des prestations délivrées par chaque établissement.

En fait, l'adoption de cet amendement amoindrirait l'évaluation de la qualité des prestations rendues aux usagers des services.

C'est la raison pour laquelle le Gouvernement émet un avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Jacky Le Menn, pour explication de vote.

M. Jacky Le Menn. Le but n'est pas de diminuer une évaluation qualitative à laquelle les gestionnaires d'établissement, comme nous-mêmes, sont très attachés. Il s'agit seulement dans le cas où ces évaluations concernent un ensemble d'établissements gérés par un même gestionnaire, d'optimiser cette opération en termes de coût ! J'ai pris deux exemples pour illustrer mon propos, l'IME et le SESSAD. Il est tout à fait possible de réaliser une bonne évaluation de site à un coût réduit. Tel est précisément l'objectif de cet amendement, madame la secrétaire d'État, objectif que nous devrions pouvoir partager.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 155.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 38.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 128 est présenté par Mmes Cohen et David, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 156 est présenté par M. Le Menn, Mmes Alquier, Archimbaud et Campion, MM. Carvounas et Cazeau, Mmes Claireaux et Demontès, M. Desessard, Mmes Duriez, Génisson et Ghali, MM. Godefroy, Jeannerot, Labazée et J.C. Leroy, Mmes Meunier, Printz et Schillinger, MM. Teulade, Vergoz, Boutant, Camani et Eblé, Mme D. Gillot, MM. Guérini, Guillaume, Haut, Krattinger, Lozach, Madrelle, Mazuir, Miquel, Rome, Vallini et les membres du groupe Socialiste, Apparentés et groupe Europe Écologie Les Verts rattaché.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 38

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à Mme Laurence Cohen, pour présenter l'amendement n° 128.

Mme Laurence Cohen. Cet amendement a pour objet d'insérer un article après l'article L. 318-1 du code de l'action sociale et des familles, lequel instaure un mécanisme d'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux. Ces évaluations sont de deux ordres, interne et externe.

Or tout cela à un coût financier important puisque, selon différentes associations de gestionnaires, l'évaluation externe de 35 000 établissements et services médico-sociaux devrait coûter 350 millions d'euros, somme qui pourrait reposer exclusivement sur l'assurance maladie.

Cela n'est pas souhaitable et il serait opportun que l'ensemble des financeurs contribuent financièrement à ces évaluations, dès lors que ces dernières portent sur des éléments essentiels, tel le projet de vie. Ce cofinancement est important.

C'est la raison pour laquelle, mes chers collègues, nous vous invitons à adopter cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Jacky Le Menn, pour présenter l'amendement n° 156.

M. Jacky Le Menn. Le financement des évaluations dans les EHPAD, dont la création est antérieure à la loi du 2 janvier 2002 qui les a mises en place, n'a pas été précisé.

L'évaluation de ces établissements va concerner leurs projets de soins comme leurs projets de vie. Il doit en être de même pour les foyers et services médicalisés pour adultes handicapés.

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

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. Il nous semble particulièrement judicieux de prévoir une répartition de l'amortissement des coûts d'évaluation entre les différentes sections du budget des établissements. La commission a donc émis un avis favorable.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Je suis défavorable à ces amendements, qui visent à faire peser, d'une part, sur les financeurs de certains établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées, et, d'autre part, sur les personnes âgées dépendantes elles-mêmes, une partie des charges liées à l'évaluation de la prise en charge par les EHPAD et de la qualité de leur activité, rendue obligatoire par la loi du 2 janvier 2002.

L'adoption de ces amendements aboutirait donc à créer une charge nouvelle, sans que soit apporté aucun élément d'appréciation de son impact budgétaire, notamment pour les collectivités territoriales, qui sont co-financeurs de ces établissements.

Fixer de la sorte de nouvelles règles à l'échelon national, méconnaîtrait les principes de la décentralisation et de la déconcentration de la tarification, tout en nuisant à la qualité de ce dialogue de gestion et à la responsabilité des acteurs sur le terrain.

Aussi, il importe qu'une répartition réglementaire nationale des modalités de financement de cette obligation soit discutée d'abord localement, dans le cadre du dialogue de gestion qui se noue évidemment entre les autorités locales compétentes et le directeur de l'établissement. Cette discussion permettra de tenir compte des réalités locales, telles qu'elles sont appréciées par les différentes autorités de tarification et les gestionnaires des établissements.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 128 et 156.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 38.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 129 est présenté par Mmes Cohen et David, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 157 est présenté par M. Le Menn, Mmes Alquier, Archimbaud et Campion, MM. Carvounas et Cazeau, Mmes Claireaux et Demontès, M. Desessard, Mmes Duriez, Génisson et Ghali, MM. Godefroy, Jeannerot, Labazée et J.C. Leroy, Mmes Meunier, Printz et Schillinger, MM. Teulade, Vergoz, Boutant, Camani et Eblé, Mme D. Gillot, MM. Guérini, Guillaume, Haut, Krattinger, Lozach, Madrelle, Mazuir, Miquel, Rome, Vallini et les membres du groupe Socialiste, Apparentés et groupe Europe Écologie Les Verts rattaché.

Ces amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 38

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

La parole est à Mme Isabelle Pasquet, pour présenter l'amendement n° 129.

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

Les lieux de vie et d'accueil reçoivent des jeunes handicapés et des jeunes en rupture qualifiés « d'incasables » dans les autres institutions. Ils répondent à des besoins interdépartementaux et sont financés par les institutions « envoyeuses ».

Les soumettre à appel à projets revient à leur imposer une démarche administrative trop lourde et donc à prendre le risque que des retards ne s'accumulent.

Vous le savez, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, il s'agit d'établissements de petite taille qui supportent mal le durcissement du cadre juridique. Or, à ce jour, le cahier des charges spécifiques sur les structures expérimentales n'est toujours pas publié, deux ans après l'adoption de la loi HPST.

Comme le rappelle l'Assemblée des départements de France, très sensibilisée sur le sujet, lorsqu'il y a un projet innovant, ses promoteurs contactent en amont les financeurs et décideurs publics afin de les convaincre. Il s'agit d'ailleurs d'un processus itératif, les parties prenantes proposant des ajustements mutuels.

Ce n'est qu'au terme de cet échange, après que les différents partenaires ont pu s'entendre, que les projets peuvent aboutir.

L'instauration d'un mécanisme d'appel à projets est donc forcément mal venue, puisqu'il rend impossible cette logique de gré à gré.

Pour toutes ces raisons, mes chers collègues, nous vous invitons à adopter cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Jacky Le Menn, pour présenter l'amendement n° 157.

M. Jacky Le Menn. Cette nouvelle procédure d'appel à projets s'avère inadaptée à certaines catégories d'établissements et services, qui sont d'ailleurs peu nombreuses.

Ces structures sont petites, souvent même très petites – trois à dix places – et ne peuvent supporter les coûts financiers induits par de telles procédures, par ailleurs impropres à ces cas d'espèce.

Des appels à projets dans ces catégories, qui ne peuvent être que très ciblés, vont créer une insécurité juridique au regard des règles de mise en concurrence.

Cet amendement vise à exclure de la procédure d'appel à projets les lieux de vie et d'accueil, les structures expérimentales ainsi que les groupes d'entraide mutuelle qu'un autre amendement inscrit dans la nomenclature des services médico-sociaux.

Le cahier des charges spécifique sur les structures expérimentales, qualifié par certains d'« objet administratif inaccessible », n'est toujours pas publié plus de deux ans après le vote de la loi HPST.

Aussi, le champ des appels à projets devrait être revu, sachant que les modalités de la prise en charge de certains types de handicaps, tels que l'autisme ou les lésions cérébrales, ont d'abord fait l'objet d'expérimentations.

Dans la pratique administrative habituelle, lorsqu'il y a un projet innovant, ses promoteurs contactent en amont les financeurs et décideurs publics afin de les convaincre. Il s'agit d'ailleurs d'un processus itératif, les promoteurs et les pouvoirs publics proposant des ajustements mutuels. C'est lorsque les différents partenaires partagent globalement la même conception d'un projet innovant que la procédure d'autorisation de droit commun est alors engagée.

D'ailleurs, le passage devant les comités régionaux d'organisation sociale et médico-sociale, les CROSMS, s'avère souvent pénible pour les promoteurs innovants et l'administration rapporteur, puisque la défense d'intérêts catégoriels, la peur de voir arriver des concurrents, la remise en cause de certains modes de prise en charge entraînent des oppositions conservatrices, dans un système où la cooptation est souvent très prégnante.

La procédure d'appel à projets innovants ne devrait pas être plus favorable aux innovations et expérimentations. Aussi, un traitement de gré à gré, hors appels à projets, devrait être retenu.

Les lieux de vie et d'accueil reçoivent des jeunes handicapés et des jeunes en rupture qualifiés « d'incasables » dans les autres institutions. Ils répondent à des besoins interdépartementaux et sont financés par les institutions « envoyeuses ». Plus de deux ans après la loi HPST, le décret d'application relatif à ces lieux de vie et d'accueil n'est toujours pas paru.

Il s'agit donc d'une simplification administrative qui doit entraîner des économies de gestion, compte tenu de la lourdeur du dispositif d'appel à projets tant pour ces structures que pour les autorités administratives.

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

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. Les deux orateurs qui se sont succédé ont très bien posé la question de savoir si la procédure d'appel à projets est véritablement la mieux adaptée tant pour les structures les plus petites que pour les structures expérimentales. La commission a émis un avis de sagesse positive.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Madame Pasquet, monsieur Le Menn, s'agissant de la tarification des lieux de vie et d'accueil, je vous précise que le projet de décret a été transmis à l'Assemblée des départements de France et qu'une première réunion avec les services ministériels a été programmée à cet effet.

Ces amendements sont, me semble-t-il, contre-productifs, car toutes les structures qui veulent s'étendre doivent bien sûr répondre à des appels d'offres. Nous ne devons pas prévoir de dérogations. D'ailleurs, l'adoption de votre proposition

créerait vraisemblablement une inégalité de traitement entre les différentes catégories d'établissements, de nature à compromettre la sécurité juridique des autres procédures d'appel à projets.

Par ailleurs, d'après une enquête récente des services de Mme Bachelot-Narquin, ministre des solidarités et de la cohésion sociale, cette procédure d'appel à projets, à laquelle vous souhaitez apporter des exceptions, est bien acceptée par les acteurs chargés de sa mise en œuvre. Ils estiment qu'elle fait gagner en transparence et en efficacité la gestion des autorisations.

Faut-il, dès lors, revenir en arrière? Sincèrement, je ne le crois pas, d'autant que cette procédure est encore en phase d'appropriation par les acteurs du système.

Aujourd'hui, seules cinquante procédures d'appel à projets ont été recensées par les ARS, et moins de 10 % des conseils généraux ont publié un calendrier prévisionnel des projets programmés. Il est, nous semble-t-il, essentiel de poursuivre l'accompagnement de l'ensemble des acteurs dans leur prise en main du dispositif, dans un cadre juridique stabilisé. Ce travail, en direction notamment des ARS, est en cours, avec l'appui d'une mission de l'IGAS.

Je suis donc défavorable aux deux amendements.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 129 et 157.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 38.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 127 est présenté par Mmes Cohen et David, MM. Warrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 154 est présenté par M. Le Menn, Mmes Alquier, Archimbaud et Campion, MM. Carvounas et Cazeau, Mmes Claireaux et Demontès, M. Desessard, Mmes Duriez, Génisson et Ghali, MM. Godefroy, Jeannerot, Labazée et J.C. Leroy, Mmes Meunier, Printz et Schillinger, MM. Teulade, Vergoz, Boutant, Camani, Eblé, J. Gillot, Guérini, Guillaume, Haut, Krattinger, Lozach, Madrelle, Mazuir, Miquel, Rome, Vallini et les membres du groupe Socialiste, Apparentés et groupe Europe Écologie Les Verts rattaché.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 38

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à Mme Laurence Cohen, pour présenter l'amendement n° 127.

Mme Laurence Cohen. Au travers de cet amendement, que le groupe CRC a déjà présenté, notamment dans le cadre de l'examen par le Sénat du projet de loi HPST, nous proposons d'exonérer de la procédure d'appel à projets les transforma-

tions, les mutualisations de moyens et les extensions de capacité programmées dans le cadre d'un contrat pluriannuel, ainsi que les transformations d'agrément d'établissements existants.

En effet, soumettre ces changements à appel à projets, donc à la remise d'un nouvel agrément se substituant au précédent, aura inévitablement pour conséquence de les ralentir et de les soumettre à une forme de précarité qui n'est pas souhaitable, compte tenu des enjeux.

Par ailleurs, il semblerait que, du fait de ces mécanismes, certaines transformations ne soient pas possibles. Je pense, par exemple, à la requalification des places dans des structures pour jeunes handicapés accueillant des adolescents de plus de seize ans en maison d'accueil spécialisé ou en foyer d'accueil médicalisé.

Je n'ignore pas que le décret prévoit un seuil de 30 % de la capacité en deçà duquel la procédure n'est pas imposée. Toutefois, les acteurs de terrain nous ont fait part de difficultés réelles, dont nous devons tenir compte si nous ne voulons pas que les personnes accueillies dans ces services et établissements soient sanctionnées. C'est la raison pour laquelle nous avons déposé cet amendement.

M. le président. La parole est à M. René Teulade, pour présenter l'amendement n° 154.

M. René Teulade. Il convient de rechercher des économies d'échelle et des gains de productivité dans le cadre d'un jeu que l'on pourrait qualifier de gagnant-gagnant pour les financeurs, les gestionnaires et les bénéficiaires.

Aussi, il serait pertinent d'exonérer de la procédure d'appel à projets les transformations, les mutualisations de moyens et les extensions de capacité programmées dans le cadre d'un contrat pluriannuel, ainsi que les transformations d'agrément d'établissements existants.

À défaut, nous risquerions d'observer bientôt des appels à projets de pure forme, pour mener à bien des opérations sur le bien-fondé desquelles tout le monde s'accorderait par ailleurs.

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

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. La commission a été particulièrement sensible au souci de pragmatisme exprimé par les auteurs de ces deux amendements. Elle considère que l'existence d'un CPOM, dont la vocation est précisément d'encourager l'optimisation des moyens, mérite d'être prise en compte et rend beaucoup moins pertinente la procédure d'appel à projets dans les cas de transformation, de mutualisation ou d'extension de capacité. L'avis de la commission est donc favorable sur ces amendements.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Madame Cohen, monsieur Teulade, si j'ai bien compris, vous me demandez tout simplement d'ajouter une exception à la procédure récente d'appel à projets, sans que votre proposition ait fait l'objet d'une analyse ou même d'une concertation.

Monsieur Teulade, vous avez évoqué un ticket gagnant-gagnant. Pour ma part, je considère que la recherche de l'adéquation de l'offre aux besoins est plus à même de s'inscrire dans un processus gagnant-gagnant.

C'est la raison pour laquelle des cas d'exonération de la procédure existent déjà. Ils concernent les extensions en dessous d'un seuil de quinze places ou de 30 % de la capacité. Ce dispositif est d'ores et déjà opérationnel. Il me semble tout à fait suffisant. L'inscription d'un projet dans un

contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ne suffit pas à l'exonérer de la procédure préalable à l'autorisation, destinée à vérifier l'adéquation de l'offre aux besoins.

Il n'apparaît donc pas opportun d'étendre les exonérations aujourd'hui prévues. Nous avons surtout besoin, je le rappelle, d'un cadre stabilisé permettant à l'ensemble des parties prenantes, que ce soit l'ARS ou les établissements, de s'approprier pleinement les moyens juridiques mis à leur disposition.

L'avis du Gouvernement est donc défavorable sur ces deux amendements identiques.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 127 et 154.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 38.

L'amendement n° 158, présenté par M. Le Menn, Mmes Alquier, Archimbaud et Campion, MM. Carvounas et Cazeau, Mmes Claireaux et Demontès, M. Desessard, Mmes Duriez, Génisson et Ghali, MM. Godefroy, Jeannerot, Labazée et J.C. Leroy, Mmes Meunier, Printz et Schillinger, MM. Teulade, Vergoz, Boutant, Camani et Eblé, Mme D. Gillot, MM. Guérini, Guillaume, Haut, Krattinger, Lozach, Madrelle, Mazuir, Miquel, Rome, Vallini et les membres du groupe Socialiste, Apparentés et groupe Europe Écologie Les Verts rattaché, est ainsi libellé :

Après l'article 38

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. Le financement de la médicalisation des EHPAD a été unifié au niveau local puisqu'il relève désormais de la seule ARS, n'étant plus partagé entre le préfet et l'ancienne ARH.

Cette unification et cette simplification n'ont pas été prises en compte au niveau central dans la mesure où subsistent deux donneurs d'ordre : la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CNSA, et la direction générale de l'offre de soins. Pis, ces organismes transmettent des consignes parfois différentes ; ce fut notamment le cas ces derniers mois sur le financement du plan Alzheimer, qui est pourtant l'un des chantiers présidentiels du quinquennat. Ces instructions contradictoires ne sont pas sans incidences en matière de transferts de charges sur les conseils généraux et les résidents.

Alors que la partition des anciennes unités de soins de longue durée, les USLD, est achevée, l'unification des moyens financés avec un pilotage par la CNSA s'impose afin de simplifier le dispositif et de mieux mutualiser les moyens. Il convient de souligner que cette disposition aurait pour simple conséquence d'en revenir à la rédaction originelle du texte ayant créé la CNSA, en 2005.

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

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. Par cet amendement, M. Le Menn soulève une véritable question puisque la partition des anciennes unités de soins de longue durée est achevée et qu'un rapprochement entre le statut des USLD pour personnes âgées et celui des EHPAD a été opéré.

Ces USLD ainsi redéfinies avaient été incluses une première fois dans l'objectif global de dépenses géré par la CNSA avant d'en être retirées.

Il y a évidemment une cohérence certaine dans la démarche proposée par notre collègue. Par conséquent, la commission émet un avis de sagesse positive sur l'amendement n° 158.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Monsieur Le Menn, vous souhaitez en revenir à la rédaction originelle du texte : autrement dit, vous prônez un retour en arrière. Votre volonté est-elle toujours de procéder ainsi, de ne jamais progresser ?

M. Jacky Le Menn. Vous faites de la polémique, madame la secrétaire d'État !

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Dois-je vous rappeler, par ailleurs, que les unités de soins de longue durée n'accueillent pas uniquement des personnes âgées ? L'article 46 de la loi du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 a justement réintégré les USLD au sein de l'enveloppe sanitaire, dans une logique d'adéquation de la prise en charge. La circulaire du 15 mai 2006 prévoit ainsi la répartition des capacités et des crédits entre le secteur sanitaire, ce que l'on appelle les soins de longue durée relevant de l'ONDAM sanitaire, et le secteur médico-social, c'est-à-dire les places transformées dans le cadre du soutien sanitaire.

Monsieur le sénateur, la mise en œuvre de cette répartition a été achevée en 2010. Il n'est donc vraiment pas envisageable, à ce jour, de revenir sur un tel dispositif. Avançons, dans l'intérêt de tout le monde, pour assurer une certaine équité.

C'est la raison pour laquelle le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 158.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 38.

Je suis saisi de trois amendements identiques.

L'amendement n° 126 est présenté par Mmes Cohen et David, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 147 est présenté par M. Le Menn, Mmes Alquier, Archimbaud et Campion, MM. Carvounas et Cazeau, Mmes Claireaux et Demontès, M. Desessard, Mmes Duriez, Génisson et Ghali, MM. Godefroy, Jeannerot, Labazée et J.C. Leroy, Mmes Meunier, Printz et Schillinger, MM. Teulade, Vergoz et les membres du groupe Socialiste, Apparentés et groupe Europe Écologie Les Verts rattaché.

L'amendement n° 299 rectifié est présenté par Mme Escoffier, MM. Collombat, Mézard, Collin et Fortassin, Mme Laborde et MM. Vendasi, Baylet, Bertrand, C. Bourquin, Placade, Requier, Tropeano et Vall.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 38

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Isabelle Pasquet, pour présenter l'amendement n° 126.

Mme Isabelle Pasquet. L'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique prévoit que les EHPAD ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur peuvent conclure, avec les pharmaciens titulaires d'officine, des conventions relatives à la fourniture en médicaments pour les personnes hébergées en leur sein. Nous ne voyons pas d'objection à cette mesure, qui permet de régler quelques difficultés techniques dont pourraient avoir à pâtir nos aînés.

Toutefois, une telle faculté n'est ouverte qu'aux pharmacies d'officine, excluant systématiquement les pharmacies mutualistes. Cette situation ne nous paraît pas souhaitable, notamment parce qu'elle crée une rupture d'égalité entre les établissements mutualistes et les officines.

Nous proposons donc, en toute logique, d'étendre la faculté de contractualiser aux pharmacies mutualistes.

M. le président. La parole est à M. Jacky Le Menn, pour présenter l'amendement n° 147.

M. Jacky Le Menn. Madame la secrétaire d'État, je vais m'efforcer, cette fois, de ne pas revenir en arrière !

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis de la commission des finances. Et de progresser !

M. Jacky Le Menn. S'il faut, certes, toujours chercher à progresser, la progression peut être quelquefois rétroactive... Mais j'arrête là ces considérations pour en venir à la présentation de l'amendement.

Aux termes de l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique, les EHPAD ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur « concluent, avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine, une ou des conventions relatives à la fourniture en médicaments des personnes hébergées en leur sein. » Il précise : « Les conventions doivent reprendre les obligations figurant dans une convention type définie par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

Cet arrêté, non encore paru, est censé fixer les modalités de collaboration entre les différents acteurs, pour garantir une démarche commune d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité sanitaire, ce qui est très positif.

En l'état actuel de sa rédaction, cet article L. 5126-6-1 ne vise pas expressément les pharmacies mutualistes. Or il est indispensable que ces dernières soient en mesure de pouvoir conclure de telles conventions. Il serait en effet inéquitable qu'une personne ayant fait librement le choix de s'approvisionner auprès d'une pharmacie mutualiste à titre individuel ne puisse plus bénéficier de cette possibilité une fois qu'elle réside dans un EHPAD.

Rappelons, à cet égard, que ce même article du code de la santé publique dispose également : « Les personnes hébergées ou leurs représentants conservent la faculté de demander que leur approvisionnement soit assuré par un pharmacien de leur choix. »

Dès lors, comme le souligne l'inspection générale des affaires sociales dans son rapport, paru au mois de septembre 2010, d'évaluation de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur, les pharmacies mutualistes doivent pouvoir approvisionner des adhérents mutualistes hébergés en EHPAD et passer des conventions avec les directeurs desdits établissements.

Nous demandons donc l'extension de cette disposition pour permettre aux pharmacies mutualistes de signer des conventions avec les EHPAD, dans des conditions semblables à celles des officines non mutualistes, et ce dans le respect de la convention type garante de la qualité et de la sécurité de la dispensation pharmaceutique et du bon usage du médicament.

M. le président. La parole est à Mme Anne-Marie Escoffier, pour présenter l'amendement n° 299 rectifié.

Mme Anne-Marie Escoffier. Je n'ai rien à ajouter à ce qui vient d'être exprimé. C'est effectivement dans le souci d'assurer une plus grande équité entre l'ensemble des patients que nous souhaitons permettre aux pharmacies mutualistes de concourir, comme les autres, au même service auprès des établissements.

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

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. Madame la secrétaire d'État, voilà des amendements qui, s'ils sont adoptés, vont nous permettre de progresser considérablement – et même de faire un bond en avant ! – dans le sens d'une plus grande équité, comme Mme Escoffier l'a souligné.

Il est en effet très judicieux de permettre à tout établissement ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur de passer des conventions avec des pharmacies mutualistes, et non plus seulement avec des pharmacies d'officine.

La commission émet donc un avis favorable sur ces trois amendements identiques.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Mesdames, messieurs les sénateurs, le Gouvernement est défavorable à ces amendements identiques, et ce pour une raison toute simple : ils sont déjà satisfaits.

J'entends bien vos remarques, car il n'est absolument pas illégitime ni inopportun de permettre aux pharmacies mutualistes d'approvisionner leurs adhérents, surtout s'ils résident dans un EHPAD. Or les dispositions de l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique répondent déjà justement à votre demande.

Du reste, le PLFSS n'apparaît pas comme le bon vecteur pour faire adopter une telle mesure, en raison de son impact sur les finances de l'assurance maladie. Même si je fais la même analyse que vous, j'émet donc, au nom du Gouvernement, un avis défavorable sur ces trois amendements identiques.

M. le président. La parole est à M. Jacky Le Menn, pour explication de vote.

M. Jacky Le Menn. Madame la secrétaire d'État, il est d'usage, dans cette assemblée, lorsqu'un amendement est satisfait, d'en demander d'abord le retrait, avant, éventuellement, d'émettre un avis défavorable.

Cela dit, comme je n'ai pas lieu de mettre en doute votre parole, je retire cet amendement.

Mme Claude Greff, *secrétaire d'État*. Je vous remercie, monsieur le sénateur.

M. le président. L'amendement n° 147 est retiré.

Madame Pasquet, retirez-vous également l'amendement n° 126 ?

Mme Isabelle Pasquet. Oui, monsieur le président, je le retire.

M. le président. L'amendement n° 126 est retiré.

Faites-vous de même avec l'amendement n° 299 rectifié, madame Escoffier ?

Mme Anne-Marie Escoffier. Oui, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 299 rectifié est retiré.

Les autres articles de la section 1 seront examinés ultérieurement.

Nous passons à l'examen des articles de la section 4, dont la priorité a été ordonnée.

Section 4 (*priorité*)

Dispositions relatives aux dépenses de la branche Famille

Article 57 (*priorité*)

- ① I. – Le III de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
- ② « III. – L'aide versée au titre de la prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ou des enfants est égale à une part, fixée par décret, du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l'article L. 423-4 du code de l'action sociale et des familles. Elle est calculée par enfant en cas d'emploi d'une assistante maternelle agréée et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail.
- ③ « Toutefois, le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret :
- ④ « 1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;
- ⑤ « 2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code. »
- ⑥ II. – La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 531-6 du même code est remplacée par trois alinéas ainsi rédigés :
- ⑦ « Le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret :
- ⑧ « 1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;

- ⑨ « 2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2. »
- ⑩ III. – L'article L. 531-7 du même code est ainsi modifié :
- ⑪ 1° La seconde phrase devient un second alinéa ;
- ⑫ 2° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ⑬ « Toutefois, le droit est ouvert à compter du premier jour du mois civil où les conditions en sont remplies lorsqu'un droit est déjà ouvert au titre d'un autre enfant. » – (*Adopté.*)

Article 58 (*priorité*)

- ① Les quatre derniers alinéas de l'article L. 581-2 du code de la sécurité sociale sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :
- ② « Lorsque l'un au moins des parents se soustrait partiellement au versement d'une créance alimentaire pour enfants fixée par décision de justice devenue exécutoire, il est versé à titre d'avance une allocation différentielle. Cette allocation différentielle complète le versement partiel effectué par le débiteur, jusqu'au montant de l'allocation de soutien familial.
- ③ « L'organisme débiteur des prestations familiales est subrogé dans les droits du créancier, dans la limite du montant de l'allocation de soutien familial ou de la créance d'aliments si celle-ci lui est inférieure. Dans ce dernier cas, le surplus de l'allocation demeure acquis au créancier. » – (*Adopté.*)

Articles additionnels après l'article 58 (*priorité*)

M. le président. L'amendement n° 108 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 58

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Cet amendement a pour objet de demander au Gouvernement la remise d'un rapport sur le versement des allocations familiales dès le premier enfant.

Dans son rapport élaboré, au nom de la commission des affaires sociales pour ce qui concerne la branche famille, notre collègue Isabelle Pasquet rappelle qu'elle est, à titre personnel, favorable à l'octroi des allocations familiales dès le premier enfant, conformément à la position qu'elle ne cesse de défendre.

Tel est également l'avis du groupe CRC puisque, sur son initiative, nous avons déposé il y a peu une proposition de loi dans ce sens.

À nos yeux, en effet, il ne faut plus concevoir les allocations familiales comme une incitation à procréer. Nous en sommes convaincus, comme de nombreuses associations, à l'image de l'UFAL, l'Union des familles laïques, les allocations familiales doivent désormais s'inscrire dans une logique sociale et être considérées comme un « revenu » accordé à l'enfant, du simple fait de sa naissance.

Chaque naissance, y compris celle d'un premier enfant, a d'importantes conséquences financières. Dans son étude intitulée *Les revenus et les patrimoines des ménages* publiée en 2011, l'INSEE indique ceci : « La naissance provoque en moyenne un "décrochage" du niveau de vie par rapport à celui du reste de la population : les ménages concernés perdent 2 % à 11 % de leur niveau de vie entre l'année précédant la naissance et celle lui succédant immédiatement ».

Dès lors, l'extension du versement des allocations en faveur dès le premier enfant paraît indispensable. De nombreux parlementaires, de l'opposition comme de la majorité gouvernementale, abordent aujourd'hui la question.

Les propositions diffèrent, notamment sur le montant à fixer. Pour notre part, nous ne sommes pas favorables à ce que cette évolution se fasse à moyens constants. C'est la raison pour laquelle nous demandons la réalisation d'un rapport sur ce sujet, afin d'évaluer notamment les coûts pour les comptes sociaux d'une telle mesure ainsi que les conséquences pour les familles.

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

Mme Isabelle Pasquet, rapporteure de la commission des affaires sociales pour la famille. La commission estime qu'une étude doit être menée sur le versement des allocations familiales dès le premier enfant, et ce pour trois raisons.

Tout d'abord, le contexte sociodémographique, tout comme les aspirations individuelles, a considérablement changé depuis la création des allocations familiales.

Ensuite, force est de constater que c'est pour le premier enfant que le niveau de compensation publique est le plus faible.

Enfin, la naissance d'un enfant, fût-il le premier, n'est pas sans conséquences sur le niveau de vie des parents.

La commission a donc émis un avis favorable sur l'amendement n° 108 rectifié.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Un rapport sur l'ouverture du droit aux allocations familiales dès le premier enfant n'apparaît pas nécessaire ; ce ne serait qu'un rapport de plus, alors même que deux évaluations financières ont déjà été réalisées : une première, effectuée par la CNAF en 2006, a été complétée en avril dernier par une seconde, réalisée par le Haut Conseil de la famille.

Selon ce dernier, le versement des allocations familiales dès le premier enfant représenterait une dépense supplémentaire de 2,3 milliards d'euros pour la branche famille, dépense que la situation actuelle de nos finances publiques ne nous permet évidemment pas d'envisager.

Je sais, pour en avoir rencontré beaucoup, que les familles qui ont un seul enfant demandent non des allocations familiales, mais des modes de garde diversifiés. C'est cette réponse-là que le Gouvernement s'efforce de leur apporter.

Au reste, je tiens à le préciser, les familles ayant un seul enfant à charge bénéficient déjà d'un certain nombre de prestations, notamment la prestation d'accueil du jeune enfant, qui leur permet justement de faire garder leur enfant. De plus, 740 000 de ces familles bénéficient de l'allocation de rentrée scolaire et 900 000 d'entre elles ont également accès aux aides au logement. Je rappelle enfin que l'allocation de soutien familial, destinée aux personnes qui élèvent seules leur enfant, est attribuée à 382 000 familles.

Telles sont les raisons pour lesquelles le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 108 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 58.

L'amendement n° 109 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 58

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Il est de plus en plus courant de rencontrer des lycéens ayant atteint l'âge de la majorité. Cela tient à l'allongement de la scolarité au profit d'élèves ayant des difficultés d'insertion sociale et professionnelle, celles-ci étant elles-mêmes liées au chômage. Il convient de prendre en compte cette évolution sociologique et, donc, afin d'éviter que ces élèves ne soient sanctionnés du seul fait qu'ils ont plus de dix-huit ans, de leur accorder le bénéfice de l'allocation de rentrée scolaire.

L'année dernière, en réponse à un amendement de même nature, le rapporteur de l'époque avait avancé deux arguments que nous ne pouvions accepter.

Il s'était d'abord contenté de dire combien il était allergique aux rapports... Mais c'est l'article 40 qui nous conduit à ne déposer, en l'espèce, que des amendements tendant au dépôt de rapports ! Par ailleurs, si le Gouvernement décidait d'inscrire dans le PLFSS une telle mesure, il devrait obligatoirement en évaluer le coût dans une étude d'impact ; de ce point de vue, un tel rapport nous ferait donc gagner du temps.

Le rapporteur s'interrogeait en outre, en sa qualité d'ancien professeur de lycée, sur le point de savoir « si ces lycéens majeurs n'auraient pas pu prendre leurs dispositions pour éviter de se retrouver dans cette situation ». Est-ce à dire que l'on devrait interdire à de jeunes majeurs de s'inscrire au lycée, notamment dans un lycée professionnel ? Nous ne le pensons pas et nous considérons que cette réponse méconnaît la réalité sociale que vivent une grande partie de nos concitoyens. Ces lycéens, qui n'ont droit à aucune aide sociale, ne peuvent pas être discriminés de la sorte !

Le Gouvernement, pour sa part, avait répondu qu'il ne voyait pas pourquoi une telle disposition ne serait pas étendue aux étudiants ou aux apprentis. Eh bien, c'est une

vraie question, et il faudra bien que l'on s'y intéresse également un jour. Il reste que les étudiants peuvent bénéficier de bourses sociales. Pour ce qui est des apprentis, on pourrait imaginer une solution telle que l'employeur contribuerait financièrement à l'achat du matériel dont ils ont besoin.

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

Mme Isabelle Pasquet, rapporteure. Pour éviter que ne se multiplient les rapports, la commission a demandé le retrait de l'amendement. Toutefois, elle s'interroge sur le bien-fondé de la non-attribution de l'allocation de rentrée scolaire aux parents d'un lycéen âgé de plus de dix-huit ans, et qui accuse donc un certain retard scolaire.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Le Gouvernement est défavorable à cet amendement, qui tend encore à la remise d'un rapport.

Cela dit, je crois bon de rappeler que, malgré la situation économique que nous connaissons actuellement à l'échelle mondiale, le Président de la République a souhaité maintenir, chez nous, le budget de la politique familiale.

Mme Christiane Demontès. Une misère, comparée à l'ISF !

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. En l'occurrence, les allocations familiales sont réévaluées de 1 %. Ainsi, pendant que d'autres pays les réduisent, en France, on les augmente, on les réévalue à hauteur du taux de croissance ! (*Mme Christiane Demontès s'exclame.*)

Aujourd'hui, il me paraît important d'avoir une gestion équilibrée de nos finances publiques, mais aussi de préserver notre politique familiale. Nous estimons qu'elle doit en rien, à la différence de celle d'autres pays, être diminuée, car il s'agit à nos yeux d'un élément de solidarité qui doit aujourd'hui demeurer intact.

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

Mme Laurence Cohen. Autant je peux entendre l'avis de la commission, qui ne souhaite pas voir se multiplier les rapports, autant votre argumentation, madame la secrétaire d'État, laisse à désirer, car il me paraît vraiment nécessaire de s'intéresser au sort de ces jeunes majeurs qui sont en difficulté et d'envisager pour eux des mesures répondant à des besoins qui sont tout à fait réels. Quand il s'agit de faire des choix politiques qui vont dans le sens de l'intérêt des familles, on trouve toujours les moyens de les assumer !

Je retire cet amendement pour éviter la multiplication des rapports, mais je pense que les questions que j'ai soulevées méritent un vrai débat, et non les réponses que vous avez apportées, madame la secrétaire d'État.

M. Ronan Kerdraon. Très bien !

M. le président. L'amendement n° 109 rectifié est retiré.

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

L'amendement n° 107 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 58

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 31 décembre 2012, un rapport établissant le bilan des places manquantes dans les structures d'accueil de la

petite enfance. Il évalue également les conséquences pour les collectivités territoriales en termes de gestion des structures collectives de garde du choix gouvernemental de solvabilisation des modes de garde individuels et présente l'opportunité de la mise en place d'un grand service public national de la petite enfance.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Le très intéressant rapport de notre collègue Isabelle Pasquet, laquelle suit de près la question de la petite enfance, met en lumière ce que les nombreux participants – plus de cent vingt ! – au colloque qu'elle a organisé voilà quelques mois sur le thème : « Nos enfants ne nous font pas peur, mais le sort qu'on leur réserve nous inquiète » ont souligné, à savoir l'insuffisance des places d'accueil pour les jeunes enfants, aussi bien au sein des structures collectives qu'auprès des assistants maternels.

Ainsi, pour 100 enfants de moins de trois ans, 48,7 places sont offertes par les modes de garde dits formels : accueil collectif, crèches familiales, crèches parentales, assistants maternels, salariés à domicile, école pré-élémentaire. Il ressort clairement du rapport de notre collègue qu'au moins 50 % des enfants ne bénéficient pas de structure de garde, ce qui contraint les parents, singulièrement les femmes, à renoncer ou à réduire leur activité professionnelle, avec les conséquences que l'on sait sur leur pouvoir d'achat et sur le montant de leur retraite.

Le manque de places est criant. Le Président de la République s'était engagé à en créer 200 000. Or, d'après le rapport remis en juillet 2008 au Premier ministre par Mme Michèle Tabarot, ce sont 320 000 places qu'il faudrait créer. L'engagement présidentiel est donc très en dessous des besoins et, de toute façon, l'objectif qui a été fixé est encore loin d'être atteint !

Par exemple, le Gouvernement s'était engagé à créer 100 000 places en accueil collectif, mais, d'après Mme le rapporteur pour la branche famille, c'est moins de la moitié de ces places qui, à ce jour, ont effectivement été ouvertes. Et encore ne s'agit-il que de modifications réglementaires, non de véritables créations de places, en application du décret autorisant les structures d'accueil à procéder à des inscriptions en surnombre ou à la modification des agréments.

Nous contestons également le choix opéré par le Gouvernement de répondre aux besoins des familles en favorisant les modes de garde individuels aux dépens de modes collectifs, et donc au détriment des parents les plus modestes. Ces derniers ne peuvent en effet bénéficier de tarifs sociaux que dans les structures collectives et publiques. Or, en réalisant la moitié des créations de places par le développement des maisons d'assistants maternels ou par l'augmentation du nombre d'agréments accordés aux assistants maternels, on prive de fait les familles modestes de la possibilité de bénéficier d'un accueil pour leurs enfants. C'est d'autant plus regrettable que, chacun le sait, l'accroissement des revenus des familles modestes tient largement à la possibilité, pour les femmes, de trouver une solution de garde pour leurs enfants.

Permettre aux jeunes enfants de bénéficier d'un mode de garde, c'est permettre aux familles de mieux vivre. Il s'agit donc d'une question primordiale qu'il convient de traiter comme telle.

M. le président. L'amendement n° 255, présenté par Mmes Ghali, Champion, Alquier et Archimbaud, MM. Carvounas et Cazeau, Mmes Claireaux et Demontès,

M. Desessard, Mmes Duriez et Génisson, MM. Godefroy, Jeannerot, Kerdraon, Labazée, Le Menn et J.-C. Leroy, Mmes Meunier, Printz et Schillinger, MM. Teulade, Vergoz et les membres du groupe Socialiste, Apparentés et groupe Europe Écologie Les Verts rattaché, est ainsi libellé :

Après l'article 58

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Samia Ghali.

Mme Samia Ghali. L'offre d'accueil des jeunes enfants constitue un enjeu central au regard de la forte natalité dont bénéficie la France et dont nous pouvons, bien sûr, nous féliciter. En effet, cette situation exige un nombre suffisant de places d'accueil pour les jeunes enfants, faute de quoi l'activité professionnelle des parents, et plus particulièrement des mamans, s'en trouve entravée, voire empêchée. En effet, trop souvent, faute de solution de garde appropriée, des femmes sont contraintes d'interrompre leur activité.

De ce point de vue, l'offre de garde d'enfants revêt une importance cruciale au regard de l'égalité entre les hommes et les femmes.

Je rappelle que le taux d'emploi des femmes demeure, en France, inférieur à celui des hommes. Cette situation a été évoquée longuement ici, l'an dernier, au moment de la discussion de la loi relative aux retraites. En 2010, le taux d'emploi des femmes s'élevait à 59,9 %, contre 68,3 % pour les hommes.

De plus, le taux d'emploi des femmes varie considérablement selon le nombre et l'âge de leurs enfants. Dans les familles comprenant au moins un enfant de moins de trois ans, le taux d'emploi des mères s'élève à 68,9 %. Quand elles ont deux enfants, il tombe à 60 % et, pour les mères de trois enfants ou plus, il n'est plus que de 37,4 %.

Le développement de l'offre de garde d'enfants constitue donc un élément essentiel de la résorption des inégalités, inégalités tant sociales que territoriales.

Il faut savoir que, à la fin 2009, sur cent enfants de moins de trois ans, vingt-sept pouvaient être accueillis par un assistant maternel, quatorze par un établissement d'accueil de jeunes enfants, cinq par une école maternelle, et près de deux par un salarié à domicile. Si, à la même date, la capacité théorique d'accueil, à l'échelle nationale, s'élevait à environ quarante-huit places pour cent enfants de moins de trois ans, elle variait de vingt-six à soixante-seize places selon les départements.

Depuis 2008, les modes de garde ont connu des évolutions contrastées.

En matière d'offre individuelle, le nombre de places de garde chez les assistants maternels a augmenté, mais il semble que la qualité de l'accueil n'y ait pas toujours trouvé son compte... Je rappelle que c'est en augmentant le nombre

d'enfants par assistant maternel agréé que vous avez augmenté le nombre de places, autrement dit, en privilégiant le quantitatif par rapport au qualitatif.

Les maisons d'assistants maternels, dont la gouvernance nous inspirait quelques réticences, se multiplient. Nous reconnaissons toutefois qu'elles répondent à un besoin.

En matière d'offre collective, les structures multi-accueil affichent une progression soutenue, mais les structures mono-accueil régressent, tout comme le nombre de places en service d'accueil familial.

Enfin, l'accueil des enfants de moins de trois ans en école maternelle s'est littéralement effondré. Ce recul annule les progrès accomplis en matière de développement de l'offre de garde des jeunes enfants dans le cadre du plan de création de places supplémentaires de garde annoncé par le Président de la République.

De surcroît, d'importants chantiers restent à mener à bien. Il semble ainsi nécessaire de poursuivre la valorisation des professions de la petite enfance en accroissant l'offre de formation des professionnels, de renforcer le pilotage de l'offre de garde, aujourd'hui très insuffisant, notamment dans les territoires, et aussi d'améliorer l'accueil des enfants handicapés.

Je tiens à revenir, avant de conclure, sur une autre promesse faite par le Président de la République en 2009 : la réforme du congé parental d'éducation. Le régime actuel de ce dispositif est en effet très critiqué. Le congé parental rencontre ainsi un succès variable. Il ne contribue pas à réduire les inégalités entre les hommes et les femmes et pose des problèmes de retour à l'emploi pour ses bénéficiaires.

La réforme du congé parental d'éducation a, cependant, sans cesse été reportée par le Gouvernement et, à l'évidence, n'aura finalement pas lieu avant la fin de cette législature, malgré les nombreuses propositions d'évolution formulées par le Haut Conseil de la famille, par l'inspection générale des affaires sociales et par plusieurs parlementaires.

L'objet de cet amendement est de faire en sorte que le Gouvernement présente au Parlement, avant le 30 septembre 2012, un rapport établissant un bilan précis du nombre de places d'accueil des jeunes enfants, ainsi que des besoins non satisfaits, et faisant apparaître les disparités territoriales. Ce rapport évaluerait la possibilité de mettre en place un véritable service public la petite enfance et mesurerait l'impact de la diminution du nombre de places ouvertes aux enfants de moins de trois ans à l'école maternelle.

Les mamans doivent déjà souvent calculer la date de naissance de leur futur enfant si elles veulent avoir une chance d'obtenir une place en crèche ou trouver une assistante maternelle. Devront-elles désormais la calculer encore plus longtemps à l'avance pour donner à leur enfant des chances d'entrer à l'école à l'âge de trois ans et s'épargner d'incroyables complications parce qu'il est né quelques semaines « trop tard » ? Finalement, en France, avoir un enfant devient un vrai casse-tête chinois !

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

Mme Isabelle Pasquet, rapporteure. Toujours dans le souci de ne pas surcharger le texte de demandes de rapports, la commission a souhaité le retrait de ces deux amendements

Cela étant, madame la secrétaire d'État, pouvez-vous nous garantir que l'objectif de 100 000 places supplémentaires en accueil collectif d'ici à la fin 2012 sera atteint ?

Par ailleurs, comment expliquez-vous le recul des structures mono- accueil au profit des structures multi-accueil ? N'y a-t-il pas une volonté de privilégier une logique de rentabilité au détriment d'une logique de qualité ?

Enfin, que comptez-vous faire pour lutter contre les disparités territoriales en matière de répartition de l'offre d'accueil collectif ?

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. J'ai écouté avec attention les propos qui viennent d'être tenus, mais je crains que la multiplication des rapports ne conduise à un immobilisme permanent.

De fait, il existe de très nombreux rapports sur ce sujet. Mme Cohen a elle-même fait référence à ceux qu'ont rendus, respectivement en 2007 et en 2008, le centre d'analyse stratégique et Michèle Tabarot, rapports dont le Gouvernement a utilement repris certaines conclusions.

Ainsi, à ce jour, la situation n'est plus la même.

Madame Ghali, puisque vous avez évoqué la politique familiale, je me permets de vous signaler que, de tous les pays du monde, c'est la France qui mène la plus dynamique. Avant de la critiquer, vous devriez vous demander pourquoi autant de parlementaires étrangers viennent voir comment notre pays parvient à combiner un taux de fécondité élevé – plus de deux enfants par femme – et un taux d'activité des femmes de 85 % ? (*Mme Samia Ghali s'exclame.*)

Avoir des enfants et travailler n'est donc pas du tout antinomique !

Cette situation est aussi le fruit de la politique familiale menée par le Gouvernement, qui a à cœur de répondre à la préoccupation à la fois des femmes et des familles, de faire en sorte que, où que l'on habite, il soit possible de trouver un système de garde non seulement qui prenne en compte les contraintes familiales, mais encore qui serve les intérêts de l'enfant.

En effet, les enfants sont différents les uns des autres et, pour cette raison, ils ne sauraient être tous accueillis de la même façon. Avec le service public de la petite enfance dont vous proposez la création, vous, socialistes, vous voulez placer tous nos enfants en crèche !

MM. Jacky Le Men et René Teulade. Caricature !

Mme Christiane Demontès. Ridicule !

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Je le répète, nos enfants ont besoin de modes de garde diversifiés : certains préféreront un mode de garde collectif, cependant que d'autres opteront pour un mode plus privilégié, celui de l'assistante maternelle.

Les parents, quant à eux, doivent pouvoir trouver dans leur environnement géographique des structures d'accueil adaptées, notamment en zone rurale. Or les maires des petites communes n'ont pas les moyens financiers de créer des crèches. En revanche, les communautés de communes peuvent organiser un accueil diversifié des enfants, répondre aux demandes des familles en mettant à leur disposition des assistantes maternelles, en créant des maisons d'assistants maternels, des micro-crèches, des jardins d'éveil ou, tout simplement, des centres multi-accueil.

Voilà les objectifs de la politique familiale voulue par le Président de la République et mise en œuvre par le Gouvernement, politique à laquelle notre pays consacre aujourd'hui 100 milliards d'euros.

Évidemment, vous ne faites référence qu'au seul mode d'accueil collectif. Vous oubliez le mode d'accueil individuel, sur lequel je souhaite m'arrêter quelques instants.

L'objectif annoncé par le Président de la République de 200 000 solutions de garde répondant véritablement à la demande des familles est en passe d'être atteint, contrairement à ce que vous prétendez. Bien sûr, je suis d'accord avec vous : nous devons faire encore mieux. Mais tout cela a un coût. Je vous rappelle que la prestation d'accueil du jeune enfant est attribuée à toute personne qui fait garder son enfant. C'est ce qu'avait voulu le Président de la République, et c'est une force de notre politique familiale.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. S'agissant des familles monoparentales, que vous avez évoquées, nous leur portons une attention toute particulière.

Mme Christiane Demontès. Incroyable !

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. D'ailleurs, Roselyne Bachelot et moi-même avons proposé d'augmenter les plafonds de ressources du complément de libre choix du mode de garde des parents isolés ayant de jeunes enfants. L'Assemblée nationale nous a suivies et, d'après ce que j'ai cru comprendre, je ne doute pas que le Sénat n'en fasse autant.

Nous sommes tous d'accord pour mener une véritable politique familiale, pour la faire progresser, et ce n'est certainement pas un rapport de plus qui nous permettra de le faire, au contraire ! Nous, nous voulons avancer dans ce domaine, mais en utilisant au mieux l'argent des Français ! (*Applaudissements sur les travées de l'UMP. – Mme Muguette Dini applaudit également.*)

M. le président. La parole est à Mme Samia Ghali, pour explication de vote.

Mme Samia Ghali. Madame la secrétaire d'État, il n'y a pas, d'un côté, les socialistes, qui ne nourriraient aucune inquiétude pour l'avenir de nos enfants, et, de l'autre côté, vous-même, qui vous en souciez.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Ce n'est pas ce que j'ai dit !

Mme Samia Ghali. Je suis une maman de quatre enfants : je suis bien placée pour savoir que, trouver des places en crèche ou en garderie, c'est une véritable « galère » !

Aujourd'hui, les enfants de moins de trois ans ne sont pas acceptés à l'école. De cela vous n'avez pas parlé ! Or l'école est aussi un mode de garde. Je vais vous donner un exemple personnel, mais c'est un cas bien concret qui illustre une situation vécue par beaucoup de parents.

L'un de mes enfants est né au mois d'octobre. L'année dernière, alors qu'il allait avoir trois ans, j'ai voulu l'inscrire à l'école. Mais, dans la mesure où, au mois de septembre, il ne les avait pas encore, on m'a opposé un refus. Autrement dit, je n'avais d'autre choix que de le laisser à la crèche et, du coup, de priver un autre enfant, plus jeune, de cette place en crèche. Heureusement, l'inspection académique a finalement assoupli sa position. Sinon, dans le seul département des Bouches-du-Rhône, ce sont 8 000 enfants qui seraient restés sur le carreau ! C'est d'ailleurs ce qui vous a conduits à revenir quelque peu en arrière.

La réalité, c'est bien cette « galère » que je décris : j'ai rencontré des mamans et des papas qui étaient aussi inquiets que moi !

Sachez aussi que, sur les 200 000 solutions de garde promises par le Gouvernement, seules 50 000 ont été créées. (*Marques de dénégation de Mme la secrétaire d'État.*)

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

M. le président. Madame Cohen, faites-vous de même avec l'amendement n° 107 rectifié ?

Mme Laurence Cohen. Oui, monsieur le président, mais je voudrais aussi répondre à Mme la secrétaire d'État.

Vous nous dites avec des accents de grande conviction, madame la secrétaire d'État, qu'un rapport serait inutile parce que tous les chiffres sont connus. Visiblement, nous ne vivons pas aux mêmes endroits, nous n'avons pas la même perception des réalités du terrain. Pour beaucoup de parents, c'est la « galère », comme vient de le dire ma collègue, lorsqu'il s'agit de trouver des places en crèche ou de faire entrer ses enfants à l'école maternelle.

À l'évidence, ce n'est pas votre vécu, alors que c'est le nôtre ! Il y a d'ailleurs peut-être quelques questions à se poser ! Mais il y a surtout des mesures politiques à prendre. À cet égard, vous venez de faire la démonstration – c'est bien pourquoi il est important que nous puissions avoir ce genre de débat dans cette enceinte – que le Gouvernement, en matière de garde d'enfants, ne veut pas réellement faire des choix qui répondent réellement aux intérêts des familles, notamment les plus modestes.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. J'ai dit tout le contraire !

Mme Laurence Cohen. Parce que le choix du mode de garde, c'est aussi une question d'argent. Il y a là un problème politique, et il est vrai que ce n'est pas un rapport qui le réglera. Il faut, pour cela, faire des choix politiques différents de ceux qui sont les vôtres.

M. le président. La parole est à Mme Muguette Dini.

Mme Muguette Dini. Madame Cohen, je ne peux laisser sans réponse ce que sous-entend l'objet écrit de votre amendement, à savoir que la création des maisons d'assistants maternels a organisé « la dégradation des dispositifs existants pour l'accueil des jeunes enfants ».

En matière d'accueil de la petite enfance, nous devons résolument nous placer dans le « concret », dans le « possible ». Je l'ai souvent dit dans cette assemblée, mais, manifestement, il convient de le redire.

Ce positionnement n'est pas le vôtre, chers collègues, quand vous évoquez la « mise en place d'un grand service public de la petite enfance », formule que l'on retrouvait quasiment à l'identique dans l'objet de l'amendement n° 255.

En matière de petite enfance, l'objectif est double : d'une part, il s'agit d'offrir à chaque famille qui le souhaite la possibilité de faire garder son ou ses enfants d'âge préscolaire à un coût raisonnable, cet élément financier valant aussi bien pour les finances publiques que pour celles des parents ; d'autre part, il convient d'assurer les conditions d'accueil et d'éveil aux savoirs des tout-petits, d'où l'importance de proposer des structures adaptées à la maturité psychique et physique de ces enfants et d'améliorer la formation des professionnels, en collectif comme en individuel.

Vous demandiez un rapport pour obtenir des données chiffrées, mais les élus locaux que nous sommes tous ici les connaissent.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Bien sûr !

Mme Muguette Dini. Selon les derniers rapports, vous l'avez dit, il manque encore 320 000 places. Mais la capacité d'accueil des jeunes enfants s'élève malgré tout à 1 153 000 places.

Avec plus de 600 000 places proposées, les assistantes maternelles représentent le premier mode de garde en volume.

S'agissant du coût total de chaque mode de garde, l'accueil par une assistante maternelle constitue la solution la moins onéreuse, suivie de la garde à domicile partagée, de l'accueil en établissement collectif et de la garde à domicile simple.

Pour les finances publiques, la garde assurée par une assistante maternelle est environ deux fois et demie moins onéreuse qu'une garde à domicile et une fois et demie moins onéreuse qu'une place en crèche.

Il est impossible, pour des raisons financières, de bâtir une politique de développement de l'offre de garde uniquement fondée sur l'accroissement des capacités d'accueil des crèches et l'essor de la garde à domicile.

L'une des orientations prioritaires en matière de mode de garde des tout-petits est donc celle de l'augmentation du nombre d'assistantes maternelles et de maisons d'assistants maternels.

Après des mois d'obstination et de travail acharné, Jean Arthuis, André Lardeux et moi-même, notamment, sommes parvenus à faire adopter la loi du 9 juin 2010 relative à la création des maisons d'assistants maternels et portant diverses dispositions relatives aux assistants maternels.

Mes chers collègues, ces maisons ne sont ni des structures d'accueil au rabais ni des structures dangereuses. Elles constituent au contraire une excellente réponse, innovante, à un besoin criant en matière de mode de garde de jeunes enfants, et ce à un coût raisonnable pour les parents comme pour les collectivités locales.

Elles offrent aux parents, grâce à la délégation d'accueil, une amplitude horaire qu'aucune autre forme de garde collective ne peut proposer.

Pour les enfants, les maisons d'assistants maternels réduisent les risques puisque le travail en équipe favorise la vigilance mutuelle.

Aux assistantes maternelles ces regroupements offrent l'opportunité de travailler en équipe, de ne pas impliquer les membres de leurs familles, d'échanger leurs expériences, voire de faire éclore des vocations.

De nombreuses communes, essentiellement rurales, mais pas seulement, ne disposent pas de ressources suffisantes pour financer une crèche, et les maisons d'assistants maternels s'avèrent ainsi être la seule forme permettant à ces communes d'offrir une solution de garde à leurs habitants. Dans mon département, chaque fois que je rencontre des maires – ou des adjointes –, c'est ce qu'ils ou elles me disent.

Près de deux cents maisons d'assistants maternels ont été créées dans cinquante-six départements. C'est notoirement insuffisant ! On en compterait bien davantage s'il ne fallait pas se battre contre des administrations d'État et départementales terriblement tatillonnes et éloignées des réalités.

Vous nous faites, chers collègues, de longs discours sur vos propositions d'économies, mais vous êtes incapables de soutenir un tel dispositif, qui s'avère indéniablement positif pour les enfants, leurs parents, les assistantes maternelles, le développement d'emplois non-délocalisables et les finances publiques. Je regrette que vous persistiez à critiquer ces maisons d'assistants maternels. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Pasquet, rapporteure.

Mme Isabelle Pasquet, rapporteure. Je ne rouvrirai pas le débat sur les maisons d'assistants maternels, quoique les propos qu'a tenus Mme Dini eussent pu m'y inciter.

Bien qu'un certain nombre d'associations aient estimé que cela était prématuré dans la mesure où ce texte est récent, il ne serait peut-être pas inutile de dresser un bilan de la mise en œuvre de la loi de juin 2010.

Il demeure que, vu le peu d'engouement qu'ont suscité les maisons d'assistants maternels, on est fondé à se demander, sans porter de jugement définitif sur le fond, si elles répondent vraiment aux besoins des parents, à ceux des communes, à ceux des assistants maternels. Pour l'instant, je n'ai pas de réponse à cette question, mais je pense qu'elle mérite d'être posée. Ma crainte, c'est que ce mode de garde ne se développe au détriment des autres et que, globalement, la qualité de l'accueil des jeunes enfants ne s'en trouve amoindrie.

M. le président. Les amendements n° 107 rectifié et 255 sont retirés.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux; nous les reprendrons à quinze heures.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à treize heures, est reprise à quinze heures.*)

M. le président. La séance est reprise.

Nous poursuivons la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Nous continuons l'examen des amendements portant article additionnel après l'article 58, appelés par priorité.

L'amendement n° 254, présenté par Mmes Ghali, Campion, Alquier et Archimbaud, MM. Carvounas et Cazeau, Mmes Claireaux et Demontès, M. Desessard, Mmes Duriez et Génisson, MM. Godefroy, Jeannerot, Kerdraon, Labazée, Le Menn et J.C. Leroy, Mmes Meunier, Printz et Schillinger, MM. Teulade, Vergoz et les membres du groupe Socialiste, Apparentés et groupe Europe Écologie Les Verts rattaché, est ainsi libellé :

Après l'article 58

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Samia Ghali.

Mme Samia Ghali. Cet amendement traduit une des préconisations du rapport de la MECSS sur la prestation d'accueil de jeune enfant, la PAJE.

Il s'agit de revenir sur une forme d'injustice. En effet, aujourd'hui, certains parents ne bénéficient pas de l'allocation de base de la PAJE parce que leurs revenus sont trop élevés.

En revanche, ils la perçoivent dès lors qu'ils deviennent bénéficiaires du complément de libre choix d'activité, ou CLPA, cumulant ainsi le bénéfice de ce dernier et de l'allocation de base.

Lorsqu'une famille dispose de revenus trop élevés pour percevoir l'allocation de base de la PAJE, si l'un des parents prend un congé parental et demande à bénéficier du CLPA, la famille bénéficiera de cette prestation de base alors qu'elle n'y avait pas droit jusqu'alors.

Dans une période où nous cherchons à réaliser des économies, mieux vaut cibler les familles qui ont réellement besoin de ces allocations. Cet amendement vise donc à mettre fin à une situation aberrante et injuste en réduisant l'effet d'aubaine pour les familles dont un des parents aurait, dans tous les cas, arrêté de travailler.

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

Mme Isabelle Pasquet, rapporteure. Les parents qui ne sont pas éligibles à l'allocation de base de la PAJE en raison de revenus supérieurs au plafond de ressources peuvent, dans les faits, percevoir un montant équivalent à cette allocation lorsqu'ils bénéficient du complément du libre choix d'activité à taux majoré.

Cette disposition est favorable aux parents à revenus moyens ou supérieurs et crée, il est vrai, un effet d'aubaine. La commission craint toutefois que sa suppression ne pénalise les classes moyennes. C'est pourquoi elle a décidé de s'en remettre sur cet amendement à la sagesse – en espérant qu'elle sera bienveillante – du Sénat.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 254.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 58.

Article 58 bis (nouveau) (priorité)

- ① L'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 551-1. – Le montant des prestations familiales est déterminé d'après des bases mensuelles revalorisées, au 1^{er} avril de chaque année, conformément à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac prévue, pour l'année considérée, par la commission visée à l'article L. 161-23-1.
- ③ « Si l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année considérée établie à titre définitif par l'Institut national de la statistique et des études économiques est différente de celle qui avait été initialement prévue, il est procédé à un ajustement du coefficient fixé au 1^{er} avril de l'année suivante, égal à la différence entre cette évolution et celle initialement prévue. »

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

L'amendement n° 45 est présenté par Mme Pasquet, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 140 est présenté par M. Caffet, au nom de la commission des finances.

L'amendement n° 302 rectifié est présenté par Mme Escoffier, MM. Collombat, Mézard, Collin et Fortassin, Mme Laborde et MM. Vendasi, Baylet, Bertrand, C. Bourquin, Plancade, Requier, Tropeano et Vall.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à Isabelle Pasquet, rapporteure, pour présenter l'amendement n° 45.

Mme Isabelle Pasquet, rapporteure. L'article 58 *bis*, introduit par l'Assemblée nationale à la suite du vote d'un amendement déposé par le Gouvernement, prévoit que la revalorisation des prestations familiales interviendra au 1^{er} avril de chaque année, et non plus au 1^{er} janvier, comme c'est le cas actuellement.

Ce décalage de trois mois doit, selon le Gouvernement, compenser la perte des 140 millions d'euros d'économies qui étaient attendus de l'assujettissement à la CSG du complément de libre choix d'activité et du complément optionnel de libre choix d'activité prévu à l'article 13 du projet de loi, article qui a été supprimé par nos collègues députés.

La commission considère que le gel de l'augmentation de l'ensemble des prestations familiales pendant trois mois est une décision inacceptable, incohérente et irresponsable : inacceptable en ce qu'elle pénalise gravement les familles les plus modestes, déjà fragilisées par la conjoncture économique actuelle ; incohérente en ce qu'elle revient à nier le rôle d'amortisseur social que ces prestations jouent en période de crise ; irresponsable parce que le Gouvernement s'était engagé à revaloriser les prestations familiales de 2,3 % au 1^{er} janvier 2012 – mais il est vrai que l'on nous a annoncé la semaine dernière qu'elles ne seraient finalement relevées que de 1 % !

En outre, l'argument du gage n'est pas recevable puisque la suppression de l'article 13 du projet de loi a déjà été gagée par l'Assemblée nationale, qui a réduit davantage le taux d'abattement pour frais professionnels sur les revenus soumis à la CSG, le faisant passer de 2 % à 1,75 %, et que cette mesure devrait rapporter environ 140 millions d'euros d'économies supplémentaires.

Pour l'ensemble de ces raisons, la commission propose la suppression de l'article 58 *bis*.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur pour avis, pour présenter l'amendement n° 140.

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis de la commission des finances. Mme le rapporteur ayant fort bien résumé la situation, je me limiterai à apporter quelques précisions.

La suppression de l'article 13, Mme Pasquet l'a dit, a en quelque sorte été gagée deux fois à l'Assemblée nationale, notamment par l'adoption d'un amendement présenté par Isabelle Vasseur, au nom de la commission des finances, qui a ramené l'abattement pour frais professionnels de 2 % à 1,75 %. Je reconnais toutefois que cette disposition soulève une difficulté d'ordre technique dans la mesure où, du fait de la répartition de la CSG, seuls 15 millions des 130 millions d'économies qu'elle permet de dégager peuvent être « fléchés » directement vers la branche famille.

Cela dit, nous venons, à l'instant, d'adopter l'amendement n° 254 qui permet de réaliser une économie de l'ordre de 130 millions à 140 millions d'euros au bénéfice de la branche famille. Je suis donc tenté de dire que la suppression de l'article 13 a désormais été gagée trois fois !

Dans ces conditions, madame la secrétaire d'État, je ne vois pas les raisons qui pourraient vous amener à refuser la suppression de l'article 58 *bis*, d'autant que – Mme Pasquet l'a rappelé – le Gouvernement a annoncé, voilà tout juste une semaine, que le taux de revalorisation des prestations familiales serait de 1 % et non de 2,3 %.

Il serait donc incompréhensible que le Gouvernement refuse les amendements de suppression de l'article 58 *bis*.

M. le président. La parole est à Mme Anne-Marie Escoffier, pour présenter l'amendement n° 302 rectifié.

Mme Anne-Marie Escoffier. Madame la secrétaire d'État, comme vient de l'indiquer M. le rapporteur pour avis, la suppression de l'article 13 a déjà été gagée trois fois.

Ce matin, vous avez longuement insisté sur l'effort particulier consenti par le Gouvernement en faveur de la politique familiale et sociale. Dès lors, il serait quelque peu incohérent, surtout avec les trois gages qui sont apportés, de soutenir que l'on ne peut pas supprimer l'article 58 *bis*.

Madame la secrétaire d'État, la suppression de l'article 58 *bis* permettrait de soulager des familles qui, nous le savons tous, vivent dans des situations difficiles du fait du contexte social. La raison et le bon sens vous commandent donc de nous suivre.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Mesdames, messieurs les sénateurs, le contexte économique actuel n'est pas virtuel : c'est une réalité.

M. Ronan Kerdraon. Personne ne le nie !

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Eh bien alors, vous devriez considérer avec nous que, si tout le monde pense que c'est aux autres de faire un effort, la solidarité n'est plus qu'un vain mot !

Madame le rapporteur, vous avez rappelé que le Gouvernement s'était engagé, c'est vrai, à revaloriser les allocations familiales à hauteur de 2,3 %. Mais les engagements se heurtent à la réalité. Le Président de la République, en homme responsable, a dû ajuster cet engagement aux tensions économiques mondiales, qui n'épargnent évidemment pas la France. C'est pourquoi les allocations familiales seront finalement revalorisées de 1 %.

Je rappelle que le report du 1^{er} janvier au 1^{er} avril de la date de cette revalorisation, que les députés ont jugé opportun, entraînera une économie de 160 millions d'euros pour la branche famille.

Mme Christiane Demontès. Comme c'est simple !

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Cette mesure constitue, me semble-t-il, le gage de la suppression de l'article 13 du PLFSS relatif à l'assujettissement du CLCA à la CSG.

Les amendements de suppression de l'article 58 *bis* ne me paraissent pas constructifs. Ils ne vont pas dans le sens de la préservation de notre politique familiale et c'est la raison pour laquelle le Gouvernement y est défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Samia Ghali, pour explication de vote.

Mme Samia Ghali. L'article 13 du PLFSS comportait une mesure inique qui assujettissait le complément du libre choix d'activité et le complément optionnel au taux de la CSG à 6,2 %. Cette mesure n'est pas parvenue jusqu'au Sénat puisqu'elle a été rejetée par l'Assemblée nationale.

Cependant, pour récupérer le coût induit par ce rejet, vous reportez la revalorisation des prestations familiales au 1^{er} avril au lieu du 1^{er} janvier. Et le tour est joué! Ce sont encore les plus modestes qui paieront l'addition!

Votre vision de la solidarité est bien étrange, madame la secrétaire d'État. La décision du Gouvernement est injuste, indigne et même insultante à l'égard de tous ceux qui perçoivent des prestations et qui se battent chaque jour pour assurer leur quotidien.

De plus, particulièrement en période de crise, la consommation des ménages est un élément majeur pour assurer un minimum de croissance. Or les dispositions que prend le Gouvernement contraindront les ménages en difficulté à réduire leur consommation, ce qui mettra un peu plus la France en péril.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. À cet instant de notre discussion, permettez-moi une observation d'ordre général.

Madame la secrétaire d'État, il n'y a pas, dans notre pays, un gouvernement qui serait responsable et une majorité sénatoriale qui serait laxiste et céderait à la facilité.

Pour illustrer mon propos, je rappellerai que, si toutes mesures qui, sur notre initiative, ont été ou seront adoptées par le Sénat, sont demain mises en application, le déficit de l'ensemble des comptes de la sécurité sociale se trouvera réduit de 3 milliards d'euros. N'est-ce pas là le signe d'une attitude parfaitement responsable? (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste-EELV et du groupe CRC.*)

M. Ronan Kerdraon. Très bien!

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 45, 140 et 302 rectifié.

(*Les amendements sont adoptés.*)

M. le président. En conséquence, l'article 58 *bis* est supprimé.

Article 58 *ter* (nouveau) (priorité)

- ① La section 8 du chapitre V du titre V du livre VII du code de la sécurité sociale est ainsi modifié:
- ② 1^o L'intitulé est complété par les mots: « – Primes de déménagement – Prêts à l'amélioration de l'habitat – Prêts à l'amélioration du lieu d'accueil »;
- ③ 2^o Il est ajouté un article L. 755-21-1 ainsi rédigé:
- ④ « Art. L. 755-21-1. – Les prêts à l'amélioration de l'habitat ainsi que les prêts à l'amélioration du lieu d'accueil sont applicables aux départements mentionnés à l'article L. 751-1 dans les conditions définies aux 1^o et 2^o de l'article L. 542-9. » – (*Adopté.*)

Articles additionnels après l'article 58 *ter* (priorité)

M. le président. L'amendement n^o 277 rectifié, présenté par Mme Létard, M. Vanlerenberghe, Mme Dini et M. Roche, est ainsi libellé:

Après l'article 58 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé:

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

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

La parole est à Mme Muguette Dini.

Mme Muguette Dini. Dans un souci de simplification et de rationalisation, il a été entrepris de créer une caisse d'allocations familiales par département, ce que nous approuvons. Toutefois, les budgets d'action sociale des caisses d'allocations familiales visent à aider des publics en grande fragilité et se doivent d'intervenir au plus près des réalités des bassins de vie.

C'est la raison pour laquelle, dans les départements dont la taille le justifie, il est essentiel de maintenir la réactivité nécessaire dans l'octroi de l'action sociale des caisses.

Tel est l'objet de cet amendement, qui vise à territorialiser le budget d'action sociale lorsque le nombre d'allocataires dépasse un certain seuil dans un département.

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

Mme Isabelle Pasquet, rapporteure. Cet amendement tend à remettre en cause la fusion des caisses d'allocations familiales infradépartementales en une seule caisse départementale prévue par la convention d'objectifs et de gestion pour la période 2009 à 2012 signée entre l'État et la CNAF. Or une telle mesure est d'ordre infraréglementaire.

C'est pourquoi la commission a sollicité le retrait de cet amendement. Néanmoins, elle souhaite entendre les explications de Mme la secrétaire d'État sur cette réforme qui, semble-t-il, n'est pas adaptée aux réalités locales.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement?

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. L'action sociale relève des prérogatives des conseils d'administration, et ceux-ci tiennent compte des particularités socio-démographiques des différents territoires lorsqu'ils mettent en œuvre l'action sociale.

L'amendement que vous nous proposez, madame Dini, créerait une contrainte qui ne se justifie pas et qui porterait atteinte à l'autonomie des conseils d'administration.

En conséquence, et m'inspirant des conseils fort avisés qu'a formulés un de vos collègues ce matin, je vous propose de retirer cet amendement. À défaut, le Gouvernement émettra un avis défavorable.

M. le président. Madame Dini, l'amendement n^o 277 rectifié est-il maintenu?

Mme Muguette Dini. Madame la secrétaire d'État, j'ai bien entendu vos raisons administratives. Il n'empêche que cela ne résout pas le problème de l'éloignement de la CAF dans les gros départements.

Je retire néanmoins mon amendement.

M. le président. L'amendement n^o 277 rectifié est retiré.

L'amendement n^o 146 rectifié *ter*, présenté par M. Béchu, Mmes Deroche et Bruguière, MM. Villiers, Léonard, Namy, Cardoux, Savary, Gilles, Doligé et Lorrain et Mmes Cayeux et Debré, est ainsi libellé:

Après l'article 58 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé:

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

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

La parole est à Mme Catherine Deroche.

Mme Catherine Deroche. L'article L. 521-2 du code de la sécurité sociale prévoit le versement des allocations familiales au service d'aide sociale à l'enfance lorsque l'enfant est confié à ce service par décision du juge. C'est le principe.

Par exception, le juge, soit d'office, soit sur saisine du président du conseil général, peut décider de maintenir le versement des allocations familiales à la famille, lorsque celle-ci participe à la prise en charge morale ou matérielle de l'enfant, ou afin de faciliter le retour de l'enfant dans son foyer.

Mais il apparaît que cette exception est devenue la règle, alors même que toutes les dépenses sont mises à la charge des conseils généraux. Ainsi, en Maine-et-Loire, le juge ne fait droit à la demande du conseil général que dans 20 % des cas.

Le présent amendement a pour objet de rétablir la volonté du législateur en faisant du versement des allocations familiales à la famille dont l'enfant a été confié par décision du juge au service d'aide sociale à l'enfance une exception qui reste, certes, de la compétence du juge, mais sur demande du président du conseil général, responsable dudit service.

Ainsi, les allocations familiales seraient maintenues dans le cas d'un placement administratif élaboré avec les familles, pour leur permettre d'assumer leurs obligations parentales et de maintenir les liens, alors que, en cas de placement judiciaire, qui suppose souvent que des fautes ou des manquements graves aient été commis, le principe « absence de charges, absence de ressources » prévaudrait.

M. le président. J'appelle également l'amendement n° 145 rectifié *ter*, présenté par M. Béchu, Mmes Deroche et Bruguière, MM. Villiers, Léonard, Namy, Cardoux, Savary, Gilles, Doligé et Lorrain et Mmes Cayeux et Debré, est ainsi libellé :

Après l'article 58 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

« Sur saisine du président du conseil général, et au vu d'un rapport établi par le service d'aide sociale à l'enfance, le juge peut décider, à la suite d'une mesure prise en

application des articles 375-3 et 375-5 du code civil ou des articles 15, 16, 16 *bis* et 28 de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, de maintenir, totalement ou partiellement, le versement de l'allocation de rentrée scolaire à la famille, lorsque celle-ci participe à la prise en charge morale ou matérielle de l'enfant ou en vue de faciliter le retour de l'enfant dans son foyer. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Catherine Deroche.

Mme Catherine Deroche. Alors que l'article L. 521-2 du code de la sécurité sociale prévoit le versement des allocations familiales au service d'aide sociale à l'enfance lorsque l'enfant a été confié à ce service, le même code ne prévoit pas un tel versement concernant l'allocation de rentrée scolaire dont l'institution doit pareillement servir l'intérêt de l'enfant.

Cet amendement-ci a pour objet de combler cette lacune, mais, comme pour les allocations familiales, il prévoit la possibilité d'un versement de l'allocation de rentrée scolaire à la famille lorsque celle-ci participe effectivement à la prise en charge de l'enfant ou lorsqu'il s'agit de faciliter le retour de l'enfant dans sa famille.

La situation actuelle est d'autant plus anormale que les conseils généraux financent en intégralité les dépenses scolaires des enfants qui leur sont confiés, alors que cette allocation est aujourd'hui intégrée au budget des familles.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements ?

Mme Isabelle Pasquet, rapporteure. La commission n'ignore pas la contrainte financière qui pèse sur les départements, mais elle craint que cet amendement, en supprimant la saisine d'office du juge, ne conduise dans les faits à vider de sa substance la faculté qu'a celui-ci de maintenir le bénéfice des allocations familiales aux parents. Or cette option doit être maintenue, notamment lorsqu'il s'agit de faciliter le retour de l'enfant dans sa famille.

La commission s'en remettra à la sagesse du Sénat sur l'amendement n° 146 rectifié *ter*, mais elle entendra avec intérêt l'avis de Mme la secrétaire d'État sur cette question.

L'amendement n° 145 rectifié *ter* est, en ce qui concerne l'allocation de rentrée scolaire, le miroir du précédent.

Actuellement, l'allocation de rentrée scolaire est versée aux parents, même si leur enfant est confié au service d'aide sociale à l'enfance. Sachant que les conseils généraux supportent les dépenses scolaires des enfants qui leur sont confiés, il est légitime qu'ils prétendent au versement de l'allocation de rentrée scolaire au service d'aide sociale à l'enfance.

Cependant, la commission s'inquiète de ce que cet amendement ne prévoit pas la possibilité, pour le juge des enfants, de se saisir d'office afin de maintenir éventuellement le versement de l'allocation de rentrée scolaire à la famille.

Par conséquent, là encore, la commission, qui s'en remettra à la sagesse du Sénat, sera heureuse de connaître l'avis du Gouvernement.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Le Gouvernement est défavorable à ces amendements.

M. le président. La parole est à Mme Muguette Dini, pour explication de vote.

Mme Muguette Dini. Madame la secrétaire d'État, je m'étonne que vous puissiez émettre un tel avis. Il y a tout de même des situations concrètes qui devraient infléchir votre position. J'ai à l'esprit l'exemple de ces enfants dont les parents étaient séparés et que la maman n'avait pas du tout le droit de voir pour des raisons de maltraitance ; or c'est elle qui recevait les allocations familiales des trois mineurs !

Cette situation est vraiment scandaleuse et il faut y remédier. Je ne vois pas pourquoi un président de conseil général ne serait pas favorable au fait qu'il faut aider la famille dans l'hypothèse d'une réintégration de l'enfant. On considère que les services sociaux sont parfaitement équipés pour juger de la situation de l'enfant, mais que le conseil général n'est pas responsable sur ce point !

Madame la secrétaire d'État, je regrette sincèrement que vous ne vous en remettiez pas, au moins, comme la commission, à la sagesse de notre assemblée.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 146 rectifié *ter*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 58 *ter*.

Je mets aux voix l'amendement n° 145 rectifié *ter*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 58 *ter*.

Je constate que ces deux amendements ont été adoptés à l'unanimité des présents.

L'amendement n° 46, présenté par Mme Pasquet, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'article 58 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Isabelle Pasquet, rapporteure.

Mme Isabelle Pasquet, rapporteure. Depuis la rentrée de 2008, l'allocation de rentrée scolaire est modulée en fonction de l'âge de l'enfant. Cette mesure a, certes, constitué une avancée significative, mais le régime de l'allocation de rentrée scolaire reste insatisfaisant. En effet, le coût des frais de rentrée diffère non seulement en fonction du degré d'études – primaire, collège ou lycée – mais aussi, lorsque l'enfant est au lycée, en fonction de la voie de formation suivie.

Les formations technologiques et professionnelles sont, par définition, celles qui coûtent le plus cher aux familles, car elles nécessitent l'achat de matériel, d'outillage, de vêtements ou d'équipements de sécurité, etc. Or les statistiques révèlent que ce sont les enfants issus de foyers modestes que l'on retrouve majoritairement dans ces voies de formation. Même si, depuis quelques années, les régions participent à l'équipement technique des lycéens, la facture reste bien lourde pour ces familles.

C'est pourquoi le présent amendement prévoit que, pour l'enfant inscrit au lycée, le montant de l'allocation de rentrée scolaire est modulé en fonction de la voie de formation suivie.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. L'allocation de rentrée scolaire n'a pas vocation à couvrir le montant total des dépenses engagées pour la famille à l'occasion de la rentrée scolaire, et encore moins les dépenses liées à certaines charges spécifiques en rapport avec la spécialité choisie comme l'achat de matériel, d'outillage, de vêtements ou d'équipements de sécurité. Elle est là pour aider les familles à faire face à certains frais qu'entraîne la scolarité de leurs enfants, non pour couvrir l'ensemble de ces frais.

Cela étant, il faut le souligner, pour l'ensemble des familles précaires, elle constitue une aide significative au point de neutraliser la charge que représente la rentrée scolaire.

J'ajoute que le Gouvernement a mis en place, pour apporter un soutien aux familles, un ensemble d'aides spécifiques complétant le montant de base des bourses nationales attribuées à certains lycéens lorsqu'ils préparent un diplôme de formation professionnelle et technologique.

C'est la raison pour laquelle le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Muguette Dini, pour explication de vote.

Mme Muguette Dini. Le groupe de l'Union centriste et républicaine votera contre cet amendement, et ce pour deux raisons principales.

D'une part, à enveloppe constante – et nous sommes favorables à ce que l'enveloppe reste constante –, la proposition de Mme le rapporteur se traduira par une diminution du montant de l'allocation de rentrée scolaire pour nombre de familles, parmi lesquelles des familles modestes.

D'autre part, il faut le reconnaître, les aides des régions sont nombreuses à cet égard.

Je citerai d'abord la gratuité des manuels : la région offre souvent des livres scolaires aux lycéens dans les diverses disciplines, et les établissements leur en prêtent durant le temps de l'année scolaire. Pour les lycéens professionnels, cette aide permet l'achat de cahiers d'exercice qui demeurent leur propriété.

Je citerai ensuite l'accès à la cantine pour les familles les plus modestes : l'aide des régions à la demi-pension permet à des lycéens d'accéder à la cantine de leur établissement.

Enfin, très souvent, la région contribue également au financement des équipements pour les élèves préparant un CAP, un BEP ou un baccalauréat professionnel, ce qui leur permet d'acheter caisse à outil, vêtements de travail, chaussures de sécurité et autres équipements de protection souvent coûteux.

Des aides existent par ailleurs concernant les frais de transport.

Nous ne pouvons pas soutenir cette proposition, qui aurait pour effet de diminuer, pour nombre de familles, l'allocation dont ils bénéficient actuellement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 46.

(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse par le bureau, le Sénat, par assis et levé, adopte l'amendement.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 58 *ter*.

Article 59 (priorité)

- ① Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche Famille sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 57,1 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 56,6 milliards d'euros.

M. le président. L'amendement n° 316, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

1° Alinéa 2

Remplacer le nombre

57,1

par le nombre :

57,0

2° Alinéa 3

Remplacer le nombre :

56,6

par le nombre :

56,5

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. L'Assemblée nationale a adopté en première lecture les objectifs de dépenses de la branche famille pour l'année 2012, représentant un total de 57,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires et de 56,6 milliards d'euros pour le seul régime général.

Cependant, l'incidence de l'adoption par l'Assemblée nationale de l'article 58 *bis*, qui reporte au 1^{er} avril 2012 la revalorisation des prestations familiales, n'a pas été intégrée à ces objectifs. Le Gouvernement présente donc un amendement qui tend à réduire de 100 millions d'euros les valeurs arrondies des objectifs de dépenses de la branche famille, pour l'ensemble des régimes comme pour le régime général.

Si cet amendement est adopté, l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2012 sera, tous régimes confondus, en augmentation de 2,6 % par rapport à l'objectif 2011.

Ce chiffre tient compte des mesures nouvelles en dépenses visant à améliorer les aides allouées aux familles monoparentales, au travers du relèvement du plafond de ressources du complément mode de garde de la PAJE et de l'aménagement de l'allocation de soutien familial, et aux parents handicapés, *via* l'augmentation du complément mode de garde de la PAJE.

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

Mme Isabelle Pasquet, rapporteure. Notre assemblée ayant supprimé l'article 58 *bis*, cet amendement n'a plus d'objet.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 316.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 59.

(L'article 59 n'est pas adopté.)

M. le président. Mes chers collègues, ayant maintenant achevé l'examen des articles appelés par priorité, nous en revenons, toujours au sein de la quatrième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale, aux dispositions de la section 1 qui restent à examiner.

Section 1 (*suite*)

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Articles additionnels après l'article 35

M. le président. L'amendement n° 188, présenté par M. Houpert, est ainsi libellé :

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La parole est à M. Alain Houpert.

M. Alain Houpert. Le fait que les tarifs des séjours hospitaliers soient administrés n'est pas contesté, car il revient à l'État et à l'assurance maladie d'assurer un équilibre entre différents objectifs : la réponse aux besoins de soins de la population, l'accès à des thérapeutiques et des techniques de soins nouvelles, qui permettent d'améliorer l'état de santé global de la population, mais aussi la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, qui passe par une régulation.

Toutefois, pour favoriser l'adhésion des établissements aux mesures de régulation mises en œuvre, et pour garantir à leurs représentants une transparence et une anticipation accrues, une politique conventionnelle dans un cadre pluriannuel pourrait être menée, à l'instar de celle qui a été engagée en 1994 dans le domaine du médicament.

Conclu entre les fédérations représentatives des établissements de santé, l'État et l'assurance maladie, l'accord aurait une durée de trois ans et pourrait être amendé par voie d'avenants.

Une organisation permettant un suivi régulier de la mise en œuvre de l'accord serait définie par décret.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement prend modèle sur les conventions conclues entre l'assurance maladie et les professionnels de santé pour prévoir un accord-cadre signé entre l'État, l'assurance maladie et les fédérations représentatives des établissements de santé.

Si l'idée est sans doute intéressante, la rédaction de l'amendement est susceptible de soulever au moins trois difficultés.

Premièrement, l'accord-cadre prévoirait « le suivi commun des dépenses et de leurs projections pluriannuelles, y compris des dépenses relevant des autres secteurs de la santé ».

Deuxièmement, il mettrait en œuvre « une politique de régulation des dépenses [...] dont l'objectif est la recherche de sources d'économies », ce qui n'est pas acceptable, l'objectif devant être d'améliorer la prise en charge des patients.

Enfin, troisièmement, il aurait pour conséquence de lier l'évolution future des tarifs de certaines prestations, ce qui serait très complexe à réaliser, ces tarifs variant entre le secteur public et le secteur privé.

Ces éléments conduisent la commission à émettre un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Je ne peux que partager votre souci de transparence et d'échange d'informations, monsieur Houpert.

L'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, dont sont membres les représentants de l'État, des fédérations hospitalières et de l'assurance maladie, a précisément pour mission de suivre l'évolution de l'activité des établissements et des dépenses d'assurance maladie relatives aux soins.

Je rappelle également que les fédérations des établissements sont consultées dans le cadre des travaux du Conseil de l'hospitalisation.

Enfin, en dehors de ces consultations formelles, les fédérations hospitalières sont associées à plusieurs groupes de travail animés par la direction générale de l'offre de soins – notamment le groupe relatif à l'évolution du modèle de financement –, au sein desquels leur expertise est régulièrement sollicitée.

Il importe évidemment que ces instances d'échanges et de concertation continuent de jouer pleinement leur rôle.

En conséquence, le Gouvernement sollicite le retrait de cet amendement. À défaut, il émettra un avis défavorable.

M. le président. Monsieur Houpert, l'amendement n° 188 est-il maintenu ?

M. Alain Houpert. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 188 est retiré.

L'amendement n° 198, présenté par M. Houpert, est ainsi libellé :

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Alain Houpert.

M. Alain Houpert. La fixation de l'objectif quantifié national – OQN – pour les établissements exerçant des activités de psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation a été affinée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, qui a intégré parmi les éléments constitutifs de cet objectif les créations et fermetures d'établissements et les changements de régime juridique et financier, avec le souci de déterminer le plus finement possible l'évolution de l'activité de ces secteurs, notamment celle des soins de suite, qui connaissent une forte croissance du fait de l'augmentation des besoins de soins.

Toutefois, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a supprimé les éléments dont doivent tenir compte les pouvoirs publics pour fixer cet objectif quantifié national, en contradiction avec la volonté régulièrement affirmée du Parlement que les fixations des objectifs de dépenses, notamment de l'OQN, soient aussi fondées que possible et intègrent l'ensemble des éléments influant sur les secteurs d'activité concernés.

En effet, plus on retire d'éléments à prendre en compte dans la fixation des objectifs de dépenses, plus on tend à rendre ceux-ci inexacts, irréalistes voire arbitraires.

Outre la réintégration des dispositions figurant antérieurement dans la loi, le présent amendement vise à parfaire la constitution de l'objectif en y intégrant une évaluation prévisionnelle de la dynamique de croissance des activités en soins de suite et de réadaptation pour les années à venir, qui résulterait des autorisations de créations ou de transformations délivrées par les agences régionales de santé.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement concerne l'objectif quantifié national qui fixe chaque année le montant global supporté par l'assurance maladie pour les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements privés.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 avait simplifié et sécurisé les critères retenus par le décret en Conseil d'État pour préciser les éléments pris en compte dans la détermination annuelle de ce fameux OQN.

Cet amendement tend à revenir à la rédaction antérieure, ce qui ne se justifie pas clairement aux yeux des membres de la commission.

En conséquence, l'avis est défavorable.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Ces éléments relèvent du niveau réglementaire, monsieur Houpert.

En outre, le décret du 23 février 2009 relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie a modifié l'article R. 162-41 du code de la sécurité sociale afin de préciser les éléments qui doivent être pris en compte dans la fixation de l'OQN.

Votre demande me semble donc d'ores et déjà satisfaite, monsieur le sénateur.

En conséquence, le Gouvernement sollicite le retrait de cet amendement. À défaut, il émettra un avis défavorable.

M. le président. Monsieur Houpert, l'amendement n° 198 est-il maintenu ?

M. Alain Houpert. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 198 est retiré.

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

L'amendement n° 83 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

Mme Isabelle Pasquet. La convergence tarifaire que vous imposez aux établissements publics de santé est une convergence faussée, c'est-à-dire un processus qui veut se donner les apparences de la légitimité, alors qu'il est vicié dès le départ.

Il faut dire que vous n'avez de cesse de faire comme si les hôpitaux et les cliniques commerciales étaient en tous points comparables, alors que leurs missions sont différentes.

En médecine, le secteur public réalise près de 80 % de l'hospitalisation alors que, de son côté, le secteur privé commercial pratique surtout une médecine instrumentale, en prenant essentiellement en charge des pathologies qui nécessitent des actes tels que des endoscopies ou des coronarographies.

Ces choix effectués par les cliniques – car il s'agit bien de cela ! – ne sont pas neutres : les groupes homogènes de séjours de la médecine « instrumentale » sont plus homogènes et font courir un risque financier bien moindre aux établissements qui les réalisent. Ils permettent en outre une « protocolisation » et une optimisation des prises en charge bien plus aisées à réaliser que dans le cadre de la médecine d'urgence.

Il en va de même sur la question des tarifs. Certains voudraient nous faire croire que l'organisation hospitalière, et surtout la fonction publique hospitalière, aurait pour effet d'augmenter le coût de l'acte, qui serait dès lors moins cher dans le secteur privé lucratif. En réalité, c'est loin d'être le

cas, les comparaisons qui servent à l'établissement de la convergence étant fondées sur des tarifs publics et privés dont le périmètre diffère.

Ainsi, à l'hôpital, le tarif des actes intègre la rémunération du médecin, qui est salarié. À l'inverse, ce n'est pas le cas dans les cliniques commerciales, où les médecins sont libéraux et où les honoraires s'ajoutent au tarif de l'acte.

À défaut de parvenir à la suppression de la convergence, qui organise volontairement le déficit des hôpitaux et justifie les coupes budgétaires que vous opérez année après année en réduisant l'ONDAM, nous proposons de rendre celle-ci plus équitable, en intégrant dans les tarifs des cliniques les honoraires des médecins.

M. le président. L'amendement n° 245, présenté par Mmes Génisson, Alquier, Archimbaud et Campion, MM. Carvounas et Cazeau, Mmes Claireaux et Demontès, M. Desessard, Mmes Duriez et Ghali, MM. Godefroy, Jeannerot, Kerdraon, Labazée, Le Menn et J.C. Leroy, Mmes Meunier, Printz et Schillinger, MM. Teulade, Vergoz et les membres du groupe Socialiste, Apparentés et groupe Europe Écologie Les Verts rattaché, est ainsi libellé :

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Lorsque je siégeais à l'Assemblée nationale, je me suis toujours opposée, avec mes collègues députés socialistes, à la convergence tarifaire, non pas par idéologie, mais parce qu'il me semble qu'elle implique de comparer des choses qui ne sont pas comparables.

L'amendement que nous présentons vise à intégrer les honoraires des médecins dans les tarifs des cliniques privées. Vous allez sans doute me répondre, madame la secrétaire d'État, qu'ils sont déjà partiellement intégrés, de façon statistique. Mais une intégration statistique ou une intégration acte par acte, ce n'est pas la même chose !

Pour compléter l'excellente argumentation de ma collègue Isabelle Pasquet, et sans porter de jugement de valeur, je voudrais à mon tour relever une différence majeure de fonctionnement entre l'hôpital public et la clinique privée, qui tient à l'effet de gamme.

Dans le privé, un chirurgien orthopédiste va implanter des prothèses de genou ou de hanche à longueur de journées. Il le fera sans doute de façon remarquable, mais cette spécialisation permettra à son établissement d'optimiser les coûts.

À l'hôpital public, le chirurgien orthopédiste va peut-être poser deux prothèses dans la journée, mais opérer également une fracture du col du fémur chez une personne âgée, trois entorses de cheville chez des sportifs... Cette diversité d'actes a un coût, et il est important.

On m'objectera sans doute que, dans les hôpitaux publics, les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, les MIGACS, prennent en charge les missions de service public, mais n'oublions pas qu'elles peuvent désormais être partagées entre le secteur privé et le secteur public.

Différents rapports relatifs à la convergence tarifaire ont d'ailleurs jugé que cet effet de gamme constituait une différence sensible entre les deux secteurs et qu'il fallait tenir compte.

L'amendement que nous présentons, très proche de celui de nos collègues communistes, permet donc d'avancer équitablement dans la voie de la convergence tarifaire.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'un sujet à la fois important et très délicat.

Cela vient d'être rappelé, lorsqu'il est accueilli dans un établissement privé à but lucratif, un patient paie, d'une part, à la clinique un tarif correspondant aux frais d'hébergement et d'accueil et, d'autre part, des honoraires au médecin qui s'occupe de lui. Cette construction est donc différente de celle de l'hôpital, où les médecins sont salariés et où, en conséquence, les tarifs peuvent intégrer toutes les charges.

Ces amendements visent à revenir sur cette organisation ancienne en intégrant les honoraires des médecins dans les tarifs des cliniques. Ils s'inscrivent dans le cadre du débat sur la convergence, qui pose le problème du « tout compris », c'est-à-dire du périmètre du tarif.

La commission avait, je le rappelle, déposé un amendement prévoyant l'abrogation du processus de convergence, mais cet amendement est tombé sous le couperet de l'article 40 de la Constitution.

Ces amendements posent des difficultés pratiques. Les tarifs sont fixés sur le plan national. Ils ont été intégrés de façon statistique. Dès lors, comment y intégrer des honoraires qui dépendent de chaque médecin, du moins pour ceux exerçant en secteur 2 ? On peut se demander si la mesure telle qu'elle est proposée réglerait réellement la question des dépassements. Nous ne sommes pas sûrs de l'efficacité de cette solution.

Autant la commission, dans sa majorité, me semble-t-il, et moi-même sommes en accord avec l'esprit des amendements – peut-être les considérons-nous plutôt comme des amendements d'appel –, autant il nous paraît difficile d'envisager un tel bouleversement du financement des cliniques au détour de la présentation d'un amendement dans le cadre d'un PLFSS.

Ces amendements, je tiens à souligner, concernent l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale, qui porte sur les modalités de fixation des tarifs et non sur la convergence.

En fonction de ces éléments, et compte tenu de l'importance même de ce dossier, la commission demande le retrait des amendements n^{os} 83 rectifié et 245.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. L'évolution prévue par ces amendements paraît finalement assez simple techniquement, mais ils ont des conséquences importantes, car ils sont porteurs de nombreuses implications qui dépassent largement la régulation « prix-volume ».

L'IGAS, dans son dernier rapport, estimait le coût de l'intégration des dépassements d'honoraires dans les tarifs à 530 millions d'euros.

Ces amendements posent évidemment principalement la question du statut libéral ou non des médecins dans chaque clinique.

Sans remise en cause de ce statut, les amendements viseraient à créer un mécanisme de compensation entre les revenus des cliniques et des médecins, mécanisme dont les cliniques elles-mêmes pâtiraient dès lors que la négociation des honoraires se fait dans le cadre conventionnel et que les dépassements d'honoraires sont librement fixés par les médecins.

Indépendamment de la question sociale soulevée, l'IGAS estimait en 2005 le coût de la réintégration des dépassements à environ 530 millions d'euros, sauf à créer de considérables effets de revenus pour les médecins. Il est inutile de vous dire que nous ne disposons pas, en ce moment, de cette marge de manœuvre. Telle est la raison pour laquelle le Gouvernement émet un avis défavorable.

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

Mme Catherine Génisson. À la demande de M. le rapporteur général, je vais retirer notre amendement, mais nous aimerions tout de même avoir un engagement du Gouvernement par lequel il nous assurerait que la question de la convergence tarifaire sera un jour discutée sérieusement, sans a priori idéologique, avec le souci premier de l'efficacité. Car, aujourd'hui, madame la secrétaire d'État, j'ai le regret de le dire, l'hôpital public pâtit des conséquences de la convergence tarifaire qui commence à se mettre en place de façon insidieuse.

Aujourd'hui, nos hôpitaux publics rencontrent de graves difficultés de fonctionnement, et ce en dépit du fait que les personnels tant médicaux que paramédicaux s'impliquent très largement pour le soutenir.

M. le président. L'amendement n^o 245 est retiré.

La parole est à M. Jacky Le Menn, pour explication de vote sur l'amendement n^o 83 rectifié.

M. Jacky Le Menn. Catherine Génisson a eu raison de retirer son amendement, car il est bien vrai que nous ne pouvons pas traiter aujourd'hui le sujet à fond. Il reste que le problème est réel.

Depuis des mois, voire des années, nous assistons à des conflits liés aux comparaisons entre l'hospitalisation privée et l'hospitalisation publique. Il faudra bien, à un moment donné, arriver à se mettre d'accord sur des paramètres identiques. D'ailleurs, la MECSS du Sénat sera sans doute invitée à formuler des propositions sur ce dossier, comme elle l'a déjà fait dans le passé.

Comme le disait tout à l'heure, en substance, notre collègue Catherine Génisson, comparaison n'est pas nécessairement raison.

Je prendrai l'exemple de la chirurgie osseuse dite « dure ». À l'hôpital public, les chirurgiens sont amenés à faire de la traumatologie d'urgence, puis ils passent à la chirurgie dite « froide », avec des interventions planifiées à l'avance, un domaine dans lequel il est possible d'obtenir des effets de gamme : la répétition d'actes chirurgicaux selon des critères qui peuvent être parfaitement normalisés offre des facilités ; on va plus vite et on peut sans doute réaliser des économies.

Lorsque l'on parle de convergence, encore faut-il comparer de bonne foi l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée. Compare-t-on uniquement les gestes pratiqués dans le cadre de la chirurgie froide ou compare-t-on l'ensemble des actes, en intégrant donc la traumatologie, ce qui aboutira à une conclusion évidemment plutôt défavorable à l'hôpital

public, pour les raisons que j'ai indiquées. Voilà, me semble-t-il, les questions qu'il convient de mettre à plat pour établir une comparaison de bonne foi.

C'est la même chose pour les groupes homogènes de séjours, les GHS. Le nombre de GHS dans les cliniques privées commerciales n'est pas le même que dans ces grandes surfaces que sont les hôpitaux publics, où l'on en fait beaucoup plus ! Il faut donc que la comparaison suive une méthode un tant soit peu heuristique.

Nous devons bien un jour nous atteler à ce travail, faute de quoi, année après année, de PLFSS en PLFSS, nous aurons à déplorer, rapportés par la presse, ces conflits qui ne font pas avancer les choses et créent un mauvais climat.

M. le président. Madame Pasquet, l'amendement n° 83 rectifié est-il maintenu ?

Mme Isabelle Pasquet. J'ai bien entendu les arguments de Mme la secrétaire d'État et de M. le rapporteur général. Cela étant, le dossier de la convergence tarifaire mérite, me semble-t-il, d'avancer et c'est la raison pour laquelle je maintiens mon amendement.

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

M. Alain Milon. Je suis pleinement d'accord avec un certain nombre d'arguments qu'ont avancés les collègues qui viennent de s'exprimer.

En effet, on ne peut pas, me semble-t-il, aller actuellement vers une convergence tarifaire intersectorielle. Autant une convergence tarifaire intrasectorielle me semble nécessaire et relativement facile à réaliser, autant je suis intimement persuadé que la convergence tarifaire intersectorielle est pratiquement impossible.

Je souhaite, moi aussi, que l'on puisse travailler ensemble d'abord sur la convergence intrasectorielle, faire ensuite en sorte que les fédérations se rencontrent pour voir comment il est possible d'envisager des convergences intersectorielles sur certains points. Mais les clientèles, les missions et la façon de travailler n'étant pas les mêmes, la convergence intersectorielle m'apparaît comme une utopie.

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. La convergence tarifaire est mise en œuvre aujourd'hui avec autant de détermination que de pragmatisme, et sans approche doctrinaire, monsieur Le Menn. Nous avons une vraie volonté d'efficacité et, pour comparer les écarts de tarifs entre le public et le privé, le ministère de la santé tient justement compte des honoraires des médecins libéraux.

Voilà pourquoi je maintiens mon avis défavorable.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Nous sommes largement en phase avec l'intervention de M. Milon.

Dans l'amendement, tel qu'il est présenté, sont en fait contenues trois notions différentes : la première permet de déterminer les tarifs dans les cliniques, la deuxième a trait à la convergence, sur laquelle plusieurs collègues, sur différentes travées, se sont exprimés de façon semblable, et la troisième concerne la question sous-jacente des dépassements d'honoraires.

En fait, si l'on peut partager la philosophie d'ensemble de cet amendement, sa rédaction est telle qu'il ne porte que sur les tarifs et qu'il ne peut prétendre à lui seul régler la question de la convergence entre le public et le privé – à laquelle la commission et la majorité sont totalement opposées –, non plus que celle des dépassements d'honoraires, qui est un autre sujet.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 83 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 192, présenté par M. Houpert, est ainsi libellé :

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Alain Houpert.

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

Le présent amendement vise à rémunérer chaque séjour dans un établissement public sur la base de deux GHS, ou groupes homogènes de séjours : l'un, dit de « frais de séjour », correspond aux dépenses hors honoraires des cliniques ; l'autre, calculé sur la base des coûts réels moyens des seuls établissements publics, correspond au champ couvert par les honoraires médicaux et les services médico-techniques.

La distinction entre ces deux masses permettra au demeurant une meilleure appréhension de l'activité médicale.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Nous sommes souvent à la recherche de la simplicité, mais cet amendement, qui ne peut que rendre encore plus complexe la tarification hospitalière, vise à distinguer deux tarifs : l'un pour les prestations de soins, l'autre pour les moyens médicaux mis en œuvre. Cette distinction n'est pas apparue totalement claire à la commission.

Cet amendement s'inscrit dans une logique de rapprochement tarifaire entre les hôpitaux et les cliniques. Nous venons de rappeler que nous contestons cette convergence entre le public et le privé. Nous avons d'ailleurs déposé un amendement visant à abroger ce processus.

La commission émet donc un avis défavorable.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Techniquement complexes, les obstacles méthodologiques ne permettront pas d'adopter, à court terme, des modalités identiques.

Voilà pourquoi le plus simple, me semble-t-il, serait d'ouvrir aux médecins des établissements publics la possibilité de facturer des honoraires en sus de la T2A, mais ce serait dispendieux et nous ne pouvons pas aujourd'hui nous le permettre.

Votre proposition, monsieur Houpert, soulève plusieurs difficultés. D'abord, il faut rappeler que les honoraires des médecins libéraux sont calibrés pour financer, en sus de la rémunération du médecin, des frais de structures et d'équipement ainsi que des frais de personnel.

Le coût du médecin seul ne peut donc être rapproché d'un forfait « honoraires » couvrant des coûts plus larges. Votre amendement postule que la rémunération des structures des deux secteurs doit être la même et que les différences constatées entre les deux secteurs seraient entièrement imputables aux rémunérations des praticiens et aux actes médico-techniques.

Monsieur le sénateur, la différence dans la nature des charges a également un impact sur les frais de structure et, à tout le moins, sur toutes les catégories de frais de personnel.

Votre amendement ne permet donc pas de résoudre au fond la problématique de la convergence intersectorielle. D'autre part, la T2A vise à mettre en place un paiement le plus forfaitaire possible, afin d'inciter les établissements à réaliser des gains d'efficacité sur l'ensemble de leurs charges. Dès lors, la distinction entre tarifs et honoraires éloignerait évidemment de cet objectif d'efficacité.

La convergence intrasectorielle, je le rappelle, est terminée. Elle ne se fait que sur les actes pour lesquels l'activité est comparable et c'est pourquoi on parle de convergence « ciblée ».

Celle-ci se fait, au demeurant, dans les deux sens : si les tarifs du public sont inférieurs à ceux du privé, les tarifs du privé sont abaissés. C'est le cas, par exemple, de la dialyse.

Aussi le Gouvernement est-il défavorable à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 192.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 82 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Dominique Watrin.

M. Dominique Watrin. Depuis l'instauration de la tarification à l'activité, la T2A, les hôpitaux connaissent une situation économique des plus précaires. Cette précarité tient précisément à ce mode de financement et à la contrainte supplémentaire qui réside dans le fait que l'objectif national d'évolution des dépenses de l'assurance maladie est fermé

puisqu'il est impossible de dépasser l'ONDAM. C'est pourquoi, lorsque le seuil de dépassement est proche, il est procédé à la baisse des tarifs des actes.

Les dépenses de la T2A sont réparties en deux blocs principaux : d'une part, l'objectif des dépenses de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, qui rassemble les financements rémunérant l'activité de soins et, d'autre part, la dotation MIGAC, qui finance les missions d'enseignement et de recherche, les missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation.

Le principe de la T2A, qui est de rémunérer à l'identique l'ensemble des actes médicaux semblables, a pour effet de créer un financement reposant sur une structure moyenne d'activités, alors que les structures sont, dans les faits – et c'est là que réside le problème –, très différentes et sont donc soumises à d'autres dépenses.

Ainsi, deux patients présentant une même pathologie n'entraînent pas nécessairement les mêmes dépenses pour l'hôpital. La différence de coût tient au mode d'entrée, selon que le patient consulte en ambulatoire ou passe par le service des urgences, à la structure patrimoniale de l'établissement ou tout simplement à la situation personnelle du patient, que ce soit d'un point de vue médical ou d'un point de vue social.

Pour prendre un exemple régulièrement mis en avant par la Fédération hospitalière de France, l'accouchement normal par voie basse est rémunéré au même tarif, qu'il se déroule dans une maternité de niveau 3 ou de niveau 1. Toutefois, les charges de structure de ces deux établissements sont extrêmement différentes, la maternité de niveau 3 étant organisée pour assurer des prises en charge beaucoup plus complexes.

Si les dotations MIGAC, qui font d'ailleurs l'objet de baisses et de réductions scandaleuses, financent actuellement les actes, elles ne financent pas les dépenses structurelles, qui sont, de fait, laissées à la seule charge des établissements publics de santé, ce qui aggrave leur déficit et les rend virtuellement moins performants que les cliniques commerciales, qui, elles, n'accomplissent pas les mêmes missions de service public et opèrent une sélection des pathologies comme des patients.

Pour remédier à cette situation, nous proposons donc de créer une dotation de financement des charges de structure des missions de service public hospitalier au sein de l'ONDAM.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Par cet amendement, vous voulez, mon cher collègue, que les MIGAC participent également au financement des charges de structure des missions de service public hospitalier.

Sur le principe, nous ne pouvons qu'être d'accord, mais cette précision nous semble redondante avec la deuxième phrase de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale : « Cette dotation participe notamment au financement des engagements relatifs aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, [...] », une phrase qui englobe les charges de structure que vous visez.

En conséquence, je vous demande, mon cher collègue, de bien vouloir retirer votre amendement.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Cet amendement tend à créer, en plus de la dotation nationale de financement au titre des MIGAC,...

Mme Catherine Génisson. Pas en plus !

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Mais si !

... une dotation de financement des charges de structure des missions de service public hospitalier.

Permettez-moi de rappeler que, parmi les quatorze missions de service public hospitalier fixées par la loi HPST, certaines sont financées sous forme de dotation au titre des MIGAC, à l'instar de la permanence des soins, tandis que d'autres sont financées par les tarifs ou par les forfaits ; c'est le cas de la prise en charge des soins palliatifs ou de l'aide médicale d'urgence, dont le financement est mixte.

Le financement des missions de service public, quel que soit son vecteur, comprend déjà aujourd'hui ce que vous appelez « les charges de structure », c'est-à-dire la part des frais généraux et des frais de gestion des établissements qui peuvent être rattachés à l'exercice de ces missions.

Il ne me paraît donc absolument pas pertinent de mobiliser des ressources dans une « dotation structure », dont la définition paraît aléatoire et pourrait se révéler redondante avec ce qui est déjà financé par l'assurance maladie sous bien d'autres formes.

Pour ces raisons, le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

M. le président. Monsieur Watrin, l'amendement n° 82 rectifié est-il maintenu ?

M. Dominique Watrin. Oui, monsieur le président, parce que la Fédération hospitalière de France nous a alertés sur les problèmes qu'elle rencontre sur le terrain. Ces problèmes sont réels, et il faudra bien un jour que nous les traitions.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je veux redire à notre collègue que les charges de structures sont comprises dans les dispositions prévues à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, et c'est pour cette raison que la commission lui a demandé de bien vouloir retirer son amendement. En fait, c'est le niveau de l'enveloppe financière des MIGAC qui pose problème.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 82 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

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

L'amendement n° 122 rectifié est présenté par Mmes Cohen et David, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 208 rectifié est présenté par M. Houpert.

L'amendement n° 222 rectifié est présenté par M. Milon, Mmes Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mmes Cayeux et Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mme Giudicelli, M. Gournac, Mmes Hummel, Jouanno et Kammermann, MM. Laménié, Lorrain et Pinton, Mme Procaccia et MM. Villiers et Savary.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à Mme Laurence Cohen, pour présenter l'amendement n° 122 rectifié.

Mme Laurence Cohen. Le dispositif de contrôle de la tarification à l'activité est, selon l'avis des deux fédérations hospitalières, publique et privée, marqué par des imperfections significatives et des déséquilibres sérieux.

Il faut dire que le mécanisme de codage sur lequel repose la tarification à l'activité est des plus complexes et qu'il entraîne des sanctions financières particulièrement lourdes.

Ainsi, pour ne prendre qu'un exemple, les sanctions financières appliquées aux établissements publics de santé de la région Bourgogne s'élèveraient à 1,7 million d'euros. Cette somme importante, qui correspond à une sanction financière huit fois supérieure aux erreurs constatées lors des contrôles, pèse naturellement sur les établissements publics de santé. Afin que chacun puisse mesurer l'importance de cette sanction, je dirai qu'il s'agit de l'équivalent de quelque 40 emplois d'infirmière ou d'aide-soignante.

Dès lors, on comprend mieux pourquoi l'ancien président de la Fédération hospitalière de France, Jean Leonetti, devenu depuis membre du Gouvernement, demandait dans un courrier en date du 1^{er} février dernier l'instauration d'un moratoire sur l'application du « décret sanction » associé aux contrôles portant sur la tarification à l'activité réalisés par l'assurance maladie.

Les petits hôpitaux, qui sont les plus mal préparés à la T2A, risquent donc naturellement de commettre de nombreuses erreurs, lourdes de conséquences sur leur équilibre financier, déjà bien mal en point. Le maintien des mécanismes actuels et l'importance des sanctions prévues pourraient leur être gravement préjudiciables.

Que les choses soient claires : nous ne sommes pas pour la suppression des contrôles et des sanctions. Nous considérons que la T2A, parce qu'elle est devenue le seul mode de financement des établissements de santé, risque d'entraîner une inflation du nombre des actes ou de contribuer à la substitution de codes par d'autres, correspondant à des actes plus rémunérateurs.

Il faut donc que des contrôles soient réalisés et qu'ils s'accompagnent de sanctions. Toutefois, il faut éviter de créer des tensions dans les établissements et de considérer que toutes les erreurs constatées sont des velléités de fraudes. La meilleure manière de parvenir à cet équilibre serait de modifier les conditions du contrôle.

Pour l'instant, le code de la sécurité sociale prévoit que le directeur général de l'ARS prononce la sanction après avis d'une commission de contrôle composée à parité de représentants de l'agence et de représentants des organismes d'assurance maladie et du contrôle médical. Or les représentants des

établissements de soins sont les plus à même d'expliquer les erreurs de codage commises et donc de proposer des sanctions qui soient plus en adéquation avec l'erreur constatée.

Tel est le sens de cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Alain Houpert, pour présenter l'amendement n° 208 rectifié.

M. Alain Houpert. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 222 rectifié.

M. Alain Milon. Notre collègue Laurence Cohen a excellemment défendu cette proposition qui émane de groupes politiques différents et qui répond à une demande des fédérations hospitalières, qu'il s'agisse de l'hospitalisation privée, publique ou privée à but non lucratif.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Les sanctions liées à un contrôle de la tarification à l'activité sont prises par l'ARS après avis d'une commission composée à parité de représentants de l'ARS et de représentants de l'assurance maladie.

Les trois amendements identiques prévoient que cette commission sera présidée par un magistrat et composée à parité de représentants de l'ARS et de représentants des organismes d'assurance maladie et du contrôle médical, d'une part, de représentants des fédérations hospitalières, d'autre part.

Depuis deux ans, la question des contrôles de la T2A suscite beaucoup de débats, du fait d'un ou de deux cas plutôt atypiques. Pour autant, les contrôles sont indispensables pour lutter contre l'effet inflationniste de ce mode de tarification.

Cet amendement va dans le sens d'un meilleur dialogue entre les établissements, l'ARS et l'assurance maladie puisqu'il tend à créer une commission de contrôle qui permettra de réunir toutes les parties concernées pour examiner les dossiers.

Cependant, je m'interroge sur la nécessité de faire présider cette commission, qui ne donne qu'un avis, par un magistrat – il faudra d'ailleurs définir les modalités de sa désignation –, car je ne suis pas tout à fait certain que les magistrats, qui sont par ailleurs très occupés, disposent d'une expertise particulière en matière de T2A. En outre, il faudra être vigilant sur les risques de conflits d'intérêts des membres de la commission.

En dépit de cette réserve, la commission a émis un avis favorable sur ces trois amendements identiques.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Madame, messieurs les sénateurs, j'entends fort bien votre souci de voir garantie l'impartialité d'une telle commission.

Néanmoins, le rôle de cette commission est avant tout d'apporter un éclairage technique au directeur général de l'ARS. Ce rôle me paraît difficilement pouvoir relever de la compétence d'un magistrat, qui exerce, lui, un pouvoir judiciaire.

Par ailleurs, le Conseil d'État, saisi d'une question prioritaire de constitutionnalité, a considéré que le dispositif respectait les droits de la défense et que, notamment, la composition de la commission ne méconnaissait pas le principe d'impartialité. De plus, le principe du débat contradictoire est déjà renforcé dans la mesure où les établissements contrôlés

peuvent désormais présenter leurs observations à trois reprises, et non plus deux, en vertu du décret du 29 septembre dernier.

Enfin, les efforts engagés à la demande du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, Xavier Bertrand, pour faire évoluer le dispositif de contrôle, sont de nature à garantir une plus grande objectivité du contrôle de la T2A. Une concertation avec les fédérations hospitalières a justement abouti à plusieurs évolutions.

Ainsi, le décret du 29 septembre dernier a revu le barème des sanctions et prévoit la prise en compte des sous-facturations comme des surfacturations, ainsi que le demandaient d'ailleurs les fédérations. L'INSEE a été missionné pour valider la méthodologie d'échantillonnages des contrôles, et l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée voit sa compétence élargie au suivi des contrôles de la T2A.

Les fédérations, qui participent à cet observatoire, disposent donc d'un vecteur pour faire remonter les problèmes rencontrés par les établissements hospitaliers.

Cet organisme est, à mon sens, le principal garant de la bonne objectivité et de la sincérité du contrôle de la T2A.

Compte tenu de ces éléments, je demande aux auteurs de ces trois amendements identiques de bien vouloir retirer les amendements ; à défaut, le Gouvernement émettra un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 122 rectifié, 208 rectifié et 222 rectifié.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 35.

Je constate par ailleurs que ces amendements ont été adoptés à l'unanimité des présents.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 171 rectifié est présenté par M. Revet et Mme Kammermann.

L'amendement n° 202 est présenté par M. Houpert.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

La parole est à M. Alain Houpert, pour présenter l'amendement n° 202.

M. Alain Houpert. Il n'existe aucun cadre permettant de financer, dans le champ ex-OQN, des consultations externes ou actes isolés réalisés par des médecins salariés, l'activité externe relevant de l'activité libérale des praticiens.

Le présent amendement vise à reconnaître la possibilité à des médecins salariés exerçant au sein des établissements de santé dont le mode de financement relève du champ ex-OQN de développer de telles activités, au demeurant pratiquées au tarif opposable et, en conséquence, en faveur d'un meilleur accès aux soins.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Les établissements de santé privés à but non lucratif, devenus établissements de santé privés d'intérêt collectif ou ESPIC, peuvent facturer des activités de soins au tarif opposable même quand le médecin est un salarié. Il s'agit d'une dérogation aux procédures habituelles. Cet amendement étend cette possibilité aux consultations et aux actes externes.

Il est quelque peu étrange, monsieur le rapporteur pour avis, que la commission des finances n'ait pas déclaré cet amendement irrecevable au titre de l'article 40... Ce sont les mystères de la commission des finances !

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. Ou de son président !

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Effectivement : ou de son président, il est juste de le préciser ! (*Sourires.*)

Pour autant, l'amendement proposé permettrait d'assurer une meilleure continuité des soins dans ces établissements. La commission s'en remet donc à la sagesse de notre assemblée.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. La priorité du Gouvernement est de lutter contre les dépassements d'honoraires. Monsieur Houpert, votre proposition va dans le sens inverse puisqu'il tend à ouvrir plus largement le droit à dépassement.

Il est évident que permettre aux médecins salariés des établissements de santé privés de pratiquer des dépassements aurait un coût que l'on a du mal à estimer aujourd'hui. Or il ne me paraît pas envisageable d'introduire à l'aveugle une telle possibilité par le biais de cet amendement. Par conséquent, je vous demande de le retirer ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 202.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 35.

L'amendement n° 201, présenté par M. Houpert, est ainsi libellé :

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Alain Houpert.

M. Alain Houpert. Dans les établissements de MCO – médecine, chirurgie et obstétrique –, la durée du séjour est très courte : le patient ne reste que de cinq à sept jours. En

revanche, elle est en moyenne de trente jours dans les établissements de soins de suite et de réadaptation – SSR –, mais elle varie considérablement en fonction de la spécialité de l'établissement et de l'état de santé des patients, jusqu'à atteindre plusieurs mois.

Or les durées d'hospitalisation les plus longues se rencontrent souvent chez les patients âgés – en raison de l'existence de polyopathologies et/ou d'une dépendance élevée –, qui sont parallèlement les personnes les plus affectées par les limitations des prises en charge des mutuelles.

L'application, pour les établissements de soins de suite et de réadaptation, d'un forfait journalier non modulé en fonction de la durée du séjour des patients est extrêmement pénalisante, notamment pour ceux qui disposent de revenus modestes. Il convient de remédier à cette situation et c'est l'objet de cet amendement.

J'ajoute que cette mesure n'aurait rien d'exceptionnel puisqu'elle a déjà été prise pour les hospitalisations en service de psychiatrie lors de la dernière augmentation du forfait.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Avec cet amendement, le forfait journalier tiendrait compte de la durée de séjour pour les personnes hospitalisées en établissement de soins de suite et de réadaptation.

Il s'agit certainement d'un amendement d'appel puisqu'une telle possibilité est déjà prévue dans le code. Le forfait journalier, qui est une participation forfaitaire non remboursée par l'assurance maladie et liée aux frais d'hébergement, peut déjà être modulé selon la catégorie de l'établissement et la durée du séjour.

Pour autant, il s'agit d'un problème réel, car le lien avec la durée de séjour n'a pas été mis en œuvre et, compte tenu du niveau atteint par le forfait hospitalier, à savoir 18 euros par jour – 13 euros en psychiatrie –, il est légitime de s'interroger. Aussi la commission s'en remet-elle à la sagesse.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Monsieur le Houpert, de quoi est-il question ? D'un forfait journalier qui est dû par l'assuré au titre des frais d'hôtellerie et de restauration. Avec cet amendement, vous demandez de moduler le montant du forfait en fonction de la durée des séjours. Mais votre proposition est déjà satisfaite par l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

Comme vous, je note l'importance, parfois considérable, des durées de séjour en soins de suite et de réadaptation. Mais votre objectif étant satisfait, il ne me semble pas nécessaire d'introduire à nouveau cette disposition dans la loi pour les établissements de soins de suite et de réadaptation.

Par conséquent, je vous demande de retirer votre amendement ; à défaut, j'y serai défavorable.

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

M. Alain Houpert. Oui, monsieur le président, car je ne pense pas qu'il soit satisfait par l'article L. 174-4.

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

Mme Catherine Génisson. Nous voterons cet amendement, car, quand bien même il serait satisfait par l'article L. 174-4, celui-ci n'est pas appliqué.

Or, quand les hospitalisations sont longues, il est vrai que le coût pour le patient est très difficile à supporter, d'autant que, par principe, le forfait hospitalier ne doit pas être inclus dans la prise en charge des mutuelles.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 201.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 35.

L'amendement n° 244, présenté par Mmes Génisson, Alquier, Archimbaud et Campion, MM. Carvounas et Cazeau, Mmes Claireaux et Demontès, M. Desessard, Mmes Duriez et Ghali, MM. Godefroy, Jeannerot, Kerdraon, Labazée, Le Menn et J.C. Leroy, Mmes Meunier, Printz et Schillinger, MM. Teulade, Vergoz et les membres du groupe Socialiste, Apparentés et groupe Europe Écologie Les Verts rattaché, est ainsi libellé :

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Le bilan dont nous souhaitons la publication annuelle sera intéressant à prendre en compte pour traiter, entre autres, du caractère opportun ou non de la convergence tarifaire, sujet qui a été évoqué précédemment.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement, qui prévoit que la CNAM publie annuellement un bilan de la prévalence des actes par région, a déjà été adopté lors de l'examen de la proposition de loi modifiant la loi HPST.

En effet, il est prévu à l'article 21 de cette loi que les agences régionales de santé publient ce bilan et que l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, l'ATIH, publie une analyse nationale comparative.

Par conséquent, l'amendement proposé me semble satisfait et j'en demande le retrait.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Madame Génisson, je suis d'accord avec le rapporteur général : les dispositions issues de la proposition de loi dite Fourcade ont introduit l'obligation pour les ARS de rédiger un rapport annuel analysant l'activité des établissements de santé. Ces rapports régionaux seront ensuite synthétisés, chaque année, par l'ATIH. Par conséquent, votre souhait est déjà satisfait.

Avec votre amendement, vous demandez un bilan supplémentaire, rédigé par la CNAM. À être trop nombreux, tous ces rapports ne peuvent que faire redondance ! Il m'apparaît inutile d'alourdir inutilement la charge administrative qui pèse aujourd'hui sur les acteurs.

C'est pourquoi, tout comme le rapporteur général, je demande le retrait de cet amendement ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

M. le président. Madame Génisson, maintenez-vous cet amendement ?

Mme Catherine Génisson. Compte tenu de la force de conviction de notre rapporteur général et de Mme la secrétaire d'État, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 244 est retiré.

L'amendement n° 246, présenté par Mmes Génisson, Alquier, Archimbaud et Campion, MM. Carvounas et Cazeau, Mmes Claireaux et Demontès, M. Desessard, Mmes Duriez et Ghali, MM. Godefroy, Jeannerot, Kerdraon, Labazée, Le Menn et J.C. Leroy, Mmes Meunier, Printz et Schillinger, MM. Teulade, Vergoz et les membres du groupe Socialiste, Apparentés et groupe Europe Écologie Les Verts rattaché, est ainsi libellé :

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6114-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le sixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

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

2° Au septième alinéa, les mots : "à l'alinéa précédent" sont remplacés par les mots : "au sixième alinéa".

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Quand les établissements qui ont signé un CPOM, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, réalisent une activité supérieure, dans quelque domaine que ce soit – chirurgie, obstétrique, médecine –, il est important de prendre en compte cet excédent d'activité, essentiellement lié aux missions de service public.

La tarification à l'activité a des effets quelque peu délétères. D'abord, elle est inflationniste, inconvénient que nous avons tous dénoncé. Ensuite, plus les actes sont nombreux, moins la rémunération est importante.

Cet amendement vise précisément à corriger les effets néfastes de ce dispositif.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'un amendement de principe et de bon sens, car il est nécessaire de prendre en compte les missions de service public dans l'évaluation de l'activité des hôpitaux au regard de leurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

La commission est donc favorable à cet amendement.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

Madame Génisson, le décret portant suppression des objectifs quantifiés de l'offre de soins – ce que l'on appelle les OQOS – en volume dans le SROS – schéma régional d'organisation des soins – et dans les CPOM devrait être signé dans quelques jours. Un dispositif plus souple allant remplacer celui des OQOS, votre proposition est donc quasiment sans objet.

Si votre amendement vise à libérer, le cas échéant, tout établissement public de santé de ses contraintes de réalisation d'activité dès lors qu'il a accompli des missions de service public et qu'il réalise une part de son activité chirurgicale sous tarification opposable, l'administration de la santé, qui a été sollicitée par le ministre, va mettre fin au dispositif relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins, dans la mesure où il paraissait au ministre de la santé inefficace pour réguler l'offre de soins.

Le dispositif qui s'y substitue, fondé sur un pilotage régional par l'ARS des volumes d'activités de soins au niveau régional, prévoit la possibilité de mettre en place, avec les établissements, des démarches de pertinence de soins contractualisées par les CPOM. La logique de contrainte disparaît donc au bénéfice d'une logique purement contractuelle. Dès lors, le fait de permettre à des établissements de se délier de leurs propres engagements va à l'encontre non seulement d'une logique contractuelle, mais aussi de la bonne organisation de l'offre de soins.

Par ailleurs, focaliser votre dispositif sur des établissements publics de santé pourrait être évidemment de nature à créer, à l'égard des établissements privés, une distorsion de concurrence contraire aux principes communautaires.

Par conséquent, le Gouvernement est défavorable à votre amendement.

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

Mme Catherine Génisson. Madame la secrétaire d'État, il n'est bien évidemment pas question d'échapper aux objectifs fixés ou à l'évaluation des actes! Tous ceux qui doivent s'y soumettre le savent bien et ne veulent nullement se soustraire à cette règle.

Vous annoncez la publication prochaine d'un nouveau décret, mais je suis comme saint Thomas: je ne crois que ce que je vois!

Il est important que les établissements de santé, en particulier les établissements publics qui pratiquent les tarifs opposables, ne soient pas pénalisés quand ils dépassent les objectifs fixés avec les agences régionales de santé et que leur augmentation d'activité puisse être reconnue.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 246.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 35.

L'amendement n° 120 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé:

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé:

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

La parole est à M. Dominique Watrin.

M. Dominique Watrin. La création par la loi Debré d'un secteur libéral au sein des établissements publics de santé avait vocation à inciter financièrement les praticiens hospitaliers à exercer à temps plein à l'hôpital.

Les rémunérations issues de ce temps plein étant inférieures à celles que pouvaient tirer les médecins d'un exercice partagé entre activité hospitalière et activité libérale hors de l'hôpital, la loi a autorisé ceux-ci à exercer au sein de l'hôpital public une activité libérale. Cette dernière donne lieu au versement d'une redevance par le praticien titulaire du contrat d'activité libérale, afin qu'il dédommage l'hôpital de l'utilisation des locaux, du prêt des équipements et, éventuellement, de la participation du personnel hospitalier.

Nous mesurons à quel point l'adoption de cet amendement entraînerait une véritable révolution. Celui-ci aurait été plus complet si nous avions pu également prévoir un renforcement de la rémunération des professionnels concernés. Malheureusement, l'application de l'article 40 de la Constitution aurait eu pour effet de nous priver de la possibilité de débattre d'une telle proposition.

Or le débat s'avère particulièrement nécessaire, car l'activité libérale dans les structures publiques constitue, selon les termes utilisés par le professeur Denis Safran, chef du pôle anesthésie-réanimation chirurgicale à l'hôpital européen Georges-Pompidou, « le cancer de l'hôpital ». Si ces mots sont forts, c'est que les conséquences sont lourdes. Nos concitoyens en témoignent, les délais d'attente peuvent être considérablement réduits si le patient accepte d'être soigné dans le cadre d'une consultation privée, qui lui permet de bénéficier d'une sorte de coupe-file.

Le professeur Safran décrit d'ailleurs parfaitement la situation: « C'est un système tordu et scandaleux. Des chirurgiens désorganisent complètement l'activité du bloc opératoire en souhaitant que tel de leurs patients passe avant tel autre. » D'ailleurs, selon la commission centrale, censée encadrer cette pratique, « certains patients se sont étonnés de la possibilité d'obtenir un rendez-vous en secteur libéral plus rapidement qu'en public ».

Il faut dire que certains professionnels n'hésitent pas à réaliser dans le cadre libéral 50 % de leurs actes et de leurs consultations, ce qui est le maximum autorisé. Cela explique sans doute les raisons pour lesquelles cette activité est aussi lucrative. En 2004, selon la sécurité sociale, cette pratique leur a permis d'ajouter, en moyenne, 38 779 euros d'honoraires à leur traitement de praticien hospitalier. Je pourrais même vous citer des exemples de praticiens qui ont augmenté leur rémunération de 100 000 euros par an!

Nous sommes en droit de nous demander s'il revient aux hôpitaux publics d'apporter d'offrir la possibilité de gagner de telles rémunérations complémentaires à un certain nombre de praticiens, et ce au détriment des patients les plus modestes, qui, eux, ne peuvent se payer le luxe de ne pas attendre.

Les mécanismes de régulation en vigueur ont fait preuve de leurs insuffisances. C'est sur la base de ce constat que nous vous proposons, mes chers collègues, d'adopter cet amendement.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Mes chers collègues, cet après-midi, nous discutons de certains amendements qui portent sur des sujets particulièrement importants.

Ainsi, l'amendement n° 120 rectifié vise à supprimer la possibilité, pour les praticiens hospitaliers, d'exercer une activité libérale à l'hôpital. Nous sommes là face à une question importante. Bien que le sujet ne soit pas récent, il demeure d'une grande complexité.

N'oublions pas en effet que le secteur libéral a été introduit à l'hôpital pour renforcer l'attractivité du secteur public aux yeux des médecins. Par conséquent, la suppression d'une telle possibilité dans le cadre d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale ne paraît pas pertinente, à moins de l'inscrire dans une réflexion d'ensemble sur les modalités de fonctionnement de l'hôpital et les dépassements d'honoraires, qui choquent fort légitimement un certain nombre d'entre nous, en particulier lorsqu'ils sont appliqués dans les établissements publics.

Cet amendement propose une voie pour faire progresser la réflexion sur cette question et pour modifier la situation existante. Toutefois, en l'état actuel, la commission vous demande, mon cher collègue, de bien vouloir le retirer. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Aujourd'hui, les praticiens statutaires qui exercent à temps plein dans les établissements publics peuvent y exercer une activité libérale, dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle. Et vous nous demandez, monsieur le sénateur, de supprimer une telle disposition !

Je rejoins sur ce point l'avis de M. le rapporteur général : l'activité libérale ne doit pas se faire au détriment de la prise en charge des patients, qui est, selon moi, le point central. Or ceux-ci ont besoin de recourir au service public dans des conditions de droit commun. Le Gouvernement demeure vigilant sur ce sujet.

À cet égard, permettez-moi de vous rappeler le dispositif encadrant aujourd'hui l'activité libérale à l'hôpital.

D'une part, cette activité doit être clairement définie dans un contrat conclu entre le directeur de l'établissement et le praticien et soumis ensuite à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé.

D'autre part, au sein de chaque établissement siège une commission locale de l'activité libérale, qui veille au respect de la réglementation. Elle a pour mission d'examiner régulièrement les bilans d'activité de chaque praticien concerné du point de vue du respect tant du temps consacré à cette activité que du nombre d'actes ou du versement de la redevance versée en contrepartie des moyens matériels et humains mis à sa disposition.

Cette commission établit un rapport annuel porté à la connaissance des instances de gouvernance de l'établissement. Elle peut même demander au directeur général de l'agence régionale de santé de suspendre ou de retirer l'autorisation d'exercer une activité libérale en cas de manquement aux obligations.

Par conséquent, monsieur le sénateur, je le répète, je ne comprends pas votre position. Alors que cette mesure est favorable aux établissements publics, vous en demandez la suppression.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur l'amendement n° 120 rectifié.

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

Mme Catherine Génisson. Comme l'ont dit M. Watrin et M. le rapporteur général, cet amendement pose un problème fondamental, celui de la rémunération des praticiens hospitaliers.

Je rappelle ainsi que nous venons de voter l'article 34 *ter*, qui prolonge l'autorisation d'exercice des médecins étrangers dans nos établissements hospitaliers. Aujourd'hui, en effet, on ne peut pas établir une liste de garde sans eux ! C'est la preuve malheureuse, mes chers collègues, du manque d'attractivité du statut de praticien hospitalier.

Certes, la pratique d'activités privées à l'hôpital n'est pas satisfaisante, d'autant que certaines catégories de médecins hospitaliers peuvent difficilement y avoir accès, ce qui constitue une première injustice. On imagine mal en effet qu'un médecin urgentiste ou un réanimateur puisse avoir une clientèle privée.

Pour autant, depuis vingt ou trente ans que le sujet est évoqué, on n'a jamais proposé d'autres solutions que d'autoriser la pratique par le praticien d'une partie de son activité en secteur privé à l'hôpital, avec un encadrement, que vous avez rappelé, madame la secrétaire d'État, mais qui n'est pas complètement satisfaisant. En effet, il existe encore aujourd'hui des dérives tout à fait inacceptables en la matière.

Si cet amendement ne peut être voté, car son application conduirait encore plus de praticiens à désertier l'hôpital, son objectif est malgré tout parfaitement légitime : c'est celui de la reconnaissance de la fonction de praticien hospitalier dans l'hôpital public. Face à la gravité de la situation, il y a véritablement urgence.

M. le président. La parole est à M. Jacky Le Menn, pour explication de vote.

M. Jacky Le Menn. Je suis tout à fait d'accord avec ce que vient de dire notre collègue Catherine Génisson.

Il s'agit d'un sujet difficile, qu'il n'est pas possible de traiter au détour d'un amendement. Le recrutement de médecins à temps plein à l'hôpital soulève bien évidemment le problème de la rémunération et de la couverture sociale de ces praticiens. Tout va ensemble !

C'est avec la réforme Debré qu'a été introduite l'idée de faire venir des médecins de renom, de grande qualité, pour structurer les établissements, avec possibilité d'avoir une activité libérale, un secteur privé. Dès l'origine s'est posée la question de la rémunération des médecins hospitaliers.

Par la suite, ce mode de fonctionnement n'a cessé d'être remis en cause. Toujours est-il que la rémunération de ces médecins est, aujourd'hui, loin d'être satisfaisante. Si on supprimait le complément de rémunération lié à l'exercice libéral, qui permet aux praticiens de financer une couverture sociale complémentaire, le risque de voir diminuer le nombre de médecins hospitaliers serait accru, ce qui nuirait à l'hospitalisation publique.

Nous devons reprendre cette discussion dans le cadre d'un débat plus large. Prendre des décisions au détour d'un amendement ne permettra pas de résoudre le problème de fond.

M. le président. La parole est à Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, pour explication de vote.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Mes chers collègues, cela fait trente ans que ce n'est pas le bon moment ! Aujourd'hui, les dérives relatives à l'exercice privé dans les hôpitaux sont considérables.

En la matière, il faut avoir du courage, et je ne pense pas que tel soit le cas de ce gouvernement.

Par conséquent, nous maintenons notre amendement. Son adoption pourrait vous inciter à réfléchir à un meilleur statut pour les médecins hospitaliers des établissements publics, ainsi qu'au recrutement de nouveaux praticiens.

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

M. Alain Milon. Alors que nous examinons le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 depuis deux semaines, j'ai le sentiment que nous évoquons enfin le fond du problème, à savoir la reconnaissance exacte du métier de médecin.

En effet, au moment de la réforme Debré, dont l'objet était de permettre aux hôpitaux, en particulier aux CHU et aux hôpitaux régionaux, d'avoir des médecins de qualité, l'activité libérale a été autorisée à côté de l'activité hospitalière.

De la même façon, dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, un certain ministre de la santé a autorisé le secteur 2, parce que le secteur 1 n'avait pas la capacité de financer véritablement les actes médicaux.

Reconnaîtra-t-on véritablement, un jour ou l'autre, le médecin dans sa fonction et existera-t-il une reconnaissance financière de l'acte qu'il fait ? Tel est, je le répète, le fond du problème !

Voilà quelques années, j'ai rédigé un rapport sur la chirurgie. Il y était relevé que des étudiants en cinquième année de clinicien ne touchaient encore que 1 700 euros par mois pour faire des greffes de foie.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 120 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 196, présenté par M. Houpert, est ainsi libellé :

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Alain Houpert.

M. Alain Houpert. Le principe d'une facturation dissociée selon le type d'établissements de santé pratiquant une activité de médecine, chirurgie et obstétrique, ou MCO, a été retenu. À ce titre, les établissements dits ex-OQN sont passés en facturation individuelle, la facturation des établissements ex-DG – dotation globale – ayant été conçue, quant à elle, de façon dérogatoire, selon un mécanisme différent.

Cette procédure dérogatoire devait initialement ne s'appliquer que pour l'année 2005. Cette date a été successivement repoussée au 31 décembre 2008, au 1^{er} juillet 2011, puis au 1^{er} janvier 2013.

Ces reports ne sont acceptables qu'à condition qu'un bilan du processus d'expérimentation de la procédure de facturation dérogatoire soit transmis pour information au Parlement chaque année.

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 prévoir un bilan du processus d'expérimentation en cours sur la modification de la facturation par les hôpitaux.

Cette mesure a déjà été adoptée à l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, qui a modifié la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, laquelle organise l'expérimentation.

Je profite de cette occasion pour vous demander, madame la secrétaire d'État, si le bilan annuel prévu par l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a bien été transmis au Parlement cette année.

Comme nous n'avons reçu aucune réponse à la question que nous avons posée au mois de juillet, dans le cadre des attributions que l'article LO.111-9 du code de la sécurité sociale reconnaît à notre commission, je vous interroge de nouveau : où en est l'expérimentation de la facturation individuelle dans les hôpitaux ?

L'amendement n° 196 étant satisfait, je demande à son auteur de le retirer ; à défaut, la commission émettra un avis défavorable.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. J'entends votre propos, monsieur Houpert : votre demande est légitime. Mais le bilan que vous réclamez existe déjà.

Vous attendez le rapport, Madame Génisson, tel Saint-Thomas... Moi aussi ! Je vous demande de me croire sur parole, même si j'ai le sentiment que vous n'avez pas envie de le faire : ce rapport vous parviendra très prochainement.

Songez au nombre des rapports à rédiger. Souvent d'ailleurs, c'est vous, mesdames, messieurs les sénateurs, qui les demandez... Or c'est toujours le même bureau qui les prépare et il est difficile de lui demander beaucoup de choses à la fois. Cependant, vous pouvez me croire, le rapport sera terminé dans quelques jours.

À mon tour, monsieur Houpert, je vous demande de retirer votre amendement ; à défaut, j'y serai également défavorable.

M. le président. Monsieur Houpert, l'amendement n° 196 est-il maintenu ?

M. Alain Houpert. Madame la secrétaire d'État, vous m'avez indiqué que mon amendement était satisfait, et je vous crois sur parole. Je le retire donc, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 196 est retiré.

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

L'amendement n° 194, présenté par M. Houpert, est ainsi libellé :

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Alain Houpert.

M. Alain Houpert. Il est nécessaire de poursuivre les études permettant d'évaluer la pertinence de la dotation de convergence nouvellement définie.

Il s'agit d'une enveloppe provisoire, dont les ressources ont vocation à être transférées vers les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, les MIGAC, à être réintégrées, pour la part correspondant à un strict écart de productivité, dans l'enveloppe « tarifs » au profit des établissements publics et privés, ou à être remises à la disposition de l'ONDAM.

M. le président. L'amendement n° 195, présenté par M. Houpert, est ainsi libellé :

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La deuxième phrase du premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est complétée par les mots : « sur la base du taux de prise en charge par le régime obligatoire ».

La parole est à M. Alain Houpert.

M. Alain Houpert. Pour pouvoir être poursuivie, la convergence tarifaire doit reposer sur un modèle décrivant, avec précision et de manière opérationnelle, le système de tarification à construire d'ici à 2018.

Dans le cas d'une convergence du privé vers le public, il est nécessaire que l'équité puisse être respectée. Or le modèle actuel de convergence compare les montants payés tous payeurs confondus, c'est-à-dire en incluant les dépassements, alors que le taux de prise en charge par le régime obligatoire n'est pas le même.

Il n'est pas équitable que, pour un montant rendu identique tous payeurs confondus, la solidarité nationale n'intervienne pas dans des conditions identiques.

C'est pourquoi, dans l'attente de la mise en place du secteur optionnel, il doit être précisé que si le processus de convergence est orienté vers les tarifs les plus bas, ceux-ci seront calculés sur la base du taux de prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Nous ne pouvons soutenir l'amendement n° 194, puisqu'il se rapporte à la convergence tarifaire entre les établissements de santé des secteurs publics et privés.

Cet amendement présente toutefois l'intérêt d'« écraser » complètement le VII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 sur lequel repose l'ensemble du processus de convergence : nous aurions pu être tentés, pour des raisons tactiques, de soutenir son adoption. Mais la commission des affaires sociales préfère rester fidèle à ses principes ! Elle émet donc un avis défavorable.

Quant à l'amendement n° 195, il est également en contradiction avec celui que la commission aurait aimé déposer pour abroger la convergence tarifaire. Il prévoit de surcroît que les

tarifs convergeront vers le bas hors prise en compte des dépassements d'honoraires : ce serait un comble ! L'avis de la commission est donc également défavorable.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Le processus de convergence intersectorielle utilise deux échelles de coûts : l'une pour le secteur public, l'autre pour le secteur privé.

Cette méthode est justifiée par les différences structurelles qui existent entre le financement du secteur hospitalier public et celui du secteur hospitalier privé.

La convergence tarifaire intersectorielle nécessite aujourd'hui une continuité et une progressivité qui ne sont pas prévues par l'amendement n° 194.

De surcroît, cette convergence doit aboutir en 2018 ; il s'agit déjà d'un objectif très ambitieux.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

Pour ce qui concerne l'amendement n° 195, je rappelle que la convergence tarifaire n'a pas lieu seulement sur la base du taux de prise en charge par l'assurance maladie, comme vous le souhaitez : elle intègre aussi les dépassements d'honoraires.

Pour pouvoir être poursuivie, la convergence tarifaire doit être éclairée par des études préalables qui ne prennent pas seulement en compte l'assurance maladie, mais l'ensemble des financeurs.

Tout en vous remerciant pour votre participation active, monsieur Houpert, je regrette de devoir émettre un nouvel avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 194.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 195.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 199, présenté par M. Houpert, est ainsi libellé :

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Alain Houpert.

M. Alain Houpert. La mise en œuvre d'une tarification à l'activité en soins de suite et de réadaptation doit, pour être menée à bien, s'appuyer sur une étude nationale de coûts fondée sur une échelle commune entre les établissements publics et privés qui assurent ces soins.

En effet, dans ces activités plus encore que dans d'autres, les prises en charge sont identiques, quel que soit le statut de l'établissement.

Depuis le 17 avril 2008, un cadre réglementaire unique régit les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé, sans distinction de statut.

De surcroît, les patients ont des profils identiques, quelle que soit la nature de l'établissement qui les accueille.

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 créer une échelle nationale des coûts commune aux secteurs public et privé pour les soins de suite et de réadaptation.

À cette fin, il modifie un article de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Celui-ci prévoit une expérimentation qui doit se terminer le 31 décembre prochain. Le Gouvernement n'a pas proposé de la prolonger.

Il n'est donc pas possible d'adopter cet amendement, sur lequel la commission émet un avis défavorable.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Dans le domaine des soins de suite et de réadaptation, rien aujourd'hui ne permet de démontrer l'identité des prises en charge.

Certes, les décrets de 2008 ont mis en place une réglementation commune aux deux secteurs. Mais la lourdeur des prises en charge et les coûts supportés sont-ils les mêmes pour tous les établissements ? Cela n'est pas établi.

Je vous rappelle en outre, monsieur le sénateur, que les statuts des personnels non médicaux sont distincts et que, dans les cliniques, une partie du personnel médical continue d'exercer en mode libéral.

Dans ces conditions, la seule démarche réalisable consiste à conduire une étude comparative dégageant deux échelles de coûts ; c'est ainsi qu'il sera possible d'identifier les similitudes et les différences entre les deux secteurs.

Il ne me paraît pas opportun de retarder les travaux en cours en imposant un changement méthodologique brusque et complet, surtout s'il conduit à une voie qui ne paraît pas pertinente à la lumière des conclusions de l'étude nationale de coûts à méthodologie commune.

J'ai entendu le message que vous avez voulu exprimer. Je vous demande cependant de retirer votre amendement : à défaut, j'y serai défavorable.

M. le président. Monsieur Houpert, l'amendement n° 199 est-il maintenu ?

M. Alain Houpert. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 199 est retiré.

Article 35 bis (nouveau)

① I. – L'article L. 6211-21 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

② « Art. L. 6211-21. – Sous réserve des accords ou conventions susceptibles d'être passés avec des régimes ou des organismes d'assurance maladie ou des établissements de santé publics ou privés ou des groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L. 6133-1 et sous réserve des contrats de coopération mentionnés à l'article L. 6212-6, les examens de biologie médicale sont facturés au tarif de la nomenclature des actes de biologie médicale prise en application des articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale. »

③ II. – Le IV de l'article 8 de l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale est abrogé.

M. le président. L'amendement n° 20, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'article 35 bis, introduit par l'Assemblée nationale, tend à rétablir le système des ristournes que les laboratoires de biologie médicale pouvaient consentir aux établissements de santé jusqu'à l'entrée en vigueur de l'ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale.

Lors de l'examen de la proposition de loi de Jean-Pierre Fourcade modifiant certaines dispositions de la loi HPST, la commission des affaires sociales s'est opposée à ce rétablissement. La profession interprète d'ailleurs largement le retour au système des ristournes comme une négation de l'objectif de médicalisation renforcée de la profession qu'elle avait défendu dans le cadre de la préparation de la réforme.

L'éventuel surcoût pour les établissements de santé, évalué à 48 millions d'euros par l'auteur de l'amendement, doit être interprété avec prudence, les modalités de calcul étant susceptibles de faire débat.

Quoi qu'il en soit, il paraît difficilement concevable d'admettre que les laboratoires soient en quelque sorte invités à se livrer à une guerre commerciale, à coups de rabais sur la nomenclature de l'assurance maladie.

L'évolution des tarifs de cette nomenclature doit procéder de décisions des autorités compétentes. Quant au souci légitime d'encadrer les dépenses de biologie médicale, il doit aussi passer par la rationalisation des prescriptions et par un recours plus efficient aux examens, favorisé par la médicalisation accrue du secteur et le dialogue entre cliniciens et biologistes médicaux.

Pour toutes ces raisons, la commission s'en tient à sa position : elle refuse les ristournes dans le domaine médical, compte tenu du fait qu'il existe une tarification nationale des prestations.

Mes chers collègues, la commission vous invite donc à supprimer l'article 35 bis.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Il s'agit d'un amendement important. À l'Assemblée nationale, nous avons procédé au rétablissement des remises de tarifs sur les examens de biologie médicale au profit des établissements de santé. Vous proposez, monsieur le rapporteur général, de supprimer ces remises. Le Gouvernement y est bien évidemment défavorable.

Les hôpitaux publics profitaient jusqu'à présent des remises de tarifs. Vous souhaitez maintenant les en priver ? Il leur en coûterait 50 millions d'euros par an de charges supplémentaires...

Ces remises n'ont, en outre, absolument aucun effet sur la qualité des examens de biologie médicale ; celle-ci est garantie par l'accréditation des laboratoires qui les effectuent.

Dans le contexte financier actuel, monsieur le rapporteur général, il est pour le moins contradictoire de priver les hôpitaux publics de la possibilité de bénéficier de remises de tarif... Il s'agit d'une économie indolore, dont vous auriez bien tort de les priver!

Je le répète : la qualité des examens de biologie médicale n'est menacée en aucune façon par un ajustement des prix en fonction des volumes.

Les établissements ont eu un comportement vertueux dans leurs achats ; voudriez-vous aujourd'hui les sanctionner ?

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

M. Alain Milon. L'adoption de l'amendement de la commission rendrait le mien sans objet ; c'est pourquoi je souhaite intervenir.

M. le rapporteur général l'a rappelé, le rétablissement des ristournes auquel procède l'article 35 *bis* a déjà fait l'objet d'un long débat dans le cadre de l'examen de la proposition de loi de Jean-Pierre Fourcade modifiant certaines dispositions de la loi HPST.

Pour ma part, si je ne souhaite pas la suppression complète de cet article, je soutiens sa modification. En effet, cet article, s'il était adopté sans changement, serait interprété par les professionnels – cela a été dit – comme une véritable négation de l'objectif de médicalisation renforcée de la profession.

Vous avez indiqué, madame la secrétaire d'État, que la suppression des ristournes entraînerait pour les établissements un surcoût de près de 50 millions d'euros. Cette estimation doit être regardée avec une certaine prudence.

Ne spéculons pas sur les avantages possibles d'un retour aux ristournes ; celles-ci, nous le savons, n'ont pas vocation à durer plus de temps qu'il n'en faut à celui qui les consent pour éliminer ses concurrents...

Mes collègues du groupe UMP et moi-même voterons contre l'amendement n° 20 présenté par la commission. Nous souhaitons en revanche l'adoption de l'amendement n° 229, cosigné par plusieurs d'entre nous.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 20.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 35 *bis* est supprimé.

J'étais saisi d'un amendement n° 229, présenté par M. Milon, Mmes Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mmes Cayeux et Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mme Giudicelli, M. Gournac, Mmes Hummel, Jouanno et Kammermann, MM. Laménie, Lorrain et Pinton, Mme Procaccia et MM. Savary et Villiers, et ainsi libellé :

1° Alinéa 2

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Art. L. 6211-21. - Sous réserve des coopérations dans le domaine de la biologie menées entre des établissements de santé dans le cadre de conventions, de groupements de coopération sanitaire ou de communautés hospitalières de territoire, et sous réserve des contrats de coopération mentionnés à l'article L. 6212-6, les examens de biologie médicale sont facturés au tarif de la nomencla-

ture des actes de biologie médicale prise en application des articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale. »

2° Alinéa 3

Supprimer cet alinéa.

L'article 35 *bis* ayant été supprimé, cet amendement n'a plus d'objet.

Article 35 *ter* (nouveau)

① L'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

③ a) À la première phrase, les mots : « pour une période de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2007, » sont supprimés ;

④ b) La seconde phrase est supprimée ;

⑤ 2° Au deuxième alinéa, les mots : « tout au long de l'année des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation se fondant » sont remplacés par les mots : « des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation et de la situation financière des établissements de santé publics et privés. Il se fonde notamment ». – *(Adopté.)*

Article 35 *quater* (nouveau)

① I. – L'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Après la référence : « L. 162-21-2, », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « deux taux prévisionnels d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes respectivement à ces spécialités pharmaceutiques et à ces produits et prestations. » ;

③ 2° Au deuxième alinéa, les mots : « de ce » sont remplacés par les mots : « d'au moins un de ces » ;

④ 3° Le même deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

⑤ « Ce plan d'actions est annexé au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations. »

⑥ II. – Les 1° et 2° du I s'appliquent pour la première fois au titre des dépenses de santé de l'année 2012. Le 3° du même I s'applique à compter du 1^{er} janvier 2013.

M. le président. L'amendement n° 21, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet article, introduit par l'Assemblée nationale, a pour objet de distinguer les médicaments des dispositifs médicaux implantables dans la procédure de régulation des produits de santé remboursés par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation.

Les dépenses de la liste en sus ont beaucoup progressé ces dernières années, ce qui rend pertinente l'idée d'un contrôle par l'assurance maladie et les ARS, concrétisé par un contrat. Ce contrôle est d'ailleurs prévu dans la loi de financement de

la sécurité sociale pour 2009. Ce mécanisme récent, mis en place progressivement, commence désormais à porter ses fruits.

D'après les informations que j'ai pu recueillir, opérer une distinction entre les médicaments et les dispositifs médicaux nécessiterait de modifier lourdement les systèmes informatiques. Outre son incidence financière, cette mesure aurait donc pour effet d'entraver les efforts en cours pour maîtriser ce poste de dépenses. Nous souhaitons donc supprimer l'article 35 *quater*, qui risque de se révéler contre-productif.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Vous craignez, monsieur le rapporteur général, que la dissociation du taux national d'évolution des dépenses de la liste en sus en deux taux, l'un portant sur les médicaments, l'autre sur les dispositifs médicaux, n'entraîne des coûts d'adaptation du système informatique. Or il n'en est rien. Les données issues de la tarification à l'activité et celles fournies par la CNAM permettent déjà d'analyser séparément les taux d'évolution de ces deux postes de dépenses.

Je citerai trois exemples.

À Laon – chez vous, monsieur le rapporteur général ! –, entre 2009 et 2010, le coût lié aux médicaments a augmenté de 15,4 %, et celui lié aux dispositifs médicaux a baissé de 11,7 %

Dans le secteur du ministre de la santé, à Saint-Quentin, durant la même période, le coût lié aux médicaments a augmenté de 16,3 %, et celui qui est lié aux dispositifs médicaux a diminué de 9,5 %.

Enfin, au sein de l'AP-HP, le coût lié aux médicaments a diminué de 0,5 %, et celui qui est lié aux dispositifs médicaux a augmenté de 5,5 %.

Au bénéfice de ces explications qui, je l'espère, sont de nature à dissiper vos craintes, je vous demande donc, monsieur le rapporteur général, de bien vouloir retirer cet amendement. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La CNAM elle-même dit que la mise en place d'un tel système coûterait très cher. C'est la raison pour laquelle nous avons présenté cet amendement. Je veux bien, toutefois, faire un geste de bonne volonté en retirant cet amendement.

M. le président. L'amendement n° 21 est retiré.

Je mets aux voix l'article 35 *quater*.

(L'article 35 *quater* est adopté.)

Article 35 *quinquies* (nouveau)

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le V de l'article L. 162-22-10 est abrogé ;
- ③ 2° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-22-13 est supprimé ;
- ④ 3° La sous-section 3 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} est complétée par un article L. 162-22-19 ainsi rédigé :

⑤ « Art. L. 162-22-19. – Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 15 septembre de chaque année, un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé, incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées. Ce rapport précise notamment les dispositions prises sur :

⑥ « 1° La tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. À ce titre, sont notamment décrites les dispositions prises afin de prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur le coût de leurs missions de service public. En outre, le rapport souligne les actions engagées afin de mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques. Enfin, le rapport souligne les dispositions prises pour tenir compte du cas particulier des établissements situés dans les zones de faible densité démographique, zones de revitalisation rurale ou zones de montagne ;

⑦ « 2° Les dotations finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation telles que mentionnées à l'article L. 162-22-13. À ce titre, le rapport contient une analyse du bien-fondé du périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé, de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions, de celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements ;

⑧ « 3° Le processus de convergence des tarifs, tel que mentionné à l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003). À ce titre, le rapport met en perspective le programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018. »

⑨ II. – Les deux dernières phrases du premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) sont supprimées.

⑩ III. – Le 2 du VI de l'article 1^{er} de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est abrogé.

M. le président. L'amendement n° 265, présenté par M. Revet et Mme Kammermann, est ainsi libellé :

Alinéas 4 à 6

Rédiger ainsi ces alinéas :

« 3° La sous-section I de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} est complétée par un article L. 162-22-1 A ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-1. A. – Le Gouvernement présente avant le 15 septembre de chaque année au Parlement un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé, incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées. Ce rapport précise notamment les dispositions prises sur :

« 1° La tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics, privés non lucratifs et privés de statut commercial. À ce titre, sont notamment décrites les dispositions prises afin de prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés d'intérêt collectif, et mesurer l'impact sur leurs coûts de leurs missions de service public. Le rapport souligne les actions engagées afin de mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques. Le rapport souligne les dispositions prises pour tenir compte du cas particulier des établissements situés dans les zones de faible densité démographique, zones de revitalisation rurale ou zones de montagne ; »

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 22, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéas 8 et 9

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, la convergence tarifaire entre établissements hospitaliers publics et privés vise à aligner les tarifs des deux secteurs dans la limite des écarts justifiés par des différences de charges.

Depuis son inscription dans la loi, le processus de convergence a suscité de vifs débats et de nombreuses interrogations, si bien que le Parlement a déjà dû décaler plusieurs fois son terme attendu et en modifier les modalités.

Par exemple, bien que les écarts de champs des charges couvertes par les tarifs soient connus depuis l'origine, aucune solution n'a encore été proposée pour rendre parfaitement comparables les tarifs des établissements entre les secteurs public et privé.

Un rapport de 2006 de l'Inspection générale des affaires sociales a en outre démontré la nécessité de produire de nombreuses études préalables, qui sont aujourd'hui au point mort, certaines d'entre elles étant impossibles à réaliser d'un point de vue technique.

Dans son rapport annuel de 2011 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes confirme que les tarifs ne couvrent pas les mêmes champs de dépenses dans les deux secteurs. Les honoraires des praticiens exerçant en cliniques privées ainsi que les actes de biologie, d'imagerie et d'exploration fonctionnelle en sont exclus, contrairement au secteur public.

La Cour des comptes se montre en outre très critique sur la procédure de convergence ciblée pratiquée depuis 2010, qui a pu « dans certains cas, contredire les priorités de santé publique », et qui, si elle était poursuivie, présenterait « un caractère de plus en plus artificiel ». Or, précisément, le Gouvernement entend prolonger en 2012 cette procédure de convergence ciblée, totale ou partielle, sur quelques tarifs, pour un montant attendu d'économies de 100 millions d'euros, alors même que les expériences précédentes ont plutôt eu des conséquences négatives, par exemple

lors du rapprochement du tarif des accouchements par voie basse sans complication, dont les effets sur nombre de maternités ont été sensibles.

La marche forcée ne peut pas résoudre les questions de fond qui se posent en termes de périmètre, d'objectifs ou même d'intérêt pour la prise en charge des patients dans les établissements de santé. Il est temps, au contraire, de remettre à plat les modalités de financement des établissements de santé, afin de trouver un meilleur équilibre entre tarification à l'activité et missions de service public.

La commission des affaires sociales a donc proposé d'abroger le processus de convergence tarifaire entre les hôpitaux et les cliniques. Cependant, le président de la commission des finances a estimé que notre amendement était irrecevable, du fait de la future et virtuelle baisse des charges que la convergence entraîne. Je le déplore, et je ne suis pas le seul.

Nous avons parallèlement déposé le présent amendement en vue de supprimer la partie relative à la convergence contenue dans le nouveau rapport, adressé par le Gouvernement au Parlement, sur le financement des établissements de santé.

Monsieur le président, une fois les éventuelles explications de vote passées, je demanderai le retrait de notre amendement : nous réproprons le processus de convergence, mais nous souhaitons conserver l'information du Parlement sur cette question.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. J'ai bien entendu vos arguments, monsieur le rapporteur général.

Dans la droite ligne de votre amendement visant à supprimer la convergence tarifaire, vous souhaitez supprimer du rapport sur le financement des établissements de santé, qui est adressé au Parlement, la partie relative à la question de la convergence.

Étant défavorable à votre proposition de suppression de la convergence, il est logique que je ne souhaite pas voir supprimer cette partie du rapport annuel. Je considère en effet qu'il convient de continuer à expliquer ouvertement, et en toute transparence, les choix du Gouvernement en la matière.

J'émet donc un avis défavorable.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Non, monsieur le président, je le retire.

M. le président. L'amendement n° 22 est retiré.

Je mets aux voix l'article 35 quinquies.

(L'article 35 quinquies est adopté.)

Article additionnel après l'article 35 quinquies

M. le président. L'amendement n° 190, présenté par M. Houpert, est ainsi libellé :

Après l'article 35 quinquies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

La parole est à M. Alain Houpert.

M. Alain Houpert. Le stockage et la distribution des médicaments et des dispositifs médicaux en établissements de santé sont des missions exclusives des pharmacies à usage intérieur, les PUI.

Or les établissements sont confrontés à des difficultés liées au stock immobilisé, en particulier la gestion des espaces occupés par les stocks, à la mobilisation de main-d'œuvre pharmaceutique et infirmière affectée à des fonctions logistiques, mais aussi à la gestion de leur flux d'approvisionnement.

L'expérimentation a pour objet de recentrer le personnel hospitalier sur la prise en charge du patient, d'optimiser la logistique des produits de santé et de permettre une meilleure organisation des ressources hospitalières.

C'est pourquoi je propose de mener une expérimentation visant à permettre aux PUI, pendant une durée de trois ans, de sous-traiter le stockage de certains médicaments, en particulier le sérum physiologique, et dispositifs médicaux, et de les distribuer dans certaines unités de soins. La liste des catégories de produits autorisés à être stockés sera publiée par arrêté et les contrats seront soumis à autorisation préalable du directeur général de l'ARS.

Au terme du délai de trois ans, l'expérimentation sera évaluée par la direction générale de l'offre de soins, sur la base des indicateurs de suivi fixés par arrêté.

Si cette mesure est généralisée à une cible de 20 % des 500 000 lits et places installés en France, soit 100 000 lits et places, et si on ne prend en compte que les seules charges relatives au fonctionnement, la diminution de charges pourrait atteindre 86 millions d'euros.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. S'il était adopté, cet amendement permettrait d'expérimenter pendant trois ans la sous-traitance par les hôpitaux du stockage et de la distribution des médicaments

et dispositifs médicaux à un dépositaire pharmaceutique. Cette mesure, déjà présentée l'an dernier, avait fait débat, avant d'être rejetée par la commission mixte paritaire.

Certes, les coûts de gestion de certains produits volumineux et lourds peuvent être considérables pour les hôpitaux, mais la sous-traitance à un opérateur agréé risque de rompre le circuit pharmaceutique et de fragiliser la sécurité d'approvisionnement.

Ces différents éléments m'incitent à émettre un avis défavorable. Je considère toutefois que le Gouvernement doit présenter des propositions afin d'améliorer la gestion des médicaments dans les grandes agglomérations, où les risques que je viens d'évoquer sont moins présents.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Le stockage et la distribution des médicaments et dispositifs médicaux en établissements de santé sont en effet des missions exclusives des pharmacies à usage intérieur. Vous souhaitez, monsieur Houpert, qu'une expérimentation soit menée en la matière.

Tout d'abord, un constat s'impose : il ressort des Assises du médicament qu'une vigilance accrue dans ce domaine est impérative, y compris à l'hôpital.

Par ailleurs, deux questions se posent : celle de la responsabilité en cas de problème dans la gestion des stocks, et celle de la concertation.

Cette proposition n'ayant fait l'objet d'aucune concertation avec les personnes intéressées, j'estime qu'elle est prématurée. Il convient toujours, en effet, de privilégier le dialogue et la participation. Je vous demande donc, monsieur le sénateur, de bien vouloir retirer votre amendement. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

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

M. Alain Houpert. Vous avez parlé de missions exclusives, madame le secrétaire d'État. Mais pensez-vous vraiment que la logistique et le stockage de produits volumineux et lourds, comme le sérum physiologique, entrent dans les compétences des hôpitaux ?

Il serait plus cohérent que les pharmacies hospitalières se consacrent à des missions de sécurité sanitaire, de stérilisation et de pharmacovigilance. Ce que met en jeu le problème de la sécurité sanitaire des médicaments, c'est le maintien de la compétence et de la responsabilité du pharmacien hospitalier. Nous parlons en effet d'actes effectués par des professionnels, au sein d'établissements régulièrement contrôlés par l'AFSSAPS.

Cet amendement permettrait, en tout état de cause, de réaliser des économies significatives, ce qui n'est pas négligeable dans le monde où nous vivons.

M. le président. La parole est à M. René Beaumont, pour explication de vote.

M. René Beaumont. Madame la secrétaire d'État, permettez-moi d'ajouter un mot sur ce sujet : vous avez précisé que ce dispositif n'a jamais été expérimenté, bien que cette question ait déjà été évoquée l'an dernier... Si l'on ne fait rien, le même amendement sera de nouveau présenté et repoussé l'année prochaine ! Pourtant cette mesure représenterait 86 millions d'euros d'économies.

En tant que vétérinaire, je suis, pourrait-on dire, comme « annexé » au corps médical... (*Sourires.*) Je reconnais que la distribution de sérum physiologique ne nécessite pas de grandes compétences...

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Mais les hôpitaux ne font pas que cela !

M. René Beaumont. ... et qu'elle pourrait très bien être confiée à un opérateur privé.

À mes yeux, il serait plus intelligent de lancer une expérimentation dans un secteur donné du territoire, pour observer les résultats auxquels elle pourrait aboutir. Ne l'oublions pas, 86 millions d'euros sont en jeu ! On demande à l'hôpital de réaliser des économies, peut-être faut-il commencer par là !

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

Mme Catherine Génisson. J'entends bien les arguments de ceux qui soutiennent l'amendement n° 190, mais comment peut-on avancer que 86 millions d'euros d'économies sont réalisables sans avoir mené la moindre expérimentation ?

En outre, M. Houpert a pratiquement fourni les contre-arguments à son amendement en définissant les missions des pharmaciens hospitaliers : au-delà de leur fonction de conseil, ils ont un rôle majeur à jouer en matière de sécurité sanitaire.

M. Houpert a évoqué le sérum physiologique, mais des accidents dramatiques peuvent malheureusement survenir à l'intérieur d'un service hospitalier, lorsqu'un produit est confondu avec un autre. Si l'hôpital externalisait la distribution de médicaments, il y aurait rupture de la chaîne de soins, ce qui risquerait d'augmenter la possibilité que des erreurs soient commises.

À mes yeux, une telle expérimentation ne pourrait que conduire à un amoindrissement de la sécurité sanitaire.

M. le président. Monsieur Houpert, l'amendement n° 190 est-il maintenu ?

M. Alain Houpert. Madame Génisson, il ne s'agit pas de la distribution des médicaments aux patients ou à l'intérieur des services !

Mme Catherine Génisson. Je l'ai bien compris.

M. Alain Houpert. Il s'agit d'éviter aux hôpitaux, et notamment aux CHU, de dépenser des millions d'euros pour financer des locaux de stockage et assurer des fonctions de cariste. Ces tâches d'un autre temps sont bien éloignées de la science universelle et de l'hôpital actuel, où les médecins apprennent leur métier et assurent de nombreuses missions.

Cette mesure permettrait de recentrer les emplois conservés à la pharmacie intérieure sur la sécurité sanitaire. Cela ne coûte rien d'essayer. (*Mme la secrétaire d'État manifeste son scepticisme.*) Un hôpital – je ne me souviens plus si c'est celui de Caen ou celui de Rouen – a expérimenté cette pratique et a ainsi réalisé un million d'euros d'économies ! Si l'expérience ne se révèle pas concluante au bout de trois ans, il sera toujours possible de revenir en arrière.

Je maintiens donc l'amendement n° 190, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 190.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Article 35 *sexies* (nouveau)

① Il est rétabli un article L. 162-25 du code de la sécurité sociale ainsi rédigé :

② « Art. L. 162-25. – Par dérogation à l'article L. 332-1, l'action des établissements de santé mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22-6 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par un an à compter de la date de fin de séjour hospitalier ou, pour les consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26, à compter de la date de réalisation de l'acte.

③ « Le présent article s'applique aux prestations réalisées à compter du 1^{er} janvier 2012. »

M. le président. L'amendement n° 23, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet article, introduit par l'Assemblée nationale, a pour objet de fixer à un an le délai pendant lequel les établissements de santé peuvent demander le remboursement d'une prestation à l'assurance maladie.

Aujourd'hui, les hôpitaux ne facturent pas lesdites prestations de manière individuelle : ils transmettent des données d'activité dans un système d'information qui permet aux agences régionales de santé de notifier globalement aux caisses le montant qu'elles doivent verser aux établissements, et cela sur une base mensuelle.

Cette procédure n'est pas satisfaisante, et elle est d'ailleurs en voie de rénovation ; en effet, un vaste chantier d'expérimentation est en cours dans cinquante-cinq établissements.

Le projet de facturation individuelle des établissements de santé, ou projet FIDES, doit aboutir, le 1^{er} janvier 2013, à la mise en œuvre d'une procédure de facturation classique. Dans ces conditions, appliquer la prescription annuelle de la facturation des établissements dès 2012 ne pourrait que perturber l'expérimentation en cours.

L'objet de cet amendement est donc de supprimer l'article 35 *sexies* du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Aujourd'hui, l'article 35 *sexies* tend à réduire d'un an le délai dont disposent les établissements de santé pour émettre et rectifier leurs factures auprès de l'assurance maladie.

Monsieur le rapporteur général, vous proposez de supprimer cet article au motif qu'il aurait pour effet de perturber l'expérimentation en cours. Or ce n'est nullement le cas. En effet, aujourd'hui, les établissements sont habitués à cette facturation directe : 99,8 % des facturations des établissements de santé sont déjà transmises avant un an, selon une étude de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Un effort minime suffira donc pour atteindre les 100 % !

La facturation en moins d'un an constitue une avancée majeure pour la gestion de la trésorerie des établissements, comme pour le suivi des dépenses de l'assurance maladie.

Cette mesure ne perturbe en rien la facturation directe. Il s'agit simplement d'un problème de comptabilité publique et de différence entre le système d'information utilisé par l'assurance maladie et celui utilisé par le comptable public. En facturation directe à l'assurance maladie, tout retard ou défaut de remboursement aura inévitablement un impact direct et immédiat sur le niveau de recettes et de trésorerie de l'hôpital concerné. C'est pourquoi cette mesure vertueuse vise à inciter les hôpitaux à émettre leurs factures dans des délais plus courts et à améliorer la qualité de leur facturation initiale.

Au bénéfice de ces explications, le Gouvernement émet un avis défavorable sur l'amendement n° 23.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Madame la secrétaire d'État, je suis soucieux d'entendre les arguments que vous présentez, comme vous l'avez certainement observé au cours de cet après-midi. Si vous affirmez que le processus mis en œuvre par l'article 35 *sexies* ne pose aucun problème, contrairement à ce que nous estimions, j'accepte de retirer l'amendement n° 23.

M. le président. L'amendement n° 23 est retiré.

L'amendement n° 224, présenté par M. Milon, Mmes Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mmes Cayeux et Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mme Giudicelli, M. Gournac, Mmes Hummel, Jouanno et Kammermann, MM. Laménie, Lorrain et Pinton, Mme Procaccia et MM. Savary et Villiers, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Remplacer les mots :

un an

par les mots :

trois ans

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Les assurés et leurs ayants droit, mais aussi les professionnels et les établissements de santé disposent, du fait du tiers payant, d'un délai légal de deux années à compter du premier jour du trimestre suivant les prestations pour obtenir le règlement auprès d'une caisse d'assurance maladie des prestations facturées aux assurés sociaux.

Compte tenu de la complexité croissante des facturations et des évolutions importantes survenues du fait de la tarification à l'activité ou des changements informatiques intervenus dans les chaînes de liquidation, il semble nécessaire d'allonger ce délai à trois années.

De plus, il s'agirait d'une disposition équitable, dans la mesure où les caisses d'assurance maladie bénéficient d'une prescription triennale pour la récupération des sommes indûment versées.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission avait proposé la suppression de l'article 35 *sexies* dont l'application ne pouvait, selon nous, que perturber l'expérimentation en cours sur les modalités de facturation des prestations des hôpitaux à l'assurance maladie. Par conséquent, elle aurait émis un avis de retrait ou un avis défavorable sur l'amendement n° 224.

Toutefois, madame la secrétaire d'État, l'amendement n° 23 ayant été retiré, nous souhaiterions connaître l'avis du Gouvernement sur l'amendement présenté par M. Milon.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Comme je l'ai souligné à l'instant, l'article 35 *sexies* réduit à un an le délai dont disposent les établissements de santé pour émettre et adresser leurs factures à l'assurance maladie.

Ce processus se déroule sans heurts, et le délai, réduit d'un an par l'Assemblée nationale, ne pose aucune difficulté. La facturation en moins d'un an constitue un progrès important pour la gestion de la trésorerie des établissements et le suivi des dépenses d'assurance maladie.

Je viens de le rappeler : 99,8 % des établissements appliquent d'ores et déjà la facturation en moins d'un an.

Compte tenu de tous ces éléments, le Gouvernement demande le retrait de l'amendement n° 224. À défaut, je serai désolée d'émettre un avis défavorable ! (*Sourires sur les travées de l'UMP.*)

M. le président. Monsieur Milon, l'amendement n° 224 est-il maintenu ?

M. Alain Milon. Mme la secrétaire d'État a indiqué que 99,8 % des établissements appliquent la facturation en moins d'un an. Mais cela ne signifie pas que 99,8 % des factures sont établies dans ce délai !

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Si, il s'agit bien de 99,8 % des factures !

M. Alain Milon. Certaines factures dépassent donc encore le délai d'un an et risquent donc d'être bloquées par cette mesure.

Toutefois, comme M. le rapporteur général, j'accède à la demande de Mme la secrétaire d'État. Je retire l'amendement n° 224, même si je suis convaincu que cette question se posera de nouveau à l'avenir.

M. le président. L'amendement n° 224 est retiré.

L'amendement n° 268 rectifié, présenté par M. Revet et Mme Kammermann, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 2

Supprimer les mots :

ou, pour les consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26, à compter de la date de réalisation de l'acte

II. – Alinéa 3

Remplacer les mots :

du 1^{er} janvier 2012

par les mots :

de la date de démarrage de la facturation directe à l'assurance maladie des établissements de santé

Cet amendement n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, pour explication de vote sur l'article 35 *sexies*.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Madame la secrétaire d'État, vous affirmez que les établissements adressent les factures à l'assurance maladie dans un délai d'un an et que les assurés sont remboursés dans les trois ans... Il faudrait vous croire sur parole, mais nous préférierions disposer d'un

document précis. Je ne vous demande pas un rapport, n'ayant déposé aucun amendement en ce sens, ce que je regrette. Mais il serait souhaitable de disposer de données précises sur les délais concernant les établissements et les assurés.

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Monsieur Milon, il s'agit bien de 99,8 % des facturations et non des établissements.

Madame Borvo Cohen-Seat, je précise que le délai de remboursement n'est pas de trois ans, mais de deux ans et trois mois. Il sera toujours possible de mieux faire, et tel est d'ailleurs le but que se fixe aujourd'hui le Gouvernement. C'est la raison pour laquelle j'ai demandé le retrait de l'amendement n° 224.

M. le président. Je mets aux voix l'article 35 *sexies*.

(L'article 35 sexies est adopté.)

Article 35 septies (nouveau)

Au VIII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée, la date: « janvier 2012 » est remplacée par la date: « mars 2013 ». – *(Adopté.)*

Article additionnel après l'article 35 septies

M. le président. L'amendement n° 230, présenté par M. Milon, Mmes Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mmes Cayeux et Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mme Giudicelli, M. Gournac, Mmes Hummel, Jouanno et Kammermann, MM. Laménié, Lorrain et Pinton, Mme Procaccia et MM. Savary et Villiers, est ainsi libellé:

Après l'article 35 *septies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Bien souvent, les populations les plus fragiles, en situation de précarité, ne sont pas à jour de leurs vaccinations. Le simple signalement auquel procède le centre d'examen de santé dans ces situations de non-conformité au calendrier vaccinal n'est pas suffisant pour conduire les personnes concernées à procéder au rattrapage vaccinal souhaitable.

Il serait beaucoup plus efficace d'effectuer les vaccinations nécessaires sur place en même temps que le bilan de santé.

Aussi, il est proposé de donner la possibilité aux médecins des centres d'examens de santé de réaliser pour leurs patients adultes les vaccinations de rattrapage qui se révèlent nécessaires conformément au calendrier vaccinal lors de l'examen périodique de santé.

Cette mesure pourrait potentiellement concerner quelque 150 000 personnes.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement a pour objet d'élargir aux médecins des centres de santé gratuits des caisses d'assurance maladie la mission de participer à la politique de vaccination.

La commission émet un avis favorable.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 230.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 35 *septies*.

Article 36

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le chapitre V du titre III du livre IV de la première partie est complété par une section 5 ainsi rédigée :
- ③ « Section 5
- ④ « **Fonds d'intervention régional**
- ⑤ « Art. L. 1435-8. – Un fonds d'intervention régional finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant à :
 - ⑥ « 1° La permanence des soins, notamment la permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6314-1 et la permanence des soins en établissement de santé mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1 ;
 - ⑦ « 2° L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Des aides peuvent être accordées à ce titre à des professionnels de santé, à des regroupements de ces professionnels, à des centres de santé, à des pôles de santé, à des maisons de santé, à des réseaux de santé, à des établissements de santé ou médico-sociaux ou à des groupements d'établissements, le cas échéant dans le cadre contractuel prévu à l'article L. 1435-4 ;
 - ⑧ « 3° L'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ;
 - ⑨ « 4° La modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins dans le cadre des contrats prévus à l'article L. 6114-1 et conclus avec les établissements de santé et leurs groupements, ainsi que par le financement de prestations de conseil, de pilotage et d'accompagnement des démarches visant à améliorer la performance hospitalière ;
 - ⑩ « 5° L'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé ;
 - ⑪ « 6° La prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire ;
 - ⑫ « 7° La mutualisation au niveau régional des moyens des structures sanitaires, notamment en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projets ;
 - ⑬ « 8° (*nouveau*) La prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'aux prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes.

- ⑭ « Les financements alloués aux établissements de santé et aux établissements médico-sociaux au titre du fonds d'intervention régional, ainsi que les engagements pris en contrepartie, sont inscrits et font l'objet d'une évaluation dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés, respectivement, à l'article L. 6114-2 du présent code et à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles.
- ⑮ « *Art. L. 1435-9.* – Les ressources du fonds sont constituées par :
- ⑯ « 1° Une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ;
- ⑰ « 2° Une dotation de l'État ;
- ⑱ « 3° Le cas échéant, une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;
- ⑲ « 4° Le cas échéant, toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires.
- ⑳ « Au sein des ressources du fonds, sont identifiés :
- ㉑ « *a)* Les crédits destinés au financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies et à la sécurité sanitaire, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux ;
- ㉒ « *b)* Les crédits destinés au financement de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'au financement des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins.
- ㉓ « *Art. L. 1435-10.* – Les orientations nationales du fonds sont déterminées par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé.
- ㉔ « La répartition régionale des crédits est fixée chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du conseil national de pilotage des agences régionales de santé.
- ㉕ « La gestion comptable et financière du fonds est confiée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle peut déléguer une partie de ses crédits aux agences régionales de santé.
- ㉖ « Les sommes notifiées par les agences régionales de santé au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par le fonds sont prescrites à son profit au 31 décembre du quatrième exercice suivant dans des conditions fixées par décret.
- ㉗ « En vue de permettre un suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional, un bilan élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions mentionnées à l'article L. 1435-8, de l'évolution du montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale.
- ㉘ « *Art. L. 1435-11.* – Les modalités d'application de la présente section sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- ㉙ 2° Le 6° de l'article L. 1432-6 est abrogé ;
- ㉚ 3° Avant le dernier alinéa de l'article L. 1433-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ㉛ « Il détermine les orientations nationales du fonds mentionné à l'article L. 1435-8. » ;
- ㉜ 4° La seconde phrase du second alinéa de l'article L. 1434-6 est ainsi rédigée :
- ㉝ « Le montant de la contribution de chaque caisse nationale d'assurance maladie est fixé dans le cadre des dispositions de l'article L. 1435-9. » ;
- ㉞ 5° Le troisième alinéa de l'article L. 1435-4 est ainsi rédigé :
- ㉟ « La contrepartie financière est financée par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du présent code et la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale. » ;
- ㊱ 5° *bis (nouveau)* L'article L. 6112-3-2 est abrogé ;
- ㊲ 6° L'article L. 6323-5 est ainsi modifié :
- ㊳ *a)* À la fin de la première phrase, les mots : « pour la qualité et la coordination des soins, dans les conditions prévues à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « régional prévu à l'article L. 1435-8 » ;
- ㊴ *b)* La dernière phrase est supprimée.
- ㊵ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ㊶ 1° L'article L. 221-1-1 est ainsi modifié :
- ㊷ *a)* Le deuxième alinéa du I est ainsi rédigé :
- ㊸ « Le fonds peut financer des actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. » ;
- ㊹ *a bis)* Les troisième, quatrième et sixième alinéas du I sont supprimés ;
- ㊺ *b)* À la fin du 3° du IV, les mots : « et celle réservée au financement des actions à caractère régional » sont supprimés ;
- ㊻ *c)* Le V est ainsi modifié :
- ㊼ – à la deuxième phrase du premier alinéa, les mots : « répartit la dotation annuelle réservée aux actions régionales entre les agences régionales de santé et » sont supprimés ;
- ㊽ – la dernière phrase du même premier alinéa est supprimée ;
- ㊾ – la seconde phrase du second alinéa est supprimée ;
- ㊿ *d)* La seconde phrase du premier alinéa du VI est supprimée ;
- ① 2° Au début de la première phrase de l'article L. 162-45, les mots : « Le comité national de gestion du fonds mentionné à l'article L. 221-1-1 et » sont supprimés.
- ② III. – L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi modifié :

- ⑤3 1° Les II, III *bis* et III *quater*, le premier alinéa du IV et le V *bis* sont abrogés ;
- ⑤4 2° Au premier alinéa du III, les mots : « et de fonctionnement » sont supprimés.
- ⑤5 IV. – Les 5° et 6° du I, les II et III du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2013.
- ⑤6 V. – Pour l'année 2012, sans préjudice des dispositions de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique, les ressources du fonds d'intervention régional comprennent également :
- ⑤7 1° Une part de la dotation du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins mentionné à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale ;
- ⑤8 2° Une part de la dotation du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000).
- ⑤9 L'arrêté mentionné au 1° de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique fixe également, en 2012, le montant des parts mentionnées aux 1° et 2° du présent V.
- ⑥0 VI (*nouveau*). – À titre transitoire et jusqu'à l'entrée en vigueur de l'arrêté pris en application du décret mentionné à l'article L. 1435-11 du code de la santé publique, pour sa participation à la mission de service public mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1 du même code dans un établissement de santé assurant cette mission, le médecin libéral qui exerce une spécialité médicale répertoriée dans le contrat mentionné au neuvième alinéa de l'article L. 6112-2 du même code et selon les conditions fixées par ce contrat est indemnisé conformément aux modalités définies par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.

M. le président. L'amendement n° 24, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéas 6, 36 et 60

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Si vous le permettez, monsieur le président, je souhaite présenter l'ensemble des amendements que la commission a déposés sur l'article 36, bien qu'ils ne soient pas en discussion commune.

M. le président. Je vous en prie, monsieur le rapporteur général.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. À l'article 36 est proposée la création d'un nouveau fonds, le fonds d'intervention régional, ou FIR, qui rassemblera et, surtout, rendra « fongibles » diverses sources de financement utilisées par les ARS. Le FIR apportera donc plus de souplesse de gestion aux agences, principe que soutient la commission. Son instauration permettra de contribuer à résorber les inégalités territoriales en matière de santé, inégalités si souvent décrites et évaluées, mais si peu combattues.

Cependant, trois interrogations principales se posent : elles portent sur la permanence des soins, le vote du montant du FIR lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale et la date d'entrée en vigueur du dispositif.

L'amendement n° 24 tend à supprimer la permanence des soins du champ du FIR : est-il judicieux, à ce stade encore précoce, voire exploratoire, de l'y intégrer et de rendre « fongibles » les crédits destinés à la médecine de ville et ceux destinés aux établissements de santé ?

La permanence des soins a été réformée dans la loi HPST, qui a confié la compétence de son organisation aux ARS ; or celles-ci n'ayant pas encore adopté les cahiers des charges nécessaires aux évolutions envisagées, le nouveau système n'a pas été mis en place.

Par conséquent, je crois prématuré de prévoir d'ores et déjà une fongibilité des crédits, mais je ne demande qu'à être convaincu...

Je serai en revanche plus ferme pour ce qui concerne l'amendement n° 25, qui vise à poser un principe sur lequel, madame la secrétaire d'État, la commission des affaires sociales ne peut pas transiger. D'ailleurs, la commission des finances a déposé un amendement identique.

Aujourd'hui, les dotations allouées par l'assurance maladie au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, le FIQCS, et au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, le FMESPP, sont fixées dans la loi de financement de la sécurité sociale. Vous nous proposez, à l'article 36, d'arrêter les crédits du FIR par simple arrêté. Adopter cette mesure reviendrait à accepter une dégradation de l'information et du contrôle du Parlement, alors que le FIR « pèsera » environ 1,5 milliard d'euros, si la permanence des soins est incluse dans son champ.

L'amendement n° 27 concerne également les droits du Parlement. Au détour du présent article, vous proposez de supprimer la transmission au Parlement du rapport du FIQCS, suppression qui n'est pas, selon la commission, justifiée. La commission vous soumet en outre une rédaction différente de celle adoptée par l'Assemblée nationale quant à l'évaluation du nouveau fonds qui, je le déplore, n'était pas du tout prévue dans le projet de loi initial.

Les amendements n°s 26 et 28 ont pour objet d'apporter des précisions rédactionnelles afin, notamment, de renforcer la notion – il est vrai un peu barbare, mais nous sommes tous ici des spécialistes ! – de « fongibilité asymétrique », qui permet de sanctuariser les crédits destinés à la prévention et ceux qui sont attribués en faveur des personnes âgées et handicapées.

Enfin, l'amendement n° 29 tend à reporter la date d'entrée en vigueur du fonds au 1^{er} janvier 2013. Aucune urgence ne justifie de le créer dès 2012, même si je comprends la préoccupation des ARS qui souhaitent disposer, dans un contexte budgétaire très contraint, d'une plus grande souplesse de gestion. Le Gouvernement est tout de même obligé de prévoir des mécanismes transitoires complexes, car, en toute logique, les textes d'application ne seront pas prêts pour une entrée en vigueur le 1^{er} janvier prochain.

Je rappelle que, derrière les lignes comptables ou les chiffres, se trouvent des projets, notamment pour les maisons ou réseaux de santé, des médecins ou des établissements qu'il faut payer pour les gardes qu'ils assurent. Ce n'est pas si simple ; il faut, par exemple, transférer l'ensemble de la gestion à la CNAM, ce qui nécessite quelques adaptations informatiques. Je préférerais que tout soit opérationnel, afin d'éviter des erreurs ou des retards de paiement. Gardons à

l'esprit les très grandes difficultés qu'a soulevées le projet d'interlocuteur social unique du régime social des indépendants, certes d'une autre ampleur.

Pour toutes ces raisons, je souhaite, madame la secrétaire d'État, que vous puissiez nous rassurer sur les conditions de fonctionnement du fonds dès 2012.

En conclusion, l'article 36 est tout de même la traduction symptomatique d'une complexité, encore croissante, de notre droit et de notre système, car la création du FIR ne conduira pas à la disparition d'autres fonds. Le FIR s'ajoutera à ceux qui existent déjà. Nous aurions peut-être pu essayer d'instituer un système plus transparent et plus simple.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 24 ?

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Monsieur le rapporteur général, vous nous demandez d'exclure la permanence des soins en médecine ambulatoire et en établissement de santé du champ du FIR, contrairement à ce que prévoit le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Je tiens à vous rappeler que cette permanence constitue l'une des prérogatives des ARS qui souhaitent disposer de marges de manœuvre plus grandes en la matière. Votre proposition soulève donc certaines questions.

S'agissant de la permanence des soins en médecine ambulatoire, le FIR permet d'organiser, selon une logique transversale et intégrée, l'ensemble des actions concourant à cette permanence des soins relevant déjà de la compétence des ARS.

S'agissant de la permanence des soins en établissement de santé, le FIR constituerait un mécanisme d'allocation cohérent favorisant la mise en place de la réforme relative à la permanence des soins en établissement de santé et permettrait d'indemniser directement les professionnels de santé au titre des gardes et astreintes réalisées par les cliniques privées. Il s'agit d'ailleurs d'une revendication forte de certaines organisations syndicales de médecins libéraux.

Compte tenu du poids budgétaire de la permanence des soins en médecine ambulatoire et en établissement de santé – plus de 900 millions d'euros –, l'exclusion de la permanence des soins du champ du FIR enlèverait toute portée à ce fonds en 2012. Or il est indispensable que le FIR soit mis en place dès l'année prochaine : on ne peut pas attendre ! Il est tout à fait logique qu'il soit le support des politiques de coordination des soins non programmés au travers, notamment, de la permanence des soins.

Monsieur le rapporteur général, je comprends certes votre prudence, mais je souhaite que le FIR monte progressivement en charge. C'est la raison pour laquelle certains financements ayant vocation à être intégrés dans son champ en sont, à ce stade, volontairement exclus.

Pour toutes ces raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable sur l'amendement n° 24.

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

Mme Catherine Génisson. La permanence des soins est un sujet fondamental et je comprends la prudence dont vous avez fait preuve, monsieur le rapporteur général.

Vous avez aussi souligné l'existence concomitante d'un certain nombre de fonds et du FIR. Or, actuellement, toute une partie de la permanence des soins est financée par le FIQCS. Madame la secrétaire d'État, voulez-vous systématiquement transférer des financements du FIQCS au FIR ?

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Le FIR vise justement à regrouper les financements, madame la sénatrice !

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Compte tenu des arguments que vous venez de présenter, madame la secrétaire d'État, et des informations complémentaires que nous avons pu recueillir depuis la rédaction de l'amendement n° 24, je retire celui-ci.

M. le président. L'amendement n° 24 est retiré.

L'amendement n° 84 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Alinéa 7, seconde phrase

Après les mots :

établissements de santé

insérer les mots :

publics ou privés non lucratifs

La parole est à M. Dominique Watrin.

M. Dominique Watrin. L'article 36 nous inquiète. Il prévoit de créer un fonds d'intervention régional qui permettrait la mise en commun au niveau régional des dotations allouées à la permanence des soins en médecine ambulatoire et en établissement de santé avec celles du FIQCS et du FMESPP. Tous les ans, les crédits destinés au FIQCS sont réduits ; cette année, ceux qui sont alloués au FMESPP le sont également au prétexte que les établissements n'auraient pas été capables de satisfaire les conditions d'octroi de ces crédits.

Par ailleurs, si la précision que nous entendons apporter par le biais de cet amendement n'est pas adoptée, l'ensemble des établissements de santé publics comme privés à but lucratif pourraient, semble-t-il, obtenir des financements, lesquels proviennent pourtant de ressources publiques.

Dans le contexte actuel et compte tenu des besoins criants des établissements publics de santé, dont certains sont étranglés par les dettes, nous considérons que ces financements doivent être réservés aux seuls établissements publics ou privés non commerciaux.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'amendement n° 84 rectifié vise à réserver les crédits du nouveau FIR dédiés à l'amélioration de la qualité et à la coordination des soins aux établissements publics et privés à but non lucratif, dorénavant dénommés « établissements de santé privés d'intérêt collectif ».

Selon la commission, il pourrait être dommageable pour les patients pris en charge par les établissements privés de dessaisir ces derniers de fonds qui, de toute façon limités, sont destinés à améliorer la qualité des soins. Les établissements privés, qu'on le regrette ou non, font partie de l'offre de soins.

Pour toutes ces raisons, la commission vous demande, monsieur Watrin, de bien vouloir retirer l'amendement n° 84 rectifié, faute de quoi elle émettra un avis défavorable.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Je partage les propos que vient de tenir M. le rapporteur général.

Le FIR est un fonds transversal qui bénéficie à tous les établissements. Or, monsieur Watrin, vous voulez en réserver le bénéfice aux seuls établissements de santé publics à but non lucratif pour des actions visant à la coordination et à l'amélioration de la qualité des soins. L'adoption de votre amendement introduirait une distorsion entre les établissements publics et privés. Mais je vous rappelle que certains établissements privés assurent aussi des permanences de soins, service qui doit être rémunéré. C'est pourquoi le Gouvernement émet un avis défavorable.

M. le président. Monsieur Watrin, l'amendement n° 84 rectifié est-il maintenu ?

M. Dominique Watrin. Oui, monsieur le président !

M. le président. Je le mets aux voix.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 262 rectifié, présenté par M. Revet et Mme Kammermann, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 14

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque les actions concernent les personnels des établissements de santé privés, notamment par des aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de recomposition et de modernisation, une convention est établie entre le fonds et les établissements concernés, pour adapter les modalités d'intervention du fonds aux spécificités du droit privé applicable à ces établissements et aux obligations qui en découlent dans leurs relations contractuelles avec leurs personnels. Cette convention est approuvée par le ou les directeurs d'agence régionale de santé compétents. »

Cet amendement n'est pas soutenu.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 25 est présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 137 est présenté par M. Caffet, au nom de la commission des finances.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 16

Remplacer les mots :

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

par les mots :

par la loi de financement de la sécurité sociale

L'amendement n° 25 a déjà été défendu.

La parole est à M. le rapporteur pour avis, pour présenter l'amendement n° 137.

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. Ce qui est en cause ici, c'est non pas la création du fonds d'intervention régional mais la fixation de sa dotation. Compte tenu de son montant, qui peut être supérieur à 1 milliard ou à 1,5 milliard d'euros, il est tout à fait anormal que cette dotation soit fixée par arrêté et échappe ainsi totalement au contrôle du Parle-

ment. C'est la raison pour laquelle la commission des finances a déposé cet amendement, identique à celui de la commission des affaires sociales.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Monsieur le rapporteur pour avis, vous proposez que le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au FIR soit inscrit dans la loi de financement de la sécurité sociale et donc voté chaque année. En gestion, il serait difficile de déterminer précisément le montant national dès l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale, autrement dit dès le mois de septembre, alors que s'il était défini en début d'année suivante, les données allant jusqu'au mois de décembre pourraient être prises en compte. Votre proposition conduirait vraisemblablement, pour des raisons de prudence évidentes, à minorer la dotation allouée au FIR.

Par ailleurs, je comprends bien vos inquiétudes légitimes quant au contrôle que doit opérer le Parlement sur les crédits attribués au FIR. Je partage naturellement votre souhait de transparence, qui a également été exprimé à l'Assemblée nationale. Il me semble néanmoins très important que cette transparence soit portée par une logique non de moyens mais de résultats.

Avec la création du FIR, les agences régionales de santé vont se voir assigner des objectifs précis. Il est indispensable que toute la transparence soit faite sur ce point, ainsi que sur les résultats obtenus et sur les moyens mis en œuvre.

En cet instant, je m'engage devant vous à ce que le suivi de l'action des ARS *via* le FIR soit précis. Une partie spécifique de l'annexe 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale relative aux opérateurs sera dédiée au FIR et comportera tous les éléments permettant au Parlement d'être légitimement informé, notamment sur les gains d'efficience.

Un rapport spécifique sera transmis chaque année au Parlement, afin d'assurer le suivi de l'utilisation des dotations du FIR.

Pour toutes ces raisons, le Gouvernement est défavorable à ces amendements identiques.

M. le président. Monsieur le rapporteur général, l'amendement n° 25 est-il maintenu ?

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission maintient son amendement, car il s'agit là d'un point très important.

J'insiste sur le fait que les dotations attribuées aux deux fonds – le FIQCS et le FMESPP – qui constitueront l'une des bases du nouveau FIR étaient votées par le Parlement dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Or, selon le projet présenté par le Gouvernement, 1,5 milliard d'euros échappera désormais au contrôle des parlementaires. Nous ne pouvons l'accepter, madame la secrétaire d'État ; il s'agit d'un point de désaccord important entre nous.

M. le président. Monsieur le rapporteur pour avis, l'amendement n° 137 est-il maintenu ?

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. Je m'associe à la position exprimée par M. le rapporteur général.

Madame la secrétaire d'État, vous nous dites en somme que vous n'êtes pas capable de faire pour le FIR ce que vous étiez capable de faire dans le projet de loi de finances pour les deux autres fonds...

Je le répète, ce n'est pas le principe du FIR que nous mettons en cause. Nous souhaitons simplement maintenir le contrôle du Parlement sur la dotation initiale de ce fonds.

Vous nous proposez d'effectuer une évaluation *ex post*, à partir des informations que vous nous donnerez sur l'utilisation des crédits, c'est-à-dire sur la manière dont les ARS, qui ne se caractérisent pas toutes par leur transparence – c'est le moins que l'on puisse dire –, emploient les fonds qui leur sont attribués. C'est une bonne chose, et nous serons ravis de le faire ! Mais ce que réclame le Parlement, c'est de pouvoir exercer son contrôle sur les objectifs qui justifient l'allocation de ces crédits. Or, si l'on s'en tient à ce que vous proposez, ces objectifs ne nous seront pas communiqués.

La commission des finances maintient donc son amendement.

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. J'entends bien vos arguments, messieurs les rapporteurs, mais j'espère pouvoir vous convaincre de la justesse des miens.

Je vous rappelle que, l'an prochain, les crédits du FIR seront inscrits dans un sous-objectif de l'ONDAM que le Parlement votera : ce dernier pourra donc exercer pleinement son contrôle. Par conséquent, il me semblerait contre-productif que nous restions bloqués aujourd'hui sur ce point.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 25 et 137.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 26, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 20

Rédiger ainsi cet alinéa :

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

Cet amendement a déjà été défendu.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 26.

(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse par le bureau, le Sénat, par assis et levé, adopte l'amendement.)

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

L'amendement n° 270 rectifié, présenté par Mmes Génisson, Alquier, Archimbaud et Campion, MM. Carvounas et Cazeau, Mmes Claireaux et Demontès, M. Desessard, Mmes Duriez et Ghali, MM. Godefroy, Jeannerot, Kerdraon, Labazée, Le Menn et J.C. Leroy, Mmes Meunier, Printz et Schillinger, MM. Teulade, Vergoz et les membres du groupe Socialiste, Apparentés et groupe Europe Écologie Les Verts rattaché, est ainsi libellé :

Alinéas 24 et 25

Rédiger ainsi ces alinéas :

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

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

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. M. le rapporteur général a indiqué que le FIR devait avoir pour mission de corriger les inégalités territoriales en matière de santé. Cet amendement vise donc à introduire des éléments permettant d'évaluer ces inégalités.

Nous souhaitons que soient pris en compte, pour chaque région, les indicateurs de santé – la mortalité évitable et le taux de bénéficiaires du RSA – et les moyens de répondre aux besoins, c'est-à-dire le nombre de médecins généralistes et spécialistes exerçant à titre libéral pour 100 000 habitants.

La seconde partie de l'amendement prévoit que la gestion comptable et financière du FIR sera confiée non à la CNAM – nous craignons que les délais d'attribution des crédits de ce fonds soient considérablement allongés et son efficacité réduite –, mais à une caisse primaire d'assurance maladie désignée par la CNAM, et qui pourrait déléguer une partie de ses crédits aux ARS.

Lors de son examen en commission, cet amendement a été enrichi par un autre amendement présenté par nos collègues du groupe UCR, en particulier Mme Létard : ont ainsi été précisés les éléments permettant d'évaluer la précarité en matière de santé.

M. le président. L'amendement n° 217, présenté par Mmes Létard et Dini, MM. J.L. Dupont, Marseille, Roche, Vanlerenberghe et les membres du groupe de l'Union Centriste et Républicaine, est ainsi libellé :

Alinéa 24

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

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

La parole est à Mme Muguette Dini.

Mme Muguette Dini. Les inégalités régionales en matière de santé restent une réalité malgré les efforts qui ont été consentis pour les réduire. Il est nécessaire que la répartition des crédits du FIR tienne compte de cette situation et que ses moyens soient déployés de manière renforcée en direction des régions où les besoins sont les plus importants. Cela ne peut se faire qu'à partir de critères objectifs permettant une comparaison aisée avec la moyenne nationale.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'amendement n° 270 rectifié comporte deux modifications de nature différente.

Il prévoit tout d'abord, comme l'amendement n° 217 déposé par le groupe UCR, des critères permettant de corriger les inégalités territoriales en matière de santé. Nous l'avons souvent répété : il est pour nous très important que le législateur s'engage sur ce sujet essentiel pour nos concitoyens.

Toutefois, je signale qu'il est toujours contraignant de fixer un nombre – nécessairement limité – de critères dans la loi. Par exemple, le critère de la « mortalité évitable » englobe, dans son acception courante, les accidents de la route et les accidents domestiques ; or il n'est pas certain que ces accidents doivent être pris en compte dans la répartition des crédits du FIR. Nous pourrions nous abstenir d'ajouter le mot « évitable » pour évoquer la mortalité.

Dans ces conditions, j'espère que nous pourrons échapper à l'ajout de l'adverbe « notamment », dont l'usage est pour nous véritablement tabou !

Sur cette première partie de l'amendement, la commission s'en remet à la sagesse du Sénat.

La seconde partie prévoit de confier la gestion du fonds à une CPAM par région plutôt qu'à la CNAM, comme le prévoit le projet de loi.

Je suis plutôt défavorable à cette modification, car il est plus simple et plus transparent de confier la gestion à la CNAM, qui déléguera de toute façon les crédits aux caisses locales si besoin est, comme cela est déjà le cas pour toutes les opérations de ce type. En revanche, il est important de préciser que la gestion nationale est assurée par la CNAM, afin d'avoir un suivi global de la consommation des crédits.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Je souhaiterais apporter certaines précisions.

Madame Génisson, je voudrais vous rappeler que deux volets de votre amendement sont déjà satisfaits : d'une part, la CNAM se voit confier la gestion du FIR, dont elle tiendra la comptabilité globale ; d'autre part, la CNAM désignera évidemment des caisses locales « pivots » chargées du paiement aux opérateurs, comme c'est déjà le cas pour les autres fonds.

Par conséquent, non seulement votre amendement n'apporte rien s'agissant du rôle des caisses locales, mais il supprime tout suivi et même toute consolidation comptable au niveau national, ce qui n'est pas acceptable. Le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

Madame Dini, je salue votre action. Je souhaite comme vous que la répartition des crédits du FIR tienne compte des inégalités interrégionales en matière de santé.

En revanche, je suis réticente à ce que soient inscrits dans la loi quelques critères certes centraux, mais qui n'épuisent pas la problématique des inégalités. Je pense notamment au vieillissement de la population, au taux de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie, au nombre d'infirmières – j'y suis très sensible – et d'établissements de santé, aux distances parcourues par les professionnels de santé, au délai d'accès aux urgences, etc.

Les critères de répartition des crédits entre les régions devront également intégrer les actions et structures – les réseaux de soins ou les maisons de santé, par exemple –

actuellement soutenues par les fonds qui seront remplacés par le FIR. Le rapport annuel sur la mise en œuvre du FIR détaillera les critères retenus pour la répartition interrégionale.

Je vous demande donc, mesdames les sénatrices, de retirer vos amendements ; à défaut, l'avis du Gouvernement sera défavorable.

M. le président. Madame Génisson, que pensez-vous de la suggestion de M. le rapporteur général ?

Mme Catherine Génisson. On ne peut rien refuser à M. le rapporteur général... Je rectifie donc mon amendement.

Je souhaiterais toutefois répondre à Mme la secrétaire d'État. Des critères comme le taux de mortalité – peut-être peut-on supprimer l'adjectif « évitable », que M. le rapporteur général trouve trop restrictif – ou le niveau de précarité constituent des indicateurs de santé pertinents pour décrire la situation dans les différentes régions : ils méritent donc, à ce titre, de figurer dans la loi. On peut certes considérer qu'il ne s'agit pas d'un langage législatif de haute qualité, mais je maintiens cette partie de mon amendement.

M. le président. Je suis donc saisi d'un amendement n° 270 rectifié *bis*, ainsi rédigé :

Alinéas 24 et 25

Remplacer ces deux alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

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

Madame Dini, l'amendement n° 217 est-il maintenu ?

Mme Muguette Dini. Non, je vais le retirer, monsieur le président.

Je souhaiterais cependant vous poser une question, madame la secrétaire d'État. Vous nous avez indiqué que la liste de critères que nous avons proposée, Mme Génisson et moi-même, était incomplète ; pourquoi ne la compléteriez-vous pas ?

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Il s'agit d'une bonne question, madame Dini, et j'essaierai d'y apporter une bonne réponse ! Je voudrais également vous rassurer, madame Génisson.

Tous les critères dont vous avez l'une et l'autre parlé – et en particulier la précarité – seront évidemment intégrés dans le rapport annuel sur la mise en œuvre du FIR. Ce dernier a précisément pour mission de réduire les inégalités que vous avez évoquées.

M. le président. L'amendement n° 217 est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 270 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 247 rectifié, présenté par Mmes Génisson, Alquier, Archimbaud et Campion, MM. Carvounas et Cazeau, Mmes Claireaux et Demontés, M. Desessard, Mmes Duriez et Ghali, MM. Godefroy,

Jeannerot, Kerdraon, Labazée, Le Menn et J.C. Leroy, Mmes Meunier, Printz et Schillinger, MM. Teulade, Vergoz et les membres du groupe Socialiste, Apparentés et groupe Europe Écologie Les Verts rattaché, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 25

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Nous sommes très intéressés par la création de ce fonds d'intervention régional. Nous souhaitons donc être très exigeants quant à l'utilisation de ses crédits. À ce titre, nous demandons que les critères d'attribution des dotations régionales annuelles sur la base desquels est effectuée la répartition régionale des crédits soient transmis au Parlement au plus tard le 15 avril de l'année en cours.

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.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Le Gouvernement émet un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 247 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 27, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. - Alinéa 27

Rédiger ainsi cet alinéa :

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

II. - Alinéa 49

Supprimer cet alinéa.

Cet amendement a déjà été défendu.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 27.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 28, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéas 32 et 33

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

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

Cet amendement a déjà été défendu.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

Il tient en effet à ce que le principe de la contribution concernée soit maintenu dans le code de la santé publique pour des raisons de clarté et de pérennité. À défaut, plus aucun texte législatif ne prévoirait cette contribution alors qu'elle ressortait jusqu'à présent à la fois du code de la santé publique et de la loi de financement de la sécurité sociale.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 28.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 29, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéas 55 à 59

Remplacer ces alinéas par un paragraphe ainsi rédigé :

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

Cet amendement a déjà été défendu.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Défavorable.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Les nombreux contacts que nous avons eus avec des responsables d'agences régionales de santé sur la question de la mise en œuvre du fonds m'amènent à retirer cet amendement, monsieur le président.

Cela démontre d'ailleurs, madame la secrétaire d'État, que je fais preuve de plus de souplesse que vous s'agissant des dispositions en discussion cet après-midi. Je ne le relève qu'afin de détendre l'atmosphère pendant quelques secondes... *(Sourires.)*

M. le président. L'amendement n° 29 est retiré.

La parole est à Mme Isabelle Pasquet, pour explication de vote sur l'article 36.

Mme Isabelle Pasquet. Cette intervention est l'occasion de vous faire part, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, de l'inquiétude que partagent l'ensemble des habitants du département des Bouches-du-Rhône sur l'avenir du mouvement mutualiste.

Depuis cinquante ans, période au cours de laquelle de multiples centres de santé se sont créés, le mouvement mutualiste joue un rôle essentiel pour l'accès aux soins, la prévention et la justice sociale.

Ces centres sont reconnus par tous pour leur efficacité en matière de santé publique.

À La Ciotat, pour ne prendre que cet exemple, le centre créé par le comité d'entreprise du chantier naval a permis de mettre à jour le scandale de l'amiante, qui concerne 18 000 personnes en région PACA, grâce au travail conjoint des médecins et représentants des salariés.

Aujourd'hui, il existe encore dans les Bouches-du-Rhône onze centres de santé, qui ne relèvent d'ailleurs pas tous du mouvement mutualiste.

Ces centres, qui accueillent 200 000 patients par an, soit 10 % de la population, font la preuve de leur efficacité au cœur des quartiers populaires. À Port-Saint-Louis-du-Rhône, ville qui concentre 60 % de personnes vivant sous le seuil de pauvreté, 83 % de la population fréquente ainsi le centre mutualiste. Je pourrais également citer le centre situé dans les quartiers Nord de Marseille ou celui de Port-de-Bouc.

Hélas ! le Grand conseil de la mutualité, victime depuis des années du désengagement des pouvoirs publics, est aujourd'hui en cessation de paiement.

Dans une période où notre département connaît une désindustrialisation galopante, on ne peut que s'inquiéter des graves difficultés auxquelles la mutualité doit faire face.

En premier lieu, ce secteur de l'économie sociale et solidaire est créateur d'emploi : le Grand conseil de la mutualité emploie 1 200 salariés, qui voient aujourd'hui leur emploi remis en cause.

En second lieu, à l'heure où le Gouvernement impose toujours plus de rigueur et où plusieurs entreprises de la région – Fralib, Netcacao, Legré-Mante, Pechiney et certainement d'autres encore – sont menacées de fermetures, ce qui laisse craindre que des centaines de salariés ne viennent gonfler les rangs des sans-emploi, le système des centres de santé est le seul à permettre d'assurer l'égalité des citoyens devant les soins.

Cela fait plusieurs mois maintenant que les pouvoirs publics sont interpellés par les élus de tout bord, les collectivités locales, les organisations syndicales. Tous réclament le déblocage d'un fonds d'urgence afin de résorber le déficit des centres de santé.

Les différentes collectivités locales – conseil régional, conseil général et certaines communes – sont mobilisées et prennent leur responsabilité, mais elles n'ont pas vocation à se substituer à l'État.

Par ailleurs, les salariés, avec leurs organisations syndicales, sont en train d'élaborer un projet alternatif.

Aussi, madame la secrétaire d'État, quelles dispositions pouvez-vous envisager de prendre pour soutenir le Grand conseil de la mutualité ? Étant donné le désastre sanitaire et social qu'entraînerait sa faillite alors que des familles entières sont en voie de paupérisation dans les Bouches-du-Rhône, c'est très solennellement que je vous pose cette question.

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Madame la sénatrice, je vous remercie de votre intervention ; ce n'est pas de la mauvaise volonté de ma part, mais je vous répondrai en vous demandant de me communiquer les éléments de dossier afin que je les transmette au ministre du travail, de l'emploi et de la santé.

Mme Isabelle Pasquet. Xavier Bertrand les a déjà eus ! Il a reçu plusieurs courriers !

M. le président. Je mets aux voix l'article 36, modifié.

(L'article 36 est adopté.)

Article additionnel après l'article 36

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

L'amendement n° 168 rectifié est présenté par M. Revet et Mme Kammermann.

L'amendement n° 191 est présenté par M. Houpert.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 36

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

La parole est à M. Alain Houpert, pour présenter l'amendement n° 191.

M. Alain Houpert. L'article 63 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a introduit une procédure d'accord préalable pour les transferts de patients d'établissements MCO – ou médecine-chirurgie-obstétrique – vers les centres de soins de suite et de réadaptation.

Ce dispositif repose sur des référentiels publiés par la Haute Autorité de santé. À ce jour, quatre types d'actes de rééducation sont susceptibles de donner lieu à cette mesure d'accord préalable.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a également prévu qu'un rapport soit remis au Parlement le 1^{er} octobre 2011 concernant l'évaluation de cette mesure pour les établissements de soins de suite et de réadaptation, ce qui n'a pas été fait.

Dans ces conditions, il ne peut être question de généraliser le dispositif de mesure d'accord préalable à de nouveaux actes sans qu'il ait été procédé à une évaluation précise du dispositif à l'issue de sa première année, en termes non seulement économiques mais également de bénéfices-risques pour le patient.

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

À cet égard, il faut rappeler que toute admission en structure de SSR est précédée d'une évaluation des besoins médicaux permettant de valider ou non l'adéquation de l'orientation. Les structures de SSR sont à ce titre soumises, notamment au travers du PMSI, le programme de médicalisation des systèmes d'information, à des contrôles d'adéquation continus de leurs patients.

Une coupe transversale nationale réalisée par la CNAM en 2006 avait démontré que seuls 1,5 % à 2 % des patients admis en centre de rééducation fonctionnelle étaient orientés de façon inadéquate.

Par ailleurs, toute prise en charge en structure de SSR nécessite la mise en place d'un projet thérapeutique réalisé par le biais d'une équipe pluridisciplinaire en liaison avec le médecin ayant prescrit l'admission. Elle doit en outre promouvoir une éducation thérapeutique du patient, reconnue comme une des missions à part entière des SSR.

La prise en charge globale du patient figure également au titre des principales missions des SSR. La circulaire du 3 octobre 2008 précise à cet égard que les structures de SSR doivent être reconnues comme structures sanitaires apportant une plus-value réelle au patient, car elles assurent une prise en charge globale destinée à permettre à celui-ci de retourner dans son lieu de vie d'origine.

Les centres de SSR sont soumis par la Haute Autorité de santé à un ensemble de sujétions réglementaires au titre des autorisations d'installation et de certification, pour lesquelles les structures privées de SSR ont jusqu'à présent obtenu des résultats très satisfaisants que traduisent les indicateurs de qualité de prise en charge, édictés par cette même autorité, de vigilance et de sécurité sanitaire. Je précise que les kinésithérapeutes libéraux ne sont pas soumis à ces règles.

Si ces contraintes et obligations s'avèrent en pratique très lourdes et onéreuses à mettre en place, elles présentent l'avantage de garantir la qualité de la prise en charge pour les patients.

Enfin, la prise en charge du patient en SSR inclut dans la plupart des cas, notamment dans les centres de rééducation fonctionnelle où les prix de journée sont « tout compris », un certain nombre de prestations complémentaires, telles que les transports sanitaires, ce qui n'est pas le cas pour les transferts en cabinet de ville. Elle a donc un impact certain sur les dépenses d'assurance maladie.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement concerne la procédure de mise sous accord préalable des soins de suite et de réadaptation prévue dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Il prévoit également des modifications relatives au rapport d'évaluation du dispositif, qui devait nous être transmis avant le 1^{er} octobre et à propos duquel nous avons déjà eu un échange.

La rédaction de la fin de l'amendement, qui subordonne l'extension du dispositif à la publication de ce rapport, peut soulever quelques difficultés juridiques.

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

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Monsieur Houpert, le décret est sorti le 10 août dernier, soit il y a à peine plus de trois mois. Il est difficile d'évaluer efficacement une mesure mise en œuvre si récemment.

Quant au retard observé pour la publication du décret, il est lié à l'importance du processus de concertation mis en place avec les caisses et les fédérations hospitalières, processus qui répond aux souhaits exprimés par les parlementaires lors des débats de l'an passé sur la mesure.

J'entends bien les arguments, tout à fait pertinents, que vous développez aujourd'hui, mais, pour ces deux raisons, je vous demande, comme M. le rapporteur général, de bien vouloir retirer votre amendement. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

M. le président. Monsieur Houpert, l'amendement n° 191 est-il maintenu ?

M. Alain Houpert. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 191 est retiré.

Article 36 bis (nouveau)

- ① I. – Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une période n'excédant pas cinq ans, portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents pré-hospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de transports sanitaires urgents en région.
- ② II. – Dans ce cadre, les expérimentations peuvent déroger aux dispositions suivantes :
 - ③ 1° L'article L. 6312-5 du code de la santé publique, en tant qu'il concerne les conditions de réalisation des transports sanitaires urgents à la demande du service d'aide médicale urgente ;
 - ④ 2° Le 6° de l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale, en tant qu'il concerne les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires dans le cadre de leur participation à la garde départementale et à la prise en charge des urgences pré-hospitalières. Les plafonds des montants des éléments de tarification des entreprises de transports sanitaires assurant la prise en charge des urgences pré-hospitalières ainsi que le montant maximal de dépenses au titre de cette rémunération pour chaque région ou département participant à l'expérimentation sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
 - ⑤ III. – Les agences régionales de santé, en lien avec les organismes locaux d'assurance maladie, conduisent ces expérimentations. Ils déterminent les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à la prise en charge des urgences pré-hospitalières à la demande du service d'aide médicale urgente en mobilisant l'ensemble des crédits affectés à cette prise en charge, comprenant les éléments de tarification et les crédits d'aide à la contractualisation affectés à l'indemnisation des services d'incendie et de secours en cas d'indisponibilité ambulancière en application de l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales.
 - ⑥ À cet effet, une convention est conclue entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, l'établissement de santé siège du service d'aide médicale urgente et l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative

comprenant un objectif de maîtrise des dépenses. La convention est soumise pour avis au sous-comité des transports sanitaires de l'agence régionale de santé.

⑦ IV. – Une évaluation semestrielle de ces expérimentations, portant notamment sur le gain financier, la couverture du territoire et la disponibilité de la prise en charge ambulancière, est réalisée par les agences régionales de santé en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie.

⑧ V. – Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies par décret en Conseil d'État, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et des organisations syndicales représentatives des entreprises de transports sanitaires concernées.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson, sur l'article.

Mme Catherine Génisson. Cet article est relatif aux expérimentations qui peuvent être menées dans le domaine des transports sanitaires urgents. Actuellement, ces transports sont sous la responsabilité d'un sous-comité émanant du CODAMU, le conseil départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires, qui est coprésidé depuis la loi HPST par l'ARS et le préfet.

Ce sous-comité comprend en son sein l'ARS, le préfet, le président de l'association la plus représentative de l'organisation de la garde départementale, c'est-à-dire de la garde d'urgence, le SDIS, représenté par son directeur et son médecin-chef, le SAMU départemental, le directeur de l'hôpital d'implantation du SAMU, la caisse primaire d'assurance maladie, la police et la gendarmerie.

Il a pour fonction de délivrer des agréments, de prononcer, le cas échéant, des sanctions et d'assurer l'articulation entre ambulanciers privés et pompiers.

Il a par ailleurs à connaître de questions spécifiques, comme le difficile sujet des carences ambulancières, étant d'ailleurs précisé que, dans ces situations, c'est non pas la caisse primaire mais l'hôpital source de la demande qui rémunère les pompiers.

Relève également de sa responsabilité le transport des personnes obèses, aujourd'hui souvent transportées dans des véhicules « toute utilité » des pompiers dans lesquels les conditions de transport, et notamment d'hygiène, sont d'ailleurs plus que discutables.

Il traite des « sorties blanches » – les déplacements à domicile non suivis de transport – auxquelles est allouée une enveloppe que les ambulanciers considèrent comme insuffisante.

Enfin, le relevage des personnes tombées à leur domicile, rendu possible notamment grâce aux dispositifs de surveillance des personnes âgées tels que la téléalarme et pour lesquels ce sont souvent les pompiers qui interviennent, est aussi de la responsabilité du sous-comité.

L'on ne peut donc qu'être intéressé par l'expérimentation portant sur les transports sanitaires urgents proposée dans l'article 36 *bis* : elle est, bien évidemment, tout à fait souhaitable. Si j'ai tenu à rappeler quelle était la situation actuelle, c'est parce qu'il me semble qu'il manque un acteur incontournable dans le descriptif de cet article : les sapeurs-pompiers, qui assurent en complémentarité avec les ambulanciers privés les transports sanitaires urgents.

Sauf à ce que les sapeurs-pompiers et le ministère de l'intérieur soient, de fait, présents dans l'expérimentation, cet article 36 *bis* me paraît donc mal rédigé, mais Mme la secrétaire d'État va sans doute nous apporter des renseignements complémentaires.

M. le président. L'amendement n° 30, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 7

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

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

La parole est à M. le rapporteur général.

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

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. L'expérimentation relative à l'organisation et au financement des transports sanitaires urgents prévue par cet article fera bien évidemment l'objet d'un bilan avant son éventuelle généralisation. Cependant, il ne paraît pas opportun de transmettre un premier rapport d'évaluation au Parlement six mois avant son terme. Par conséquent, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

Madame Génisson, j'ai bien entendu les observations que vous avez formulées sur les sapeurs-pompiers, notamment en ce qui concerne les urgences auxquelles ils doivent faire face. Il va de soi que le rapport évoquera la situation de ces professionnels. En outre, je précise que 18 millions d'euros ont été attribués aux seuls sapeurs-pompiers dans le cadre du transport d'urgence vers l'hôpital.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 30.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 36 *bis*, modifié.

(L'article 36 *bis* est adopté.)

Articles 37 à 37 *ter*, 38 et articles additionnels (précédemment examinés par priorité)

M. le président. Mes chers collègues, je vous rappelle que les articles 37 et suivants, jusqu'aux amendements portant article additionnel après l'article 38, ont été examinés par priorité.

Article 39

① I. – L'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Après le 6°, sont insérés cinq alinéas ainsi rédigés :

③ « 7° La tarification des honoraires de dispensation, autre que les marges prévues à l'article L. 162-38, dus aux pharmaciens par les assurés sociaux ;

④ « 8° La rémunération, autre que celle des marges prévues au même article L. 162-38, versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la dispensation, la participation

à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficacité de la dispensation. La rémunération est fonction de la réalisation des objectifs par le pharmacien ;

⑤ « 9° Des objectifs quantifiés d'évolution du réseau des officines dans le respect des articles L. 5125-3 et L. 5125-4 du code de la santé publique ;

⑥ « 10° (*nouveau*) Les mesures et procédures applicables aux pharmaciens dont les pratiques sont contraires aux engagements fixés par la convention.

⑦ « L'Union nationale des caisses d'assurance maladie soumet pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, avant transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des frais de dispensation ou de la rémunération mentionnés aux 7° et 8° du présent article. Cet avis est réputé rendu au terme d'un délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte. Il est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, qui en assure la transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale simultanément à celle de la convention ou de l'avenant comportant la mesure conventionnelle. Le présent alinéa ne s'applique pas lorsque l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire participe aux négociations dans les conditions prévues à l'article L. 162-14-3. » ;

⑧ 2° Sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :

⑨ « Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6° à 8° entre en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation de la convention ou de l'avenant comportant cette mesure.

⑩ « Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie au sens du cinquième alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de celui des sous-objectifs mentionnés au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3 comprenant les dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6° à 8° du présent article est suspendue, après consultation des parties signataires à la convention nationale. À défaut d'un avenant fixant une nouvelle date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1, l'entrée en vigueur est reportée au 1^{er} janvier de l'année suivante.

⑪ « Le II de l'article L. 162-14-1 est applicable aux pharmaciens titulaires d'officine. »

⑫ II (*nouveau*). – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

⑬ 1° Au deuxième alinéa de l'article L. 5125-11, le nombre : « 3 500 » est remplacé par le nombre : « 4 500 » ;

⑭ 2° À la fin du *b* du 1° de l'article L. 5125-14, le nombre : « 3 500 » est remplacé par le nombre : « 4 500 » ;

⑮ 3° À la seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 5125-15, le mot : « cinq » est remplacé par le mot : « douze » ;

⑯ 4° L'article L. 5125-16 est complété par un II ainsi rédigé :

⑰ « II. – Toute opération de restructuration du réseau officinal réalisée au sein d'une même commune ou de communes limitrophes à l'initiative d'un ou plusieurs pharmaciens ou sociétés de pharmaciens et donnant lieu à l'indemnisation de la cessation définitive d'activité d'une ou plusieurs officines doit faire l'objet d'un avis préalable du directeur général de l'agence régionale de santé. La cessation définitive d'activité de l'officine ou des officines concernées est constatée dans les conditions prévues à l'article L. 5125-7 et ne doit pas avoir pour effet de compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente de la commune ou du quartier concerné. »

M. le président. L'amendement n° 35, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I.- Alinéa 3

Supprimer cet alinéa.

II.- En conséquence, alinéa 7, première phrase

remplacer les mots :

aux 7° et 8°

par les mots :

au 8°

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet article permet l'introduction, dans la rémunération des pharmacies d'officine, d'une part déconnectée du prix des produits vendus et liée à l'acte de dispensation et à la performance par rapport à des objectifs de santé publique. Il est vrai que le système actuel, qui conditionne les ressources des pharmaciens au volume de médicaments vendus, n'est guère vertueux. Pour autant, la mesure prévue est d'une portée extrêmement restreinte, puisqu'elle autorise les partenaires conventionnels à négocier.

Sur le principe, l'idée d'opérer un transfert progressif de rémunération d'un système de marge sur prix de vente vers un dispositif d'honoraires sur acte de dispensation mérite d'être examinée.

Toutefois, l'application qui est ici proposée est très imprécise et porte en germe un risque pour les assurés : si ces honoraires de dispensation sont à leur charge, le corollaire indispensable de cette mesure doit être une baisse nette du prix des médicaments. Or elle n'est pas évoquée.

En outre, le terme même d'« honoraires » n'est pas prévu en matière pharmaceutique dans le code de la sécurité sociale pour ouvrir droit à un remboursement de l'assurance maladie ; il y a donc un doute pour savoir si ces honoraires peuvent, en l'état du droit, être remboursés par les régimes obligatoires.

De ce fait, non seulement les assurés pourraient avoir à payer le médicament au même prix qu'aujourd'hui, mais ils devraient également s'acquitter de frais au pharmacien.

Évidemment attractive pour le professionnel de santé, cette démarche l'est infiniment moins pour l'assuré. D'autant que, faut-il le rappeler, ce n'est pas l'assurance maladie qui fixe le prix des médicaments, mais le comité économique des produits de santé, dont la politique de fixation des prix a, à de nombreuses reprises, fait l'objet de critiques sévères depuis la semaine dernière.

Rien ne justifie de faire porter la charge de la création d'une nouvelle rémunération pour les pharmaciens sur les assurés sociaux. Certes, celle-ci pourrait être remboursée, en tout ou partie, par les assurances complémentaires, mais au prix d'une hausse prévisible des cotisations et d'une éviction de la population ne bénéficiant pas du tout de couverture ou ayant souscrit un contrat qui ne rembourserait pas ces frais.

Dans l'attente d'une clarification de la procédure qui sera suivie pour modifier les modes de rémunération des pharmaciens, la commission a adopté un amendement tendant à neutraliser le coût de cette réforme pour les assurés sociaux. Il sera temps, lorsque des estimations précises seront avancées et des procédures sûres fixées, de prévoir une participation de l'assuré, en contrepartie d'une baisse certaine des prix du médicament.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. La rémunération actuelle des pharmaciens est fondée sur une marge par boîte vendue. L'article 39 introduit la possibilité d'une rémunération de l'acte de dispensation. Or, monsieur le rapporteur général, vous demandez la suppression des nouveaux honoraires de dispensation au motif que cela constituerait une nouvelle dépense à la charge des assurés sociaux.

Sur ce point, je tiens à vous répondre de manière tout à fait claire. D'abord, c'est l'IGAS qui, dans son rapport, souligne la nécessité de découpler la rémunération du pharmacien avec le prix du produit délivré. Par ailleurs, la montée en charge de la rémunération de la dispensation s'accompagnera d'une baisse du prix public des médicaments concernés, puisque la marge du pharmacien diminuera. Cela ne sera pas à la charge des assurés, puisque c'est actuellement l'assurance maladie qui paie les marges et qui continuera de le faire.

Mme Annie David, présidente de la commission des affaires sociales. C'est la même chose !

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Par conséquent, il n'y a pas d'inquiétude à avoir.

En revanche, si le pharmacien reste rémunéré sur la marge du produit délivré, il n'est pas incité à délivrer le produit le moins cher.

En outre, le ticket modérateur applicable à l'honoraire de dispensation sera calibré de façon à ce que tout basculement de la marge vers l'honoraire se fasse à coût constant pour les assurés sociaux comme pour l'assurance maladie.

Par conséquent, monsieur le rapporteur général, vos craintes sont infondées. Je souhaite qu'elles ne fassent plus obstacle à une réforme qui constitue, qui plus est, un net progrès en matière de santé publique en mettant enfin en adéquation le mode de rémunération de l'activité officinale avec les véritables missions de santé publique qui relèvent de cette profession.

C'est la raison pour laquelle le Gouvernement demande le retrait de cet amendement ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Madame la secrétaire d'État, j'ai bien entendu vos explications et je n'ai pas de raison de ne pas vous faire crédit. Néanmoins, les précisions que vous avez apportées ne sont pas explicites dans le texte qui nous est soumis.

Mme Annie David, présidente de la commission des affaires sociales. Il faudrait que cela figure dans le code !

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. En revanche, l'adoption de l'amendement sécurisera le dispositif. C'est la raison pour laquelle je maintiens mon amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 35.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 39, modifié.

(L'article 39 est adopté.)

Article additionnel après l'article 39

M. le président. L'amendement n° 221, présenté par M. Milon, Mmes Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mmes Cayeux et Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mme Giudicelli, M. Gournac, Mmes Hummel, Jouanno et Kammermann, MM. Laménie, Lorrain et Pinton, Mme Procaccia et MM. Savary et Villiers, est ainsi libellé :

Après l'article 39

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Cet amendement tend à favoriser les regroupements d'officines de pharmacie en étendant leur territorialité à l'ensemble des communes et, ce faisant, vise à participer à l'aménagement du territoire. En effet, alors que l'objet de cet article est d'inciter les officines à se regrouper, il n'est pas cohérent de les empêcher de le faire dans les communes dépourvues d'officine.

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

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 permettre le regroupement d'officines de pharmacie dans un lieu nouveau situé dans une commune dépourvue d'officine. Sans indication plus précise, cette modification peut entraîner, selon nous, des effets indésirables, puisque des pharmacies seraient fermées à un endroit au profit d'une officine regroupée qui s'ouvrirait dans une autre commune, du moment qu'elle ne dispose pas de pharmacie, même si cette officine est distante de très nombreux kilomètres d'une autre ou qu'une pharmacie existe dans la commune voisine.

Il me semble que l'adoption de cet amendement ne peut pas, en l'état, contribuer à une restructuration harmonieuse du réseau des pharmacies. Par conséquent, la commission émet un avis défavorable.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Aujourd'hui, les conditions de regroupement et de transfert sont déjà précisément décrites dans le code de la santé publique. La combinaison proposée est juridiquement ambiguë et risque de comporter des difficultés de mise en œuvre.

Le but que nous partageons avec les représentants des pharmaciens est non pas de créer de nouvelles pharmacies là où il n'y en a pas, mais bien d'en limiter le nombre là où elles sont trop nombreuses. Nous sommes face à un problème d'excès et non de déficit de l'offre. C'est pourquoi nous proposons une régulation.

Par conséquent, le Gouvernement demande le retrait de cet amendement.

M. le président. Monsieur Milon, l'amendement n° 221 est-il maintenu ?

M. Alain Milon. Madame la secrétaire d'État, je vais accéder à votre demande.

Permettez-moi toutefois de vous faire remarquer que certains centres-villes connaissent une véritable désertification, alors que le nombre d'officines y est considérable. Or, à la périphérie de ces mêmes communes, on constate une forte concentration de population, et les pharmaciens ne peuvent s'installer, car les quotas ne seraient pas respectés.

De tels regroupements permettraient pourtant de faire déplacer des pharmacies de centre-ville en surnombre, qui connaissent de ce fait une situation économique difficile, vers l'extérieur des villes, où leur regroupement leur permettrait de répondre aux besoins de la population.

Je retire donc mon amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 221 est retiré.

Article 40

① I. – L'article L. 162-22-11 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

② « Art. L. 162-22-11. – Dans les établissements mentionnés aux a à c de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations prévus au 1° du I de l'article L. 162-22-10, affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3° du même I, servent de base à l'exercice des recours contre tiers et à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance-maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du présent code et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles. »

③ II. – Le 1° de l'article L. 174-3 du même code est complété par les mots : « , sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 ».

④ III. – La section 12 du chapitre IV du titre VII du livre I^{er} du même code est complétée par un article L. 174-20 ainsi rédigé :

⑤ « Art. L. 174-20. – Pour les soins hospitaliers programmés ne relevant pas d'une mission de service public mentionnée à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, les établissements de santé peuvent déterminer les tarifs de soins et d'hébergement facturés aux patients non couverts par un régime d'assurance maladie régi par le présent code, à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État définie à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, des patients relevant des soins urgents définis à l'article L. 254-1 du même code, des patients accueillis dans le cadre d'une intervention humanitaire et des patients relevant d'une législation de sécurité sociale coordonnée avec la législation française pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles en application des traités, accords et règlements internationaux auxquels la France est partie.

⑥ « Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret. »

⑦ IV. – À la dernière phrase du II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), après les mots : « assurance maladie », sont insérés les mots : « sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et ».

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

L'amendement n° 36 est présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 90 rectifié est présenté par M. Watrin, Mmes Cohen et David, M. Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 138 est présenté par M. Caffet, au nom de la commission des finances.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. le rapporteur général, pour présenter l'amendement n° 36.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'article 40, qui a retenu toute notre attention, ouvre la possibilité, pour les établissements de santé publics et privés, de créer une tarification spécifique pour des soins programmés à destination de personnes non couvertes par un régime d'assurance maladie français ou couvertes par un régime de sécurité sociale coordonné avec la France.

L'étude d'impact annexée à ce projet de loi de financement de la sécurité sociale nous éclaire sur ce jargon. Il s'agit de « développer une offre de soins spécifiquement à destination des patients étrangers fortunés ».

Tout d'abord, il s'agit d'une complexification supplémentaire de la tarification hospitalière, alors que – vous l'aurez remarqué, madame la secrétaire d'État – nous privilégions la clarté et la simplicité.

Certes, facturer plus cher les « VIP étrangers », selon l'expression employée dans l'annexe du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, apportera des recettes nouvelles aux établissements de santé, mais ce seront principalement les établissements privés, ou quelques grands hôpitaux, qui seront concernés.

Or les cliniques pratiquent déjà des dépassements d'honoraires librement fixés et des frais annexes parfois importants.

À nos yeux, cette disposition, aussi attrayante soit-elle, pose surtout une question de principe, qui n'est pas anecdotique, au moment où des débats s'esquissent sur la mutualisation des risques et le financement des mal-portants par les bien-portants.

Si le tarif d'une prestation ou d'un acte est correctement fixé, il n'est guère légitime de faire payer plus cher certains étrangers, même riches. Le tarif devrait suffire ou, alors, il convient de le relever !

Cette réflexion rejoint d'ailleurs notre préoccupation générale sur les modes de financement des hôpitaux. Permettez-moi de citer une dernière fois l'annexe du PLFSS : « la facturation sur la base des tarifs journaliers de prestation, les TJP, ne permet pas toujours de couvrir l'intégralité des dépenses engagées ». Or un rapport de l'IGAS a montré que ce TJP est parfois assez nettement supérieur aux tarifs de la T2A. Il y a donc là une contradiction dans le discours du Gouvernement.

L'objet de cet amendement est donc de supprimer l'article 40 du PLFSS. J'imagine que beaucoup de nos collègues souhaiteront expliquer leur vote sur ce point.

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Pasquet, pour présenter l'amendement n° 90 rectifié.

Mme Isabelle Pasquet. L'article 40, que vise cet amendement de suppression, tend à autoriser les établissements de santé, publics et privés, à facturer des tarifs de soins et d'hébergement différenciés pour certains patients étrangers en situation régulière.

Autrement dit, pour reprendre une formulation figurant dans l'exposé des motifs fourni par le Gouvernement, il s'agit d'établir une tarification particulière pour un certain nombre de patients fortunés venant se faire soigner en France.

À vrai dire, cette disposition ne concerne pas les hôpitaux publics puisque, il faut le reconnaître, ces « patients VIP » s'orientent plus vers des cliniques commerciales que vers le secteur public.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. C'est faux ! Certains professeurs de l'hôpital public sont concernés.

Mme Isabelle Pasquet. Les cliniques privées peuvent d'ailleurs déjà tirer des compléments de ressources importants des frais annexes, particulièrement des frais hôteliers.

Ainsi, pour ne prendre qu'un exemple, une clinique parisienne exige pour une chambre individuelle sans douche une somme de 55 euros supplémentaires par rapport aux tarifs pris en charge par la sécurité sociale. Si cette chambre n'est naturellement pas susceptible d'attirer les patients ultra-riches que vise cet article, tel n'est pas le cas des prestations annexes décrites par le site internet de cette clinique, qui propose les prestations suivantes pour sa « suite » : espace salon, minibar, mini-coffre, presse journalière, télévision à écran plat 16/9, linge de toilette, WiFi, petit-déjeuner amélioré et lit électrique à deux places (*Mme la secrétaire d'État s'exclame.*), tout cela pour la somme de 585 euros par jour, à la charge, cela va sans dire, des clients qui peuvent se le permettre.

Pour cette clinique, l'établissement de tarifs différenciés pour les frais d'hébergement n'est visiblement pas nécessaire.

Nous craignons en revanche que, sous prétexte de proposer une modulation des tarifs pour les étrangers les plus fortunés, le Gouvernement ne vise en fait uniquement les étrangers en général et, partant, les établissements publics de santé.

Nous nous souvenons que, l'année dernière, vous avez instauré un forfait de 30 euros à la charge des étrangers en situation irrégulière afin de pouvoir accéder à l'AME, l'aide médicale de l'État. L'article 40, qui ne fait nullement référence à des conditions précises de ressources, est peut-être le pendant de cette mesure pour les étrangers en situation régulière. Ces derniers, salariés, étudiants, retraités, pourraient alors se voir imposer des tarifs différents de ceux qui sont appliqués aux nationaux, du seul fait de leur origine et de leur état civil. Il s'agirait alors d'une véritable discrimination, contraire à l'idée que nous nous faisons des missions de service public confiées aux hôpitaux.

Peu importe que les cliniques privées opèrent une sélection par l'argent de leurs patients, dès lors que l'offre publique permet à tous les patients, sans distinction de ressources et d'origine, d'être soignés. Il faut donc supprimer cet article.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur pour avis, pour présenter l'amendement n° 138.

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. L'amendement de la commission des finances est identique.

Pour la clarté et l'honnêteté des débats, je me dois de dire que notre amendement de suppression est motivé non par un problème de principe, mais par la très mauvaise rédaction de l'article en question.

En effet, ne sont exclus de ce dispositif que ceux qui se font soigner en urgence, ceux qui relèvent de l'action humanitaire, ainsi que ceux qui bénéficient de l'AME. Un certain nombre d'établissements pourraient donc facturer comme ils l'entendent des soins à des ressortissants étrangers, dès lors qu'ils ne se trouvent pas dans un des cas cités. Cette possibilité relève de l'arbitraire le plus complet. Aussi, la commission des finances a considéré que cet article n'était ni fait ni à faire et qu'il fallait le réécrire totalement, même si le principe qui le sous-tend peut être discuté.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. J'ai écouté les orateurs avec beaucoup d'attention. L'article 40 permet aux établissements de santé qui le souhaitent de déroger aux règles de facturation existantes pour les soins programmés des patients étrangers fortunés en situation régulière.

Madame Pasquet, la mesure proposée ne porte pas atteinte aux droits des patients de toute nationalité à accéder à des soins hospitaliers en France. Elle ne s'applique pas dans le cadre de l'exercice des missions de service public que sont, en particulier, la permanence des soins et l'aide médicale d'urgence.

Les patients visés à cet article ne sont ni des assujettis à l'AME, ni des ressortissants d'un pays ayant un accord bilatéral avec notre sécurité sociale, ni même des étrangers rapatriés dans le cadre de l'aide humanitaire. En fait, il n'y a pas véritablement de contradiction, un public particulier étant concerné.

Mesdames, messieurs les sénateurs, j'entendais dire, tout à l'heure, que celui-ci n'était censé fréquenter que le secteur privé. Permettez-moi de rappeler qu'il y a de très grands professeurs français, exerçant dans les hôpitaux publics, que les étrangers souhaitent consulter.

Ne sont visés par cette mesure que les patients étrangers fortunés qui sont identifiables, notamment parce qu'ils manifestent des préférences pour des prestations de confort personnel. Ce dispositif permet aux établissements de santé publics de renom de bénéficier de recettes propres. À titre d'exemple, les Hospices civils de Lyon ont développé une offre VIP qui leur a permis de récolter 1,3 million d'euros en 2010. On ne peut pas nier que cela est de nature à contribuer au rétablissement financier de ces établissements.

J'insiste, enfin, sur le fait que cet article ne porte absolument pas atteinte au droit à l'accès aux soins des patients de toute nationalité en France, dans la mesure où il ne s'applique pas aux patients pris en charge dans le cadre de l'exercice d'une mission de service public, telle que la prise en charge en urgence ou en soins palliatifs. Cette mesure n'est en aucun cas arbitraire.

Pour toutes ces raisons, mesdames, messieurs les sénateurs, je suis défavorable à ces amendements identiques.

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

Mme Catherine Génisson. Bien qu'il traite de l'accueil de patients étrangers, cet article est en rupture totale avec les principes fondateurs de notre sécurité sociale. Je m'arrêterai là, ajoutant simplement que la médecine n'est pas une marchandise.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Tout à fait !

Mme Catherine Génisson. Cet article, choquant au point de vue éthique, nous ferait tomber bien bas, si nous devions le voter. (*M. Ronan Kerdraon applaudit.*)

Mme Isabelle Pasquet. Tout à fait !

Mme Catherine Génisson. Je ne poursuis pas, car les uns et les autres ont produit des argumentations très charpentées sur ce point.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Pour une fois qu'on ne veut pas faire payer les riches ! (*Sourires.*)

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 36, 90 rectifié et 138.

(*Les amendements sont adoptés.*)

M. le président. En conséquence, l'article 40 est supprimé.

Article 41

- ① L'article 91 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 est ainsi modifié :
- ② 1° Le III est ainsi modifié :
- ③ a) Le premier alinéa est complété par les mots : « dans le délai d'un mois à compter de la date de la décision contestée » ;
- ④ b) Après le premier aliéna, sont insérés neuf alinéas ainsi rédigés :
- ⑤ « Le fonctionnaire doit présenter une demande écrite, précisant l'objet de la contestation et indiquant le nom et l'adresse de son médecin. Cette demande est adressée par lettre avec demande d'avis de réception ou déposée contre récépissé auprès du comité médical.
- ⑥ « Le comité médical informe le service du contrôle médical compétent de la demande du fonctionnaire.

⑦ « Dès qu'il est informé de la demande, le service du contrôle médical établit un dossier comportant obligatoirement :

⑧ « 1° L'avis du médecin nommément désigné ;

⑨ « 2° L'avis du médecin-conseil accompagné de tous les éléments et pièces justificatives d'ordre médical ayant motivé cet avis ;

⑩ « 3° Les motifs invoqués par le fonctionnaire à l'appui de la demande ;

⑪ « 4° L'énoncé de la question posée au comité médical.

⑫ « Le service du contrôle médical adresse au comité médical ce dossier dans les quinze jours qui suivent la réception de la demande, par lettre avec demande d'avis de réception.

⑬ « Le comité médical établit ses conclusions motivées et les adresse au fonctionnaire, à l'administration et au service du contrôle médical de la caisse. » ;

⑭ 2° À la première phrase du IV, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « quatre » ;

⑮ 3° Il est ajouté un VI ainsi rédigé :

⑯ « VI. – Les collectivités territoriales qui ont signé des conventions en application du V entre la fin du délai de signature prévu au présent article et le 31 décembre 2011 sont autorisées à participer à l'expérimentation à compter du 1^{er} janvier 2012. » – (*Adopté.*)

Articles additionnels après l'article 41

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

L'amendement n° 118 rectifié *bis*, présenté par M. Watrin, Mmes Cohen et David, M. Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 41

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Incontestablement, les maisons de santé constituent une réponse aux attentes des professionnels de santé, notamment des jeunes médecins, qui sont de plus en plus enclins à abandonner l'exercice libéral en cabinet.

Ces derniers veulent, et on les comprend, rompre l'isolement qui est le leur et pouvoir compter sur l'expertise de confrères, notamment.

Selon le rapport de la mission portant sur « le développement des maisons et pôles de santé », le constat global est clair : « le dispositif de premier recours est à bout de souffle. Il ne répond plus ni aux attentes des professionnels ni aux préoccupations des autorités publiques et n'est plus apte à répondre aux évolutions démographiques et épidémiologiques de la population ».

Nous sommes certains que les structures qui permettent l'exercice regroupé et pluridisciplinaire peuvent donc constituer un avantage pour les patients, comme le prouve d'ailleurs l'existence de centres de santé depuis plusieurs décennies.

Ces structures constituent également un moyen de décharger les praticiens des tâches administratives, grâce à la mise en commun des moyens nécessaires à l'activité professionnelle : locaux, équipement, personnel non médical prenant en charge des dossiers administratifs de plus en plus lourds.

À cet égard, le rapport sénatorial intitulé *Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ?* soulignait que l'exercice regroupé permettait une meilleure organisation du travail et la prise en compte des aspirations des médecins en matière de qualité de vie.

Dés lors, dans une logique que l'on pourrait qualifier de gagnant-gagnant, et qui vous est chère, madame la secrétaire d'État, nous proposons que les maisons de santé, nouveaux acteurs de l'exercice libéral de la médecine collective et pluridisciplinaire, ne puissent percevoir de financements publics qu'à la condition que les professionnels de santé qui la composent respectent les tarifs opposables.

M. le président. L'amendement n° 249, présenté par Mmes Génisson, Alquier, Archimbaud et Campion, MM. Carvounas et Cazeau, Mmes Claireaux et Demontès, M. Desessard, Mmes Duriez et Ghali, MM. Godefroy, Jeannerot, Kerdraon, Labazée, Le Menn et J.C. Leroy, Mmes Meunier, Printz et Schillinger, MM. Teulade, Vergoz et les membres du groupe Socialiste, Apparentés et groupe Europe Écologie Les Verts rattaché, est ainsi libellé :

Après l'article 41

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Cet amendement vise à améliorer l'accès aux soins pour nos concitoyens.

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a défini les maisons de santé : il s'agit de permettre un exercice collectif, pluridisciplinaire de la médecine, qui est une des réponses possible au manque d'attractivité de certains territoires pour les médecins libéraux et correspond aux nouvelles aspirations des jeunes professionnels en termes d'exercice. La maison de santé ne réunit d'ailleurs pas uniquement des médecins, puisque d'autres professionnels de santé en font partie. Ces structures fonctionnent actuellement très bien.

La loi HPST, en 2009, a précisé les professionnels susceptibles d'y exercer et prévu qu'ils doivent élaborer un projet de santé, auquel ils adhèrent. Ce dernier est transmis pour information à l'ARS et doit être conforme aux orientations du schéma régional d'organisation des soins.

Cette loi a également disposé que les maisons de santé pouvaient bénéficier d'une dotation du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, le FIQCS – peut-

être s'agit-il dorénavant du fonds d'intervention régional, le FIR ? –, lorsqu'elles avaient conclu avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

La loi Fourcade, votée l'été dernier, a encore précisé le statut juridique de ces maisons de santé.

Cet amendement tend à modifier l'article L. 6323-3 du code de la santé publique qui définit ces structures, car, dans la mesure où elles reçoivent des aides publiques à l'investissement ou au fonctionnement – pour beaucoup d'entre elles, il s'agit d'aides des conseils généraux et des conseils régionaux, que vous fustigez tant par ailleurs –, il serait normal de leur demander d'appliquer les tarifs opposables et le tiers payant, leur objectif étant de faciliter l'accès aux soins.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'amendement n° 118 rectifié *bis* tend à prévoir que, parmi les maisons de santé, seules celles qui appliquent des tarifs opposables puissent bénéficier de crédits du FIQCS. Sur le principe, je suis assez favorable à ce dispositif, mais ce fonds ne sera plus compétent pour financer ce type de dépenses une fois que le FIR prévu à l'article 36 du présent projet de loi sera mis en place. Cet amendement est donc devenu sans objet pour l'avenir. J'en sollicite donc le retrait, même si je partage l'objectif qui le sous-tend.

Dans son objet, l'amendement n° 249 est très proche du précédent. L'idée de restreindre le financement public des maisons de santé lorsque n'y sont appliqués ni les tarifs opposables ni, comme il est indiqué ici, le tiers payant est assez séduisante. Je ferai donc la même remarque de forme : il n'est pas opportun de faire référence aux crédits du FIQCS y afférents dans la mesure où ils disparaîtront en 2012 si le dispositif voté aujourd'hui est mis en œuvre.

La commission émet par conséquent un avis de sagesse sur cet amendement, mais elle aurait tout aussi bien pu, au vu de la rédaction proposée, en demander le retrait.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Le Gouvernement est défavorable aux deux amendements.

Pourquoi vouloir ennuyer les médecins désireux de s'installer dans une maison de santé ? D'autant que le dispositif actuel répond aux souhaits à la fois de la société et des médecins eux-mêmes. Franchement, je trouve cette mesure inégalitaire, car elle ne concernerait, si les amendements étaient adoptés, que les maisons de santé et pas les autres offreurs de soins, notamment les réseaux.

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

Mme Catherine Génisson. À la suite de l'intervention de M. le rapporteur général, il me paraît nécessaire de rectifier l'amendement n° 249, comme l'amendement n° 118 rectifié *bis*, d'ailleurs, pour qu'il y soit fait référence non plus au FIQCS, mais au FIR.

Mme Laurence Cohen. Je suis d'accord !

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

M. Alain Milon. Quand bien même les amendements feraient référence au FIR, cela ne change rien au problème : les maisons de santé ont été créées pour permettre aux

médecins et aux professions paramédicales exerçant par ailleurs dans différents types d'activité – secteur 1 ou 2 – non pas de s'y installer, mais d'y travailler, ce qui n'est pas pareil.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Exactement !

M. Alain Milon. En autorisant l'ensemble de ces professionnels à mener leurs consultations au sein de ces maisons de santé, on offre un service supplémentaire à la population.

Interdire l'accès à ces structures au secteur 2, puisque la proposition qui nous est faite revient en fait à cela, c'est vouer le fonctionnement des maisons de santé à l'échec.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Absolument !

M. Alain Milon. Mes chers collègues, c'est pourtant le choix que vous faites, et ce n'est sans doute pas le meilleur. Au fait, rappelez-vous, qui a inventé le secteur 2 ?

M. Gérard Dériot. Jack Ralite !

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Dans le prolongement de ce que j'ai dit, je propose aux auteurs des deux amendements de les modifier, afin de remplacer la référence « l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale » par la référence « l'article L. 1435-8 du code de la santé publique ».

M. le président. Madame Génisson, que pensez-vous de la suggestion de M. le rapporteur général ?

Mme Catherine Génisson. Je l'accepte, et je rectifie mon amendement en ce sens, monsieur le président.

M. le président. Et vous, madame Cohen, qu'en pensez-vous ?

Mme Laurence Cohen. Je suis également d'accord avec cette proposition, monsieur le président, et je rectifie par conséquent l'amendement n° 118 rectifié *bis* pour qu'il devienne identique à l'amendement de nos collègues du groupe socialiste-EELV.

M. Alain Milon. Au final, plus personne n'ira dans les maisons de santé !

Mme Chantal Jouanno. Vous n'avez qu'à supprimer le secteur 2 !

M. le président. Il s'agit donc des amendements identiques n° 118 rectifié *ter* et 249 rectifié, qui sont ainsi libellés :

Après l'article 41

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

« La maison de santé peut bénéficier des financements prévus à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique à la condition d'appliquer les tarifs opposables et le tiers payant. »

Je les mets aux voix.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 41.

Article 42

- ① La section 3 du chapitre II du titre II du livre III du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 322-8 ainsi rédigé :

- ② « Art. L. 322-8. – Les assurés et leurs ayants droit relevant du régime spécial de sécurité sociale des entreprises minières et assimilées bénéficient de la gratuité des prestations en nature de l'assurance maladie mentionnées au présent chapitre. »

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

Mme Jacqueline Alquier. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, sénatrice du Tarn, département dont l'histoire est indissociable de celle de l'exploitation minière et des grands combats de Jaurès, je suis intervenue auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, à la demande de l'intersyndicale de la caisse régionale de sécurité sociale dans les mines, très inquiète face au démantèlement annoncé par décret de ce régime à l'horizon 2013.

C'est pourquoi je me réjouis particulièrement aujourd'hui que le Gouvernement se soit finalement engagé, après concertation avec les fédérations syndicales minières, dans le cadre de la réforme du régime, à garantir la gratuité des soins dont bénéficiaient jusqu'alors les assurés et les ayants droit du régime spécial des entreprises minières.

Ce secteur d'activité, où la pénibilité ne peut qu'être reconnue, a déjà payé un lourd tribut, et ce dans un contexte socioéconomique difficile, qui accroît les besoins de santé. La forte mobilisation constatée a donc, pour le moment, réussi à préserver des acquis durement gagnés, lesquels ne peuvent en aucun cas être considérés comme des privilèges.

Il faut préciser, cependant, que le Gouvernement a déjà mis fin, par un décret du 31 décembre 2009, aux modalités de prise en charge des affiliés en matière de transports en ambulance, de remboursements de produits pharmaceutiques ou de cures thermales.

Nous devons donc rester vigilants. Afin de garantir une réelle gratuité des soins pour les bénéficiaires et ayants droit, il semble nécessaire aujourd'hui de préciser dans cet article 42 que les franchises médicales ne doivent pas leur être appliquées. Tel est l'objet de l'amendement n° 91 rectifié *bis*, qui viendra tout à l'heure en discussion.

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

M. Dominique Watrin. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, l'article 42 affirme effectivement le principe de gratuité des prestations en nature pour les assurés du régime spécial des mines et leurs ayants droit.

Je rappellerai que le régime minier est le fruit d'une histoire à la fois industrielle et sociale, où les efforts des mineurs pour relever l'économie française ont su, très tôt, rencontrer la mobilisation syndicale.

Nous n'aimons pas, pour notre part, l'expression « régime spécial ». Ce qu'il y avait de spécial dans ce métier, c'étaient bien plutôt les risques, les dangers, les maladies auxquels étaient exposés les mineurs.

Parce que ce métier était pénible et dangereux, parce que les mineurs voyaient leur espérance de vie réduite du fait de leur activité professionnelle, il était tout simplement légitime que ceux-ci et leurs ayants droit puissent bénéficier d'une gratuité complète des soins.

Jusqu'à l'insertion de cet article, cette gratuité fut malheureusement remise en cause, notamment en août 2009, en raison de l'application des franchises médicales. Je partage à cet égard les propos qui viennent d'être tenus et j'aurai l'occasion de m'en expliquer.

Je sais qu'il est difficile de comprendre, lorsque l'on est extérieur au monde des bassins miniers, les différentes dispositions de ce régime spécifique et leur raison d'être.

C'est pourquoi je veux répéter ce que ma collègue a souligné, mais avec plus de force encore : les mineurs et leurs ayants droit n'ont jamais été des privilégiés.

J'ai parlé à l'instant des conditions de travail. J'évoquerai aussi les conditions dans lesquelles les mineurs étaient logés. Certains logements datent du début du XX^e siècle et 20 000 n'ont pas encore été complètement réhabilités malgré les progrès accomplis.

Je veux rappeler que les mineurs ont cotisé durant toute leur vie à un taux supérieur à celui du régime général, ce qui a d'ailleurs permis aux moments forts du régime de constituer un patrimoine, aujourd'hui transféré avec le décret du 30 août 2011 à une structure nationale.

Madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, je ne peux m'empêcher non plus d'évoquer l'histoire, la grande grève patriotique des mineurs du Nord-Pas-de-Calais au cours des mois de mai et juin 1941. Ce fut le premier mouvement de masse contre l'occupant nazi : plus de mille mineurs et femmes de mineurs arrêtés, emprisonnés, déportés, dont plusieurs centaines ne sont jamais revenues.

La profession minière a joué un rôle irremplaçable dans le redressement de la France, au prix de milliers de victimes par silicose et à la suite de catastrophes minières. Aucun gouvernement, je tiens à le préciser, n'avait jusqu'alors osé remettre en cause l'existence même du régime minier.

Il faut analyser cet article 42 au regard de la question fondamentale de la proximité des soins. Si nous y reviendrons dans le cadre de la discussion des amendements à venir, je précise que nous touchons là à deux enjeux majeurs.

Premièrement, il importe que celles et ceux qui relèvent du régime minier puissent disposer de structures de soins de premiers recours adaptées, connaissant leur situation sanitaire et sociale particulière et respectant le principe de gratuité. La proximité, c'est pour eux la garantie d'une médecine de qualité et disponible. Ne l'oublions surtout pas, en moyenne, les mineurs et leurs ayants droit ont plus de soixante-dix ans et sont très peu mobiles.

Que deviendront les 180 centres médicaux répertoriés sur le bassin minier du Nord-Pas-de-Calais ? Tout le monde s'accorde à le reconnaître, y compris le directeur de l'ARS, que j'ai rencontré, ces dispensaires et centres de santé, qui sont aujourd'hui, faut-il le préciser, ouverts à toute la population, constituent un atout incontournable pour rattraper les retards de santé constatés partout.

Deuxièmement, il faut souligner que le problème de la gratuité des frais de transport se pose encore aujourd'hui, tant les assurés ont parfois besoin d'accéder à des structures de soins éloignées. La gratuité est indispensable compte tenu de la faiblesse des pensions avec lesquelles doivent vivre les retraités et les ayants droit des mines.

La seule solution résiderait en fait dans le rétablissement du *b* du 2° de l'article 2 du décret du 24 décembre 1992, dit « article 2-2-b », que le Gouvernement a supprimé. Nous avons, pour notre part, déposé un amendement en ce sens, lequel a été, malheureusement, frappé d'irrecevabilité.

Il conviendrait également d'aborder la question de la revalorisation des pensions, qui ne devrait pas dépasser 3 %, alors que les retraites des mineurs sont inférieures de près de 20 % à celles du régime général.

Enfin, se pose la question du maintien de l'emploi des salariés de ce régime.

Madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, au drame sanitaire que prépare la dissolution du régime minier, il ne faudrait pas ajouter un drame social dans des territoires qui souffrent déjà, plus que d'autres, de la précarité, du chômage, de la pauvreté et des retards de santé. J'y reviendrai lors de la présentation des amendements.

Mme Laurence Cohen. Bravo !

M. Jacky Le Menn. Très bien !

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson, sur l'article.

Mme Catherine Génisson. Je salue les interventions remarquables de mes deux collègues, particulièrement celle de Dominique Watrin car elle porte la marque d'une solidarité géographique dans laquelle je me reconnais.

Nous sommes tous redevables de ce que les mineurs ont apporté à la France. Je peux témoigner, à titre personnel, que la très grande majorité d'entre eux n'ont pas beaucoup profité de leur retraite. Pour avoir accompagné de nombreux malades, j'atteste que mourir de silico-anthraxose est certainement l'une des fins de vie les plus pénibles et les plus douloureuses qui soient.

Je veux à mon tour souligner l'importance et la qualité du service médical instauré par cette sécurité sociale minière. Aujourd'hui, on s'évertue à imaginer tout un nouveau système autour des maisons de santé. C'est oublier qu'il en existe déjà un, véritablement remarquable, et j'espère qu'on ne va pas le supprimer !

Dans ces dispensaires, les mineurs et leurs ayants droit peuvent consulter non seulement leur médecin généraliste, mais aussi des spécialistes ; dans les cliniques d'accueil, peuvent être traités en cas de nécessité les mineurs et leurs ayants droit. Voilà un système d'excellence où les patients sont bien traités. On ferait bien de s'en inspirer encore aujourd'hui !

M. le président. L'amendement n° 91 rectifié *bis*, présenté par M. Watrin, Mmes Cohen et David, M. Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Avant l'alinéa 1

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Dominique Watrin.

M. Dominique Watrin. L'article 42 fait suite à une promesse ministérielle de garantir aux assurés et aux ayants droit relevant du régime spécial de sécurité sociale des mines le maintien du principe de la gratuité des soins. Il pourrait donc constituer un soulagement pour les personnes concernées affiliées à ce régime. Pourtant, sa rédaction inquiète dans la mesure où l'article qu'il vise à insérer dans le code de la sécurité sociale ne concerne que les prestations en nature et ne fait, par exemple, pas référence aux franchises médicales, prévues dans un autre article de ce même code.

M. le rapporteur général se fait d'ailleurs lui-même l'écho de la situation, en indiquant : « D'un point de vue juridique, écrire un tel principe général au détour d'une phrase d'une loi de financement de la sécurité sociale sans la codifier pourrait prêter à mauvaise interprétation ou à confusion. »

Nous partageons ce constat. C'est la raison pour laquelle il nous a semblé nécessaire que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 modifie l'article L. 322-4 du code de la sécurité sociale, en précisant clairement que les assurés au régime minier et leurs ayants droit sont exonérés de la participation forfaitaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie. Il faut être clair.

Selon le rapporteur général, tel devrait être le cas puisqu'il écrit : « [Cette] formulation permet de conserver les droits acquis de ces assurés et ayants droit : ils resteront bien exonérés du ticket modérateur, de la participation forfaitaire de 1 euro et des franchises [...] ».

Si nous ne doutons pas des propos du rapporteur général ou de la véracité de l'engagement du Gouvernement en la matière, nous considérons qu'il serait de bonne pratique législative que la loi soit aussi précise que possible et qu'elle mentionne clairement tous les éléments qui sont visés.

Notre amendement, que nous vous invitons à adopter, mes chers collègues, s'apparente donc, en réalité, à un amendement de clarification qui, j'en suis certain, pourra vous convaincre.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet article 42 prévoit que les assurés et ayants droit du régime minier bénéficient gratuitement des prestations en nature de l'assurance maladie, c'est-à-dire principalement des soins, consultations, actes, prestations, médicaments.

De ce fait, ces assurés ne sont pas redevables du ticket modérateur, des participations forfaitaires sur les consultations et actes biologiques ainsi que des franchises sur les médicaments, actes des auxiliaires médicaux et transports sanitaires.

L'amendement présenté ajoute plus explicitement que les participations et franchises ne sont pas exigées pour ces assurés.

Cette précision me semble redondante avec la rédaction actuelle de l'article 42. Il serait cependant préférable que le Gouvernement précise, afin que cela figure au *Journal officiel*, ce que recouvre exactement pour lui la rédaction de l'article 42.

Madame la secrétaire d'État, je veux vous interroger. Le nouvel article L. 322-8 exonère-t-il les assurés et ayants droit du régime minier du ticket modérateur, des participations forfaitaires et des franchises ? Si nous avons cette confirmation,

qui figurera au *Journal officiel*, je pense que l'amendement pourrait être retiré. Si nous n'obtenons pas une telle confirmation, nous pourrions le voter.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Monsieur le rapporteur général, il n'y a pas de participation à la franchise. De ce point de vue-là, vous pouvez être rassuré.

Monsieur le sénateur Watrin, en présentant votre amendement, vous avez parlé très justement des problèmes du secteur et du régime miniers.

Je rappelle quand même que le Gouvernement a prévu, d'ici à 2013, une augmentation de 6 millions d'euros des crédits d'action sociale du régime minier pour compenser la suppression de l'article 2-2-b du décret du 24 décembre 1992 et faire en sorte que personne – personne ! – ne renonce ou ne puisse renoncer aux soins.

Le Gouvernement est défavorable à l'amendement n° 91 rectifié *bis* parce qu'il est satisfait. En effet, la rédaction de l'article 42 préserve déjà les affiliés miniers de toutes les mesures de déremboursement passées ou à venir.

De plus, l'article 42 du présent projet de loi a été codifié dans le code de la sécurité sociale par un amendement adopté à l'Assemblée nationale, ce qui apporte une protection plus importante que celle que procurerait aux intéressés votre amendement.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Madame la secrétaire d'État, votre réponse n'est pas totalement satisfaisante. Pourriez-vous nous confirmer que les trois participations – ticket modérateur, participation forfaitaire et franchise – sont bien concernées ? Il me semble vous avoir entendu évoquer la participation forfaitaire et la franchise mais je ne crois pas vous avoir entendu parler du ticket modérateur.

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Monsieur le rapporteur général, il y a bien exonération des trois. Suis-je précise ?

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Tout à fait, madame la secrétaire d'État !

M. le président. Monsieur Watrin, l'amendement n° 91 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Dominique Watrin. C'est clair, et je retire donc cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 91 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 258, présenté par Mmes Cohen et David, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Dominique Watrin.

M. Dominique Watrin. Par un décret, le Gouvernement a prévu le transfert de la gestion du risque maladie et celui du personnel qui en a la charge vers le régime général de la sécurité sociale, ainsi que le transfert vers le régime général

des dispensaires, des centres de santé, des pharmacies des mines. En clair, il faut quand même bien le dire, c'est la fin programmée du régime minier.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Non !

M. Dominique Watrin. En août 2009, vous aviez déjà remis en cause l'une des spécificités du régime minier en modifiant le décret n° 92-1354 du 24 décembre 1992. Vous aviez alors fait le choix de supprimer l'article 2-2-b de ce décret qui constituait pourtant une spécificité du régime minier.

Celui-ci permettait en effet aux affiliés de ce régime de bénéficier du taux de droit commun pour certaines dépenses telles que celles qui sont liées aux cures et aux transports sanitaires, en particulier.

Il semblerait que ce poste de dépenses soit le plus important puisque sur un budget global de l'ordre de 9 millions d'euros, les frais de transports représenteraient près de 6 millions d'euros.

Vous avez pris prétexte du fait que cette disposition était temporaire pour la supprimer, alors que cette décision sera lourde de conséquences pour les personnes concernées.

Vous le savez pertinemment, les affiliés du régime minier sont relativement âgés – pour ne pas dire très âgés –, très peu autonomes, voire pas du tout, et ne disposent que de faibles ressources financières. La fermeture progressive et quasi programmée des centres de santé, dont les conditions d'ouverture dans certaines villes sont devenues tellement restrictives que les patients ne peuvent y avoir accès, risque de remettre en question l'accès aux soins pour les affiliés. Ces derniers sont, en raison même de leur état sanitaire et social, particulièrement fragiles.

Pour eux, et cela nous a été confirmé par les organisations syndicales, la suppression de l'article 2-2-b du décret de 1992 n'est pas compensée par l'article 42 du présent projet de loi.

En effet, selon le Gouvernement, la suppression de l'article 2-2-b en 2009 aurait été décidée en contrepartie de la non-application des franchises et participations forfaitaires, ce qui vient d'être confirmé. Or ces deux mesures ne compensent pas la suppression de cet article puisque certaines prestations ne seront plus prises en charge à 100 %, à moins que vous ne m'indiquiez le contraire ! Je pense notamment aux frais de transport et aux cures, très utiles pour soulager les mineurs atteints, par exemple, de pneumoconioses.

Avec la suppression de l'article 2-2-b, ces prestations ne seront plus ni garanties ni prises en charge à 100 %. Il est donc faux de dire, comme vous le faites, que les affiliés au régime minier conserveront l'accès gratuit aux soins.

Aussi, pour éviter que la suppression de l'article 2-2-b du décret de 1992 n'aboutisse à une telle situation, il nous a semblé opportun de prévoir une prestation spécifique destinée à garantir l'accès de tous aux soins, notamment pour les affiliés ne disposant plus d'offre minière de proximité.

Nous proposons qu'un décret en Conseil d'État vienne préciser les conditions d'application de cette disposition. Il fixerait les dépenses prises en charge par l'instauration de cette prestation destinée à se substituer à l'article 2-2-b que vous avez supprimé et qui prévoyait la prise en charge de ces dépenses.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement, qui concerne toujours le régime minier, vise à créer une prestation d'accès aux soins dont les conditions de fonctionnement et de prise en charge ne sont pas précisées. C'est d'ailleurs le caractère incertain de cette rédaction qui lui a permis de passer à travers le filtre de l'article 40 de la Constitution.

Or la rédaction de l'article 42 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 permettra aux assurés et ayants droit du régime minier d'accéder gratuitement aux prestations en nature de l'assurance maladie, quel que soit le professionnel ou l'établissement de santé, sous réserve du forfait hospitalier, qui n'est pas couvert par le dispositif.

De ce fait, l'éloignement d'un établissement géré par le régime des mines ne posera plus de difficultés aux assurés qui pourront se rendre dans l'établissement le plus proche de leur lieu de résidence.

Compte tenu du caractère à nos yeux incertain de la rédaction de l'amendement, la commission propose plutôt à ses auteurs de le retirer.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Je vais réaffirmer ce que j'ai dit tout à l'heure. D'abord, l'article 42 n'a pas vocation à compenser la suppression de l'article 2-2-b. Nous sommes bien d'accord : ce sont des crédits d'action sociale qui le feront.

Ensuite, monsieur le sénateur, vous avez parlé des transports sanitaires. Je vous confirme que leur remboursement sera totalement compensé par l'augmentation des crédits d'action sociale.

Je peux confirmer et réaffirmer ce que j'ai dit tout à l'heure : l'accès aux soins des affiliés que le présent amendement veut favoriser est assuré dans le cadre de l'action sanitaire et sociale du régime minier dont les principaux axes visent à favoriser le maintien à domicile, à prévenir la perte d'autonomie et à assurer le transport sanitaire des personnes âgées ou isolées et pour laquelle le Gouvernement s'est engagé à augmenter les crédits de 6 millions d'euros en 2012, dont 2,5 millions ont déjà été débloqués en 2011 afin d'éviter les éventuelles situations de renoncement aux soins – car de cela, il n'est pas question, nous ne le voulons pas !

La fixation de ce budget d'action sanitaire et sociale relève de la convention d'objectifs et de gestion signée entre l'État et le régime des mines.

En outre, compte tenu de son objet, la disposition proposée dans votre amendement n'a pas sa place à l'article 42 du présent projet de loi, qui vise à garantir une prise en charge effective à 100 % des dépenses de santé des affiliés et qui a été codifié en conséquence par un amendement adopté par l'Assemblée nationale dans la partie du code de la sécurité sociale relative aux prestations en nature de l'assurance maladie.

Ce que j'ai dit tout à l'heure sur l'amendement précédent, je le réitère maintenant. Dans ce cadre, puisque l'amendement est satisfait, j'émet, au nom du Gouvernement, un avis défavorable.

M. le président. Monsieur Watrin, l'amendement n° 258 est-il maintenu ?

M. Dominique Watrin. J'ai bien entendu, madame la secrétaire d'État, que vous vous engagez à compenser intégralement la suppression de l'article 2-2-b par des crédits d'action sociale nécessaires et correspondants.

J'ai néanmoins encore quelques inquiétudes. Les crédits d'action sociale vont effectivement être augmentés de 6 millions d'euros, dont 2,5 millions dès 2011, pour permettre cette compensation de la suppression de l'article 2-2-b.

Cela étant dit, nous sommes dans le cadre d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale qui ne vaut que pour 2012, ce qui pose un problème. En effet, rien ne nous garantit qu'à l'avenir les crédits ne diminueront pas. Si je pose cette question, c'est parce que le décret du 30 août comporte aussi d'autres éléments qui nous inquiètent dans la mesure où il entérinerait un objectif de baisse de l'enveloppe globale d'action sociale et sanitaire. D'où notre crainte que les engagements ne soient pas tenus sur la durée.

Par conséquent, je maintiens l'amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 258.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote sur l'article 42.

M. Alain Milon. Comme je l'ai annoncé au cours de la discussion générale, le groupe UMP votera cet article à mon sens très important, car il reconnaît le régime minier.

Sans vous retracer toutes mes origines, je puis vous dire que, à l'heure actuelle, je suis encore le seul de ma famille à ne pas être mineur. Je suis donc particulièrement heureux que le Gouvernement ait pris ce régime en considération.

M. le président. Je mets aux voix l'article 42.

(L'article 42 est adopté.)

Article 43

- ① I. – L'article L. 161-5 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit aux prestations en nature ne soit pas celle mentionnée à l'article L. 351-9 ».
- ② II. – Au premier alinéa de l'article L. 311-9 du même code, après le mot : « maladie », sont insérés les mots : « , sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit aux prestations en nature ne soit pas celle mentionnée à l'article L. 351-9 ». – *(Adopté.)*

Article 44

Au premier alinéa de l'article L. 341-14-1 du code de la sécurité sociale, la référence : « ou L. 732-18-2 » est remplacée par les références : « , L. 732-18-2 ou L. 732-18-3 ». – *(Adopté.)*

Article 45

- ① Le III *ter* de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi rédigé :
- ② « III *ter*. – Le fonds peut prendre en charge le financement des missions d'expertise exercées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. »

M. le président. L'amendement n° 37, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je ne sais pas si le Gouvernement ou les services de l'administration de l'État aiment bien les tuyaux, mais quand même ! *(Sourires.)*

Cet article permet à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, l'ATIH, d'être financée par le FMESPP, le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés !

Encore une fois, nous souhaitons plaider pour la simplicité. Le financement de l'ATIH est déjà prévu dans la loi de modernisation sociale de 2002, aux termes de laquelle l'Agence est notamment financée par une dotation de l'assurance maladie fixée par l'État.

Pourquoi ajouter un autre tuyau, le FEMSP, qui est lui-même alimenté par l'assurance maladie ? À nos yeux, ce montage n'est pas utile sur le plan juridique. L'objet de cet amendement est donc de revenir à des circuits clairs de financement en supprimant cet article.

M. Jacky Le Menn. Voilà !

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Monsieur le rapporteur général, l'ATIH est ponctuellement impliquée dans des projets novateurs, tels que la facturation individuelle des établissements de santé, qui requièrent nécessairement des crédits supplémentaires exceptionnels, et donc non pérennes.

D'un point de vue juridique, aux termes de la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, les ressources de l'ATIH ne sont pas limitativement fixées. En revanche, pour permettre son financement par le FMESPP, il est nécessaire de modifier l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, objet de l'article 45 du présent projet de loi de financement.

Pour cette raison, monsieur le rapporteur général, je vous saurais gré de bien vouloir retirer votre amendement. À défaut, le Gouvernement émettra un avis défavorable.

M. le président. Monsieur le rapporteur général, l'amendement n° 37 est-il maintenu ?

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Oui, monsieur le président.

M. le président. Je le mets aux voix.

(L'amendement est adopté.)

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

Article 46

- ① I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins est fixé à 250 millions d'euros pour l'année 2012. Le montant maximal des dépenses de ce fonds est fixé à 281 millions d'euros pour l'année 2012.

- ② II. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé à 300 millions d'euros pour l'année 2012.
- ③ III. – Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 55 millions d'euros pour 2012.
- ④ IV. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé au titre de leur budget de gestion est fixé, pour l'année 2012, à 161 millions d'euros.
- ⑤ V. – Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 64,55 millions d'euros pour l'année 2012 qui sont répartis entre actions par arrêté du ministre chargé des personnes âgées et des personnes handicapées.
- ⑥ VI. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé, pour l'année 2012, à 20 millions d'euros.

M. le président. L'amendement n° 38, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 2

Remplacer le montant :

300 millions

par le montant :

385,87 millions

II. – Alinéa 4

Remplacer le montant :

161 millions

par le montant :

151 millions

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet article porte sur les dotations de l'assurance maladie à certains fonds et organismes. Je m'arrêterai sur deux d'entre eux : le FMESPP et les agences régionales de santé, les ARS.

Madame la secrétaire d'État, nous n'avons toujours pas reçu, malgré nos demandes répétées, le rapport d'activité du FMESPP. Peut-être en disposerons-nous lors de l'examen du prochain projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale et, dans ce cas, nous n'aurions pas longtemps à attendre.

Puisque nous n'avons pas d'informations sur la situation financière du fonds de modernisation, nous proposons de maintenir, à titre conservatoire, les crédits prévus initialement, soit 385,87 millions d'euros, montant que l'Assemblée nationale a réduit.

Pour autant, je reste quelque peu perplexe, car on lit, ici ou là, dans la presse, laquelle est manifestement mieux informée que le Parlement,...

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Cela ne date pas d'hier !

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. ... que les crédits du fonds de modernisation seraient amputés de 100 millions d'euros dans le cadre du nouveau plan de rigueur et du très prochain projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale.

Madame la secrétaire d'État, pouvez-vous nous apporter des précisions à ce sujet ? Quelle serait la base de calcul : celle qu'a votée l'Assemblée nationale ou bien celle qu'avait initialement prévue le Gouvernement ? Ce n'est pas neutre.

Comme je l'ai expliqué lorsque nous avons examiné l'article 7 du présent projet de loi de financement, nous avons reçu certaines informations concernant les agences régionales de santé. Mais ces informations nous laissent tout aussi perplexes et nous préférons maintenir la contribution de l'assurance maladie aux ARS à son niveau de 2011, soit 151 millions d'euros.

Je souhaite redire ici que les ARS effectuent un travail difficile, harassant, parce qu'il est vrai que le législateur n'a pas été tendre avec elle en ce qui concerne leur champ de compétence. Je rends hommage à leur travail.

Nous devons rapidement tenter de faire une première évaluation pour voir si certaines dispositions législatives ne doivent pas être améliorées.

Pour autant, il n'est pas légitime que l'assurance maladie se substitue à l'État dans le financement d'établissements qui sont, de fait, des organes déconcentrés.

Madame la secrétaire d'État, pouvez-vous nous expliquer comment nous en sommes arrivés concrètement à cette estimation de 161 millions d'euros et s'il est prévu que celle-ci change chaque année à l'avenir ?

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. L'article 46 du projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe la contribution pour 2012 de l'assurance maladie à différents fonds et organismes, notamment le FMESPP et les ARS.

Monsieur le rapporteur général, vous nous proposez, d'une part, de porter de 300 millions d'euros à quelque 385 millions d'euros la dotation du FMESPP, d'autre part, de réduire de 161 millions d'euros à 151 millions d'euros la dotation des ARS.

En ce qui concerne la dotation des ARS, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 avait fixé la contribution de l'assurance maladie à 151 millions d'euros. Une enquête exhaustive était prévue pour stabiliser cette contribution ; réalisée au début de 2011, celle-ci a conclu à une dotation de 161 millions d'euros.

Les ARS sont soumises aux suppressions d'emplois et aux économies de fonctionnement demandées aux opérateurs de l'État. Personne ne doit y échapper. Je tiens à votre disposition tous les éléments d'information sur le sujet. La Cour des

comptes est en train d'effectuer un contrôle sur l'installation des ARS et son rapport vous apportera tous les éclaircissements nécessaires, monsieur le rapporteur général.

J'avoue que j'ai un peu de mal à comprendre les raisons pour lesquelles vous voulez réduire de 10 millions d'euros la dotation destinée aux ARS, alors même que vous rappelez régulièrement qu'elles ne disposent pas des moyens de fonctionnement nécessaires.

S'agissant du FMESPP, le Gouvernement proposera en effet, dans le cadre du projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale, de réduire à 285 millions d'euros sa dotation. Il s'agit d'un report des investissements non engagés.

Monsieur le rapporteur général, j'ai bien entendu votre demande, mais, véritablement, le Gouvernement ne peut qu'être défavorable à votre amendement.

M. le président. La parole est à M. Jacky Le Menn, pour explication de vote.

M. Jacky Le Menn. Madame la secrétaire d'État, peut-être ai-je mal entendu, mais il me semble bien que M. le rapporteur général ne réclame aucunement que les ARS disposent de moins de moyens ; il demande simplement que ce soit l'État, et non l'assurance maladie, qui prenne en charge des moyens supplémentaires.

Je le répète, il n'a jamais dit que les moyens dont disposaient les ARS étaient trop importants et que, par conséquent, ils devaient être réduits.

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

M. Alain Milon. Je n'ai pas bien compris le sens de l'intervention de notre collègue Jacky Le Menn.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 avait fixé à 173 millions d'euros la contribution, pour l'année 2010, des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des ARS. Le montant de 161 millions d'euros prévu dans le présent texte correspond au besoin de financement des ARS à la suite du transfert des 1 693 agents de l'assurance maladie vers ces agences.

De fait, la participation des régimes obligatoires au financement des agences régionales de santé diminue ; il n'augmente pas.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 38.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 46, modifié.

(L'article 46 est adopté.)

Article 46 bis (nouveau)

① Le deuxième alinéa du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

② « Le décret en Conseil d'État précise notamment le délai dont dispose l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour se prononcer et les conditions dans lesquelles le ministre chargé de la sécurité sociale se substitue à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en cas d'absence de décision de celle-ci, une fois ce délai expiré. » – *(Adopté.)*

Articles additionnels après l'article 46 bis

M. le président. L'amendement n° 252, présenté par M. Godefroy, Mmes Alquier, Archimbaud et Campion, MM. Carvounas et Cazeau, Mmes Claireaux et Demontès, M. Desessard, Mmes Duriez, Génisson et Ghali, MM. Jeannerot, Kerdraon, Labazée, Le Menn et J.C. Leroy, Mmes Meunier, Printz et Schillinger, MM. Teulade, Vergoz et les membres du groupe Socialiste, Apparentés et groupe Europe Écologie Les Verts rattaché, est ainsi libellé :

Après l'article 46 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy.

M. Jean-Pierre Godefroy. Cet amendement vise à remédier au préjudice financier injustement subi par le salarié faisant l'objet d'une déclaration d'inaptitude consécutive à une maladie ou à un accident non professionnel.

En effet, l'intéressé ne peut bénéficier, durant toute la durée de cette procédure, ni de sa rémunération ni de ses indemnités pour maladie.

Comme vous le savez, l'interruption du versement des indemnités journalières prononcée par la caisse d'assurance maladie, conformément à l'avis de son médecin conseil estimant que l'état de santé du salarié est consolidé, peut aller de pair avec la décision du médecin du travail d'engager une procédure d'inaptitude, procédure dont la durée peut s'étendre jusqu'à six ou sept semaines, durant lesquelles le salarié se retrouve privé de ressources.

Pendant cette période, en effet, l'intéressé ne perçoit pas d'indemnités journalières puisqu'il n'est plus considéré comme étant en arrêt maladie.

Du fait de l'inexécution de sa prestation de travail, il ne reçoit pas non plus de salaire, une jurisprudence constante de la Cour de cassation établissant que la rémunération ne doit reprendre qu'à l'expiration du délai d'un mois à compter de la date du second examen médical à l'issue duquel le médecin du travail a confirmé l'inaptitude du salarié à réintégrer son précédent poste. Un délai d'un mois est alors laissé à l'employeur pour étudier les possibilités de reclassement du salarié au sein de l'entreprise ou procéder à son licenciement.

Cette situation est d'autant plus pénalisante que, selon les données du rapport Gosselin intitulé *Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives* et publié en janvier 2007, les ouvriers sont surreprésentés parmi les salariés déclarés inaptes, notamment ceux du secteur du bâtiment et des travaux publics.

Ce problème n'est pas nouveau et il a déjà été pris en considération, s'agissant des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, les AT-MP, dans la loi du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009. Le texte a en effet repris un point de l'accord conclu entre les partenaires sociaux le 25 avril 2007 relatif à l'amélioration de la prévention, de la tarification et de la réparation des AT-MP, qui recommandait de mettre en place un revenu de remplacement entre la date de reconnaissance de l'inaptitude de la victime d'un AT-MP et la date de la mise en œuvre de la décision de l'employeur concerné de la reclasser ou de la licencier.

Ainsi, l'article 100 de cette loi prévoit que, pendant cette période, qui ne peut excéder trente jours, la victime continue à bénéficier des indemnités journalières qu'elle percevait durant son arrêt de travail.

Nous considérons qu'il est juste d'étendre ces dispositions aux victimes d'une maladie ou d'un accident dont l'origine n'est pas professionnelle. Ce faisant, nous rejoignons une proposition de réforme faite par l'ancien Médiateur de la République, désormais Défenseur des droits.

Il nous semble en effet invraisemblable de laisser sans ressources des personnes que leur maladie ou les séquelles d'un accident empêchent de reprendre leur emploi, les mettant ainsi dans une situation financière compliquée.

Nous avons tous un jour reçu dans nos permanences le témoignage de salariés qui, à la suite d'un accident de voiture ou d'une maladie invalidante, ne peuvent reprendre leur travail, se retrouvent pendant des semaines sans ressources et ne peuvent plus payer leur loyer ou rembourser un crédit.

Voilà pourquoi nous proposons, par cet amendement, que, pendant cette période qui ne peut excéder trente jours, le salarié continue à bénéficier des indemnités journalières qu'il percevait durant son arrêt de travail.

Sur le plan financier, l'amendement prévoit de mettre cette indemnisation à la charge des employeurs ou d'un fonds de mutualisation inspiré de celui qu'a créé la loi n° 2008-596 du 25 juin 2008 portant modernisation du marché du travail pour assurer le versement des indemnités dues aux salariés licenciés pour cause d'inaptitude consécutive à un accident ou une maladie d'origine professionnelle.

Approvisionné par des contributions des employeurs, ce fonds aurait ainsi pour vocation de verser les indemnités journalières pour le compte des employeurs qui auraient souscrit auprès de lui cette garantie.

À dire vrai, nous préférierions que le financement de cette mesure soit équitablement partagé entre l'assurance maladie et les employeurs. Étant donné que nous parlons bien d'accident et de maladie dont l'origine n'est pas professionnelle, il n'y a pas de raison que les employeurs supportent seuls cette charge. Mais les règles de l'article 40 de la Constitution nous empêchent de le faire, sous peine d'irrecevabilité. C'est pourquoi nous faisons appel au Gouvernement, qui lui seul a le pouvoir de proposer le partage de cette prise en charge.

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 créer une procédure permettant le versement d'une indemnité journalière à la charge de l'entreprise aux personnes déclarées inaptées pendant la période d'un mois suivant l'examen médical de reprise du travail.

Durant cette période, l'employé ne perçoit pas de salaire. Or, en cas de maladie professionnelle, il peut recevoir une indemnité ; il s'agit donc de transposer ce dispositif.

La commission émet un avis favorable.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Monsieur le sénateur, votre demande est justifiée. Cependant, le problème dont vous venez de faire état relève de la compétence non pas du législateur, mais des partenaires sociaux, dans le cadre d'un accord national interprofessionnel. Cette procédure doit être respectée.

Par ailleurs, le coût de ce revenu à la charge des employeurs n'a pas été évalué.

Sur la forme, votre amendement constitue un cavalier. Cela étant, vous avez eu raison de soulever ce problème.

J'ai bien entendu vos arguments ; pour ma part, je souhaiterais vous en apporter quelques autres.

L'indemnité temporaire d'inaptitude, qui prévoit le rétablissement possible de l'indemnité journalière durant cette même période de trente jours, comme le fonds de mutualisation des charges liées au licenciement des salariés déclarés inaptés pour des motifs d'origine professionnelle, dont les auteurs de l'amendement s'inspirent, sont le fruit d'initiatives prises par les partenaires sociaux. Ces deux dispositifs procèdent d'accords nationaux interprofessionnels qui ont été ensuite transposés par le législateur.

Conscient des difficultés particulières auxquelles sont confrontés les salariés déclarés inaptés, notamment pour un motif d'origine non professionnelle, le Gouvernement a travaillé à l'élaboration de plusieurs mesures destinées à réduire la période durant laquelle ces salariés restent sans salaire et sans indemnités.

L'article 41 de la proposition de loi relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives, monsieur le sénateur, permettra justement de dispenser ces salariés d'exécuter leur préavis – ils en sont de toute façon incapables – et de les faire indemniser plus rapidement par l'assurance chômage.

Un décret d'application de la loi relative à l'organisation de la médecine du travail allégera évidemment la procédure de déclaration d'inaptitude.

Ce décret rendra obligatoire la visite de préreprise en cas d'arrêt de travail de plus de trois mois. Cela permettra d'effectuer la déclaration d'inaptitude en une seule visite de reprise, contre deux actuellement, et ainsi de réduire le délai entre la fin de l'arrêt maladie et les indemnités de licenciement.

Monsieur le sénateur, si je partage votre préoccupation, il me semble toutefois, et c'est une prérogative qui doit être respectée tant par le Gouvernement que par le Parlement, qu'il convient de laisser aux partenaires sociaux le soin de lui donner corps. C'est la seule raison pour laquelle je suis défavorable à votre amendement.

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

M. Jean-Pierre Godefroy. Madame la secrétaire d'État, je comprends votre position sur un sujet qui, reconnaissons-le, n'est pas facile. Pour votre part, vous aurez compris qu'il s'agit d'un amendement d'appel. Rien ne nous empêche de provoquer un peu les partenaires sociaux d'autant que, vous l'avez rappelé, voilà longtemps que cette question est en suspens.

Le législateur, qui est parfois amené à transposer dans la loi les accords des partenaires sociaux, doit peut-être, de temps à autre, « booster » les partenaires sociaux pour les inciter à trouver un accord sur certaines questions.

Vous avez annoncé plusieurs mesures, et j'en prends acte. Je maintiens néanmoins mon amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 252.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 46 *bis*.

L'amendement n° 251, présenté par M. Godefroy, Mmes Alquier, Archimbaud et Campion, MM. Carvounas et Cazeau, Mmes Claireaux et Demontés, M. Desessard, Mmes Duriez, Génisson et Ghali, MM. Jeannerot, Kerdraon, Labazée, Le Menn et J.C. Leroy, Mmes Meunier, Printz et Schillinger, MM. Teulade, Vergoz et les membres du groupe Socialiste, Apparentés et groupe Europe Écologie Les Verts rattaché, est ainsi libellé :

Après l'article 46 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy.

M. Jean-Pierre Godefroy. Cet amendement, qui s'inscrit dans la lignée du précédent, vise à remédier aux problèmes persistants occasionnés par l'insuffisance de la collaboration entre le médecin conseil de la CNAM et le médecin du travail lorsqu'il s'agit de déterminer la capacité d'un salarié à reprendre une activité professionnelle à la suite d'un arrêt de travail pour cause de maladie supérieur à vingt et un jours.

Actuellement, le code de la sécurité sociale prévoit la possibilité, pour le médecin conseil, de consulter le médecin du travail au cours de toute interruption de travail dépassant trois mois. Cette mise en relation a pour objet de préparer les conditions et les modalités de la reprise du travail ou d'envisager les démarches de formation.

L'expérience montre que ce dispositif est peu opérationnel en raison notamment de son caractère non contraignant, puisque la consultation du médecin du travail par le médecin conseil dépend de la libre initiative de ce dernier.

Cet amendement vise donc à rendre systématique la collaboration entre le médecin conseil de la CNAM et le médecin du travail en cas de difficultés prévisibles à la reprise du travail d'un assuré.

Nous avons eu de très longs débats dans cette enceinte sur la médecine du travail, à laquelle il faut redonner toute sa place. Cet amendement va dans ce sens.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement tend à améliorer le travail conjoint du médecin conseil, du médecin traitant et du médecin du travail pour préparer la reprise du travail à la suite d'une interruption liée à une maladie ou à un accident non professionnel.

Deux points sont améliorés : les médecins interviennent plus tôt – 21 jours au lieu de trois mois – et leur intervention devient obligatoire.

La commission émet un avis favorable sur cet amendement.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Le Gouvernement n'est pas favorable à cet amendement.

Je considère en effet qu'il n'est pas réaliste de ramener de trois mois à vingt et un jours la durée de l'arrêt de travail à partir de laquelle la collaboration doit intervenir entre médecin traitant, médecin conseil, médecin du travail en vue de la reprise d'activité de l'assuré. Les modalités de contrôle des caisses en seraient totalement désorganisées. Il importe de le rappeler, la durée de trois mois est justifiée, car elle permet aux caisses d'assurance maladie de détecter les situations à fort risque de désinsertion professionnelle et d'organiser ensuite les relations avec le médecin traitant et le médecin du travail qui suivent l'assuré.

Dans la pratique, le médecin conseil essaie de repérer ces situations dès que l'arrêt de travail atteint quarante-cinq jours. Une application de ces procédures à des arrêts d'une durée de vingt et un jours serait vraiment difficile à assumer par les services et par les caisses.

J'ajoute qu'il existe d'autres dispositifs qui permettent d'apprécier l'aptitude physique du salarié à reprendre son ancien emploi ou d'envisager des actions de formation professionnelle continue, d'évaluation ou d'accompagnement.

Le salarié, dans un premier temps, bénéficie obligatoirement d'un examen médical de reprise de travail par le médecin du travail à l'issue d'un arrêt pour maladie ou accident non professionnel d'une durée d'au moins vingt et un jours. Lorsqu'une modification de l'aptitude au travail du salarié est prévisible, un examen médical de préreprise peut-être demandé préalablement à la reprise effective afin de faciliter des solutions pour le salarié. Car ce que nous voulons, c'est bien rechercher toutes les solutions envisageables : adaptation au travail, conditions de travail, mi-temps thérapeutique...

L'examen de préreprise est bien souvent demandé par les salariés, par le médecin traitant et même par le médecin conseil.

Un autre dispositif permet à l'assuré de demander, avec l'accord du médecin traitant, à suivre des actions de formation professionnelle continue, ou encore des actions d'évaluation et d'accompagnement, tout en conservant le bénéfice de ses indemnités journalières, ce qui n'est tout de même pas négligeable.

Le dispositif proposé de suivi du retour au travail de l'assuré ne me semblant pas pour l'heure très complet, le Gouvernement émet un avis défavorable sur l'amendement n° 251.

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

M. Alain Milon. En commission, M. Godefroy a déclaré qu'il n'appréciait pas que les médecins aient toujours raison en matière de santé. (*Sourires.*) Qu'il me permette de lui dire que la durée de vingt et un jours peut, pour certains types de maladie, être trop court pour permettre au médecin traitant de connaître immédiatement ou de présager l'aptitude ou l'inaptitude au travail du patient. Le délai de trois mois me semble plus raisonnable. Aussi, nous voterons contre l'amendement.

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

M. Jean-Pierre Godefroy. Monsieur le président, je tiens tout d'abord à rappeler à M. Milon que c'est dans l'hémicycle, et non en commission, que j'ai tenu de tels propos.

M. Alain Milon. C'est encore pire! (*Sourires.*)

M. Jean-Pierre Godefroy. Je les maintiens, mon cher collègue, mais ils s'appliquaient au sujet qui nous occupait alors.

M. Alain Milon. Ah!

M. Jean-Pierre Godefroy. Madame la secrétaire d'État, « je réfléchis en marchant », si vous me permettez cette métaphore. Les arguments que vous avez avancés pour justifier votre refus du délai de vingt et un jour sont recevables. Donc, si je rectifiais mon amendement en remplaçant la durée de vingt et un jours par celle de trois mois, qui prévaut aujourd'hui, accepteriez-vous que l'on rende systématique la collaboration entre le médecin conseil de la CNAM et le médecin du travail qui, dans le système actuel, ne fonctionne pas? En d'autres termes, dans cette hypothèse, seriez-vous favorable à mon amendement? Aujourd'hui, bien souvent, le médecin du travail n'est pas consulté, bien qu'il soit le plus à même d'apprécier les conditions dans lesquelles un salarié peut, ou non, reprendre son activité.

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

M. Alain Milon. Si le délai de vingt et un jours paraît beaucoup trop court, il nous semble souhaitable de prévoir la collaboration du médecin traitant, du médecin du travail et du médecin conseil, le délai de trois mois étant approprié.

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Ce que j'aime au Parlement, c'est la possibilité pour les membres du Gouvernement de discuter avec les parlementaires, de confronter nos idées respectives dans un esprit constructif.

Comme je l'ai indiqué voilà un instant, le délai de vingt et un jours est trop bref. Dans son intervention, M. Milon a fort bien résumé la position du Gouvernement, et je l'en remercie. Ce qui nous intéresse, ce sont les personnes qui sont confrontées aux difficultés inhérentes à la reprise de leur activité. Je considère, comme vous, monsieur le sénateur, qu'il faut donner au médecin la possibilité d'émettre un diagnostic pertinent. C'est pourquoi je serais favorable à un amendement qui prévoirait l'obligation de la concertation du médecin traitant, du médecin conseil et du médecin du travail à l'issue d'une interruption de travail d'au moins trois mois.

M. le président. Que pensez-vous de cette suggestion, monsieur Godefroy?

M. Jean-Pierre Godefroy. Je l'accepte, et je rectifie mon amendement pour remplacer les mots: « vingt et un jours » par les mots: « trois mois ».

M. le président. Je suis donc saisi d'un amendement n° 251 rectifié, présenté par M. Godefroy, Mmes Alquier, Archimbaud et Campion, MM. Carvounas et Cazeau, Mmes Claireaux et Demontès, M. Desessard, Mmes Duriez, Génisson et Ghali, MM. Jeannerot, Kerdraon, Labazée, Le Menn et J.C. Leroy, Mmes Meunier, Printz et Schillinger, MM. Teulade, Vergoz et les membres du groupe Socialiste, Apparentés et groupe Europe Écologie Les Verts rattaché, et ainsi libellé:

Après l'article 46 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé:

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

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

Monsieur le rapporteur général, l'avis de la commission demeure-t-il favorable sur l'amendement ainsi rectifié? (*M. le rapporteur général opine.*)

Je mets aux voix l'amendement n° 251 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 46 *bis*.

Article 47

- ① Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés:
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 186,8 milliards d'euros;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 162,2 milliards d'euros.

M. le président. L'amendement n° 318, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé:

1° Alinéa 2

Remplacer le nombre:

186,8

par le nombre:

186,6

2° Alinéa 3

Remplacer le nombre:

162,2

par le nombre:

162,0

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Afin d'assurer la sincérité de l'ONDAM, je présente au Sénat cet amendement qui vise à modifier les objectifs de dépense pour 2012 de la branche maladie pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et pour le régime général.

Dans les deux cas, ces objectifs sont ajustés à la baisse, de 200 millions d'euros environ. La principale contribution à cette modification est la réduction de 86 millions d'euros du versement des régimes d'assurance maladie au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, présentée au paragraphe II de l'article 46 du présent projet de loi de financement, consécutive à l'adoption d'un amendement du rapporteur général lors de l'examen du texte en première lecture par l'Assemblée nationale.

Les autres ajustements tiennent compte des dernières informations disponibles sur les charges des régimes d'assurance maladie, qui conduisent à réduire légèrement leurs objectifs de dépense.

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 diminuer de 200 millions d'euros l'objectif de dépense pour 2012 de l'assurance maladie pour les régimes obligatoires de base et le régime général.

Le Gouvernement explique cette baisse, pour 86 millions d'euros par la diminution de la dotation au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, adoptée par voie d'amendement à l'Assemblée nationale et, pour le reste, par des ajustements liés aux dernières informations disponibles sur les charges des régimes d'assurance maladie.

La commission, par cohérence avec la position qu'elle adoptera sur l'article 47, et parce que le Sénat a rétabli, à l'article 46, les 86 millions d'euros du fonds de modernisation amputés à l'Assemblée nationale, est bien sûr défavorable à cet amendement.

②

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 318.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je vais mettre aux voix l'article 47.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. J'avais déjà pris la parole à l'article 9 pour expliquer nos interrogations à la fois sur la construction de l'ONDAM et sur la soutenabilité de la logique de maîtrise des dépenses d'assurance maladie qui est mise en œuvre à travers cet objectif.

Par cohérence avec la position prise par la commission sur l'ONDAM et sur les objectifs de dépense fixés pour l'ensemble des branches, j'invite le Sénat à rejeter l'article 47.

M. le président. Je mets aux voix l'article 47.

(L'article 47 n'est pas adopté.)

M. le président. Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à vingt et une heures quarante-cinq.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-neuf heures quarante-cinq, est reprise à vingt et une heures cinquante.)

M. le président. La séance est reprise.

Nous poursuivons la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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

Article 48

- ① Pour l'année 2012, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(En milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	79,4
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,3
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,4
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	1,2
Total	171,7

M. le président. L'amendement n° 317, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Rédiger ainsi cet alinéa :

(en milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Dépenses de soins de ville	79,4

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

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Le présent amendement, voulu par le Gouvernement et de nature à répondre aux interrogations du Conseil constitutionnel, tire les conséquences sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2012 de l'amendement adopté à l'Assemblée nationale, afin de réviser à la baisse d'environ 86 millions d'euros la dotation de l'assurance maladie au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

Les autres dépenses relatives aux établissements de santé passent, de ce fait, de 19,4 milliards d'euros dans le projet initial à 19,3 milliards d'euros. Avec cette modification, l'ONDAM reste évidemment à 2,8 %.

Tel est, mesdames, messieurs les sénateurs, l'amendement que le Gouvernement vous propose.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement ajuste la prévision d'évolution de l'ONDAM pour l'année 2012, afin de tenir compte de l'amendement adopté à l'Assemblée nationale qui diminue le montant de la dotation attribuée au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

Or le Sénat a rétabli le montant attribué à ce fonds de modernisation. Par cohérence avec sa position sur l'article 48, la commission émet un avis défavorable sur le présent amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 317.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je vais mettre aux voix l'article 48.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Par cohérence avec la position de la commission sur les articles 9 et 47, ainsi que sur l'ensemble des tableaux d'équilibre, nous appelons à rejeter l'article 48, qui fixe le niveau de l'ONDAM pour l'année 2012 à 171,7 milliards d'euros, soit une hausse de 2,8 % par rapport à 2011.

De plus, nous savons désormais que son taux d'évolution sera ultérieurement ramené à 2,5 % par le projet de loi de financement rectificative.

Donc, nous considérons à cet instant le niveau de l'ONDAM que nous examinons comme insincère.

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

Mme Laurence Cohen. Nous partageons tout à fait ce que vient de dire M. le rapporteur général. L'examen de l'article 48 nous plonge dans une grande inquiétude.

Nous avons pris acte, mes chers collègues, que le Gouvernement avait décidé de réduire considérablement l'ONDAM par rapport à son estimation initiale, dans l'espoir de générer 500 millions d'euros. Il serait sans doute plus juste de dire : dans l'espoir de faire supporter sur les établissements publics de santé ces déficits.

Cela risque, à terme, de remettre en cause ce qui fait la spécificité de notre système de santé : le fait que tous nos concitoyens puissent accéder, si leur état de santé l'exige, à une offre hospitalière à la fois de très grande qualité et ne dépendant pas des capacités contributives des patients.

À l'inverse, les cliniques à but lucratif, qui sont de moins en moins la propriété de médecins, et de plus en plus celle de grands groupes financiers et assurantiels, recherchent toujours plus la rentabilité. Leur objectif est donc de dégager suffisamment de bénéfices pour rétribuer leurs actionnaires au maximum.

Pour ne prendre qu'un exemple, celui de « la Générale de santé », et selon des documents que l'on peut consulter sur son propre site internet, son chiffre d'affaires était, en 2010, en hausse de 8 % par rapport à 2009, le résultat net du groupe en augmentation de 147,5 %, et le bénéfice net par action marquait l'année dernière une hausse plus que significative de 146,5 %.

Les établissements publics et les établissements privés commerciaux n'ont pas la même finalité, nous le savons tous ici, ni la même mission. Quand, pour les uns, il est question d'assurer la satisfaction des besoins en santé de la population, y compris de nos concitoyens les plus fragiles, pour les autres, il est question, de générer du profit.

Chercher à imposer une convergence tarifaire, c'est d'abord et avant tout nier cette différence pourtant fondamentale et qui n'est pas sans lien sur les prix pratiqués.

Pour satisfaire les actionnaires, des cliniques privées posent leurs règles : pas de patients aux pathologies lourdes, pas de bénéficiaires de la couverture maladie universelle, la CMU, ou de l'aide médicale de l'État, l'AME, pas d'urgences, sauf si elles permettent de capter la patientèle, pas de SDF, pas de personnes lourdement dépendantes ou se trouvant dans un état extrêmement critique. Les hôpitaux, quant à eux, acceptent tous les patients, sans aucune discrimination.

Cela a naturellement une conséquence financière. Ainsi, bien que l'enveloppe MIGAC soit censée prendre en charge les missions d'intérêt général, la prise en charge n'est que partielle. Certaines missions ne sont pas couvertes par la

dotation, ou ne le sont que partiellement. Les coûts consacrés à ces missions de service public non prises en compte dans l'enveloppe MIGAC se retrouvent donc dans la partie tarifaire du financement, ce qui a pour effet d'augmenter artificiellement les coûts des hôpitaux par rapport à ceux des cliniques à but lucratif. Or les hôpitaux étant quasiment les seuls à assumer ces missions, la convergence que vous voulez imposer est faussée.

C'est pourquoi il nous semble légitime et urgent d'abroger un mécanisme déjà repoussé à 2018 tant il est inopérant et dont la seule finalité est l'instauration d'un marché de la santé, quasi indistinct entre les cliniques et les hôpitaux.

Nous avons déposé un amendement à ce sujet, malheureusement retoqué en raison de l'article 40 de la Constitution ; croyez bien que nous le regrettons.

Par conséquent, nous voterons contre cet article.

M. le président. La parole est à M. Ronan Kerdraon, pour explication de vote.

M. Ronan Kerdraon. Madame la secrétaire d'État, avec cet article, vous nous demandez de voter un ONDAM qui sera obsolète dans deux semaines !

Arrêté à une progression de 2,8 % pour 2012, contre 2,9 % en 2011, il sera abaissé à 2,5 % dans quelques jours. Quel que soit son taux, il atteint des pourcentages de progression qui illustrent votre absence de réflexion en ce qui concerne une réforme sur l'avenir de notre système de santé.

Vous ne résolvez pas le besoin d'une réforme structurelle de l'assurance maladie, laissant ainsi les renoncements aux soins s'aggraver, le reste à charge pour les assurés s'alourdir, les hôpitaux s'endetter et les déserts médicaux se multiplier.

L'ONDAM repose, hélas ! non pas sur des données médicales ni sur les besoins de santé, mais uniquement sur des critères économiques.

Pour respecter l'ONDAM de 2012, tel qu'il apparaît dans ce projet, mais tel qu'il ne marquera pas l'année 2012 puisqu'il va être revu à la baisse, le Gouvernement a prévu un plan d'économies de 2,16 milliards d'euros pour l'assurance maladie dont les mesures seront prises par voie réglementaire : 550 millions d'euros au titre de la maîtrise médicalisée sur les soins de ville ; 395 millions d'euros sur l'hôpital ; 55 millions d'euros de mesures de lutte contre la fraude à l'hôpital et des baisses de tarifs sur les dispositifs médicaux ; 170 millions d'euros par des baisses de tarifs en biologie médicale et radiologie ; 770 millions d'euros sur le médicament, dont 670 millions avec des baisses de prix et 100 millions de mesures diverses sur les produits de santé ; 220 millions d'euros par l'harmonisation du mode de calcul des indemnités journalières.

Il a été également prévu une « mise en réserve de crédits » de 545 millions d'euros.

Xavier Bertrand a annoncé que ces crédits seraient mis en réserve à hauteur de 545 millions d'euros pour l'ensemble des dépenses d'assurance maladie, et pourront être dégelés totalement ou partiellement en cas de respect de l'ONDAM voté par le Parlement ; dans le cas contraire, ils pourront être annulés.

En 2011, ce sont 530 millions d'euros de dotations qui avaient été mis en réserve, dont 400 millions d'euros sur les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation,

100 millions d'euros sur l'ONDAM médico-social et 30 millions d'euros sur la dotation au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

Étant donné que l'ONDAM 2011 va être respecté, ces crédits devraient être débloqués pour venir atténuer la portée de la baisse que l'ONDAM 2012 va subir dans quelques jours !

À travers votre plan d'austérité, vous allez réduire la croissance de l'ONDAM à 2,5 %, pour faire 500 millions d'euros d'économies. Dès lors, pourquoi ne pas utiliser les 530 millions d'euros qui sont en réserve ?

Je souhaiterais que vous puissiez répondre à cette question, madame la secrétaire d'État. Quelles sont les intentions du Gouvernement en la matière ?

Ce taux ne permettra pas de répondre aux besoins évalués en matière de santé ; il ne permettra pas non plus à l'hôpital de sortir de la situation critique dans laquelle il se trouve.

De surcroît, pour parachever l'édifice, cet ONDAM n'est pas réel, puisqu'il sera modifié dans quelques jours. La crise a bon dos : la baisse de la masse salariale étant prévisible dès le mois de septembre, vous auriez pu éviter cette mascarade en jouant franc jeu et en respectant les Français et le Parlement.

Vous comprendrez dès lors que, nous non plus, nous ne puissions pas voter cet article, madame la secrétaire d'État.

M. le président. Je mets aux voix l'article 48.

(L'article 48 n'est pas adopté.)

Articles additionnels après l'article 48

M. le président. L'amendement n° 94 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 48

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Dominique Watrin.

M. Dominique Watrin. Cette année, comme chaque année, le projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe un ONDAM.

Nous avons déjà eu l'occasion de le dire : celui-ci est notoirement trop faible et a été dénoncé par l'ensemble des fédérations hospitalières. Elles soulignent que l'augmentation prévue ne permettra pas de faire face aux dépenses contraintes auxquelles les établissements sont confrontés.

Le dogme du non-dépassement de cet ONDAM vous a conduit cette année à réduire le tarif des actes réalisés. Cette pratique est contestable. Vous ne cessez de répéter que les hôpitaux ne sont pas sous-financés parce que la tarification à l'activité est calculée de telle sorte qu'elle corresponde aux coûts réels des actes qui sont pratiqués sur le terrain. Pour vous, c'est simple, la T2A colle à la réalité. Dès lors, en

décidant, à un moment donné, de baisser les tarifs, vous rompez l'équilibre que vous dites avoir atteint et vous en faites supporter aux hôpitaux les conséquences économiques.

Je profite d'ailleurs de l'occasion qui m'est offerte pour vous interroger, madame la secrétaire d'État : avez-vous pris les mesures nécessaires pour que les tarifs recouvrent leurs niveaux initiaux ou ces derniers demeureront-ils au niveau qui fait suite à cette baisse ?

Cette baisse des tarifs est donc contestable en soi, pour les raisons que je viens de mentionner. Mais elle devient inacceptable lorsque l'on sait qu'elle a été appliquée de manière très différente dans les établissements publics et dans les cliniques commerciales. Ainsi, en février, la baisse des tarifs a-t-elle été de 0,7 % pour les hôpitaux publics, contre 0,05 % seulement pour les cliniques privées.

Cette situation désavantage particulièrement les hôpitaux publics et tend à faire accroire que seuls ces derniers seraient responsables de la vitesse de consommation de l'ONDAM, ce qui n'est ni vrai, ni acceptable.

Pour nous, la solution est simple : il faut sortir de cette logique comptable d'un ONDAM fermé dont la définition est contraire à la logique.

Pour vous, c'est à l'offre de soins de s'adapter à la situation financière ; pour nous, l'offre de soins doit s'adapter aux besoins en santé et doit donc avoir des incidences sur les ressources que l'on accumule. C'est une tout autre logique que la vôtre, et je doute de pouvoir vous convaincre.

Notre amendement, quant à lui, devrait faire l'unanimité. En effet, il vise à prévoir que, dès lors que vous imposez des économies aux établissements de santé, celles-ci doivent être réparties de manière équitable et transparente entre les établissements du secteur public et ceux du secteur privé.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Avec votre permission, monsieur le président, je donnerai en même temps l'avis de la commission sur les amendements n^{os} 94 rectifié et 250.

M. le président. Dans ce cas, monsieur le rapporteur général, je vous propose d'entendre dès à présent la présentation de l'amendement n^o 250. (*M. le rapporteur général opine.*)

Ce dernier, présenté par Mmes Génisson, Alquier, Archimbaud et Campion, MM. Carvounas et Cazeau, Mmes Claireaux et Demontès, M. Desessard, Mmes Duriez et Ghali, MM. Godefroy, Jeannerot, Kerdraon, Labazée, Le Menn et J.C. Leroy, Mmes Meunier, Printz et Schillinger, MM. Teulade, Vergoz et les membres du groupe Socialiste, Apparentés et groupe Europe Écologie Les Verts rattaché, est ainsi libellé :

Après l'article 48

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Cet amendement vise à assurer la délégation intégrale du montant voté par le Parlement pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, les MIGAC.

Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, la représentation nationale vote chaque année une enveloppe MIGAC permettant d'assurer le financement des missions d'intérêt général des établissements de santé, tout en accompagnant, le cas échéant, le développement de leur efficacité. Compte tenu de l'organisation de l'offre de soins en France, ces financements concernent essentiellement les hôpitaux publics.

En 2011, une part significative des MIGAC, estimée à 550 millions d'euros, a été gelée par les pouvoirs publics, afin de compenser un éventuel dépassement de l'ONDAM.

Comme l'ont rappelé mes collègues, ce gel pénalise fortement les établissements publics de santé, alors que l'éventuel non-respect de l'ONDAM relève de la responsabilité partagée des secteurs public et privé.

Par ailleurs, le taux d'évolution de l'ONDAM intègre chaque année les efforts d'économies demandés aux professionnels de santé, lesquels sont intrinsèquement pris en considération dans la détermination des sous-objectifs hospitaliers.

Ne renouvelons pas en 2012 le gel d'une partie des crédits des MIGAC que nous avons connu en 2011 !

M. le président. Quel est donc l'avis de la commission sur les amendements n^{os} 94 rectifié et 250 ?

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Ces deux amendements très proches visent à ce que les mesures prises pour compenser un éventuel dépassement de l'ONDAM soit portent de manière équilibrée sur les différentes modalités de financement des établissements – c'est l'amendement n^o 94 rectifié –, soit ne portent pas sur les MIGAC – c'est l'amendement n^o 250.

Je préfère pour ma part la rédaction de l'amendement n^o 250, qui s'insère mieux dans le code de la sécurité sociale et me semble plus précise. L'amendement n^o 94 rectifié s'insère en effet dans l'article sur l'ONDAM qui concerne en l'occurrence l'objectif de dépenses des établissements publics en matière de soins de santé et de psychiatrie.

En conséquence, la commission émet un avis favorable sur l'amendement n^o 250. S'il était adopté, l'amendement n^o 94 rectifié serait satisfait.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Permettez-moi tout d'abord, mesdames, messieurs les sénateurs, de revenir brièvement sur l'article 48.

Monsieur Kerdraon, en ce qui concerne le respect de l'ONDAM 2011 et l'éventuel dégel des mises en réserve, nous attendons les dernières prévisions disponibles, pour nous assurer du respect de l'objectif. Je ne peux donc pas encore me prononcer sur ce dégel des mises en réserve.

Monsieur Watrin, l'an dernier, dans un contexte économique moins contraint que cette année, les tarifs connaissent déjà une évolution négative. Il serait donc étrange que, cette année, nous puissions nous permettre de les faire évoluer positivement, monsieur le sénateur. Ces derniers seront par conséquent vraisemblablement en baisse, même si la campagne tarifaire n'a pas encore débuté.

Votre amendement vise à répartir de manière équilibrée les efforts d'économies de l'ONDAM hospitalier entre les différentes modalités de financement des établissements. Actuellement, conformément aux préconisations du rapport Briet, les mises en réserve ne portent que sur une fraction de l'aide à la contractualisation de la dotation des MIGAC.

En effet, dans le champ des établissements financés par la tarification à l'activité, seules les dotations régionales d'aide à la contractualisation peuvent être assujetties à des mises en réserve, ces dernières pouvant être levées au cours de l'exercice budgétaire en fonction de l'état de l'exécution de l'ONDAM hospitalier et être dans ce cas allouées aux établissements de santé.

Les autres modalités de financement que sont, notamment, les tarifs de prestations ne peuvent techniquement pas faire l'objet de mises en réserve, dans la mesure où elles sont déterminées et impérativement mises en œuvre au 1^{er} mars de chaque année pour l'exercice budgétaire annuel.

Nous souhaitons faire peser la régulation de l'ONDAM sur les acteurs qui sont à l'origine du dépassement. Le public n'a aucune raison de payer pour le privé, et vice versa.

C'est la raison pour laquelle le Gouvernement est défavorable à l'amendement n° 94 rectifié.

Enfin, madame Génisson, concernant l'amendement n° 250, je tiens à préciser que les crédits des missions d'intérêt général, ou MIG, n'ont pas été touchés par les mises en réserve au cours des deux dernières années. Seuls l'ont été les crédits d'aide à la contractualisation et, marginalement, les crédits de la dotation annuelle de financement, ou DAF.

Il n'existe pas de solution alternative sérieuse à la mise en réserve sur les crédits d'aide à la contractualisation et le fait d'y renoncer mettrait évidemment en péril le respect de l'ONDAM. L'opportunité de ces mises en réserve n'est pas contestable et, pour la première fois depuis de nombreuses années, l'ONDAM a été respecté en 2010, en partie grâce aux mises en réserve réalisées.

C'est pourquoi le Gouvernement est également défavorable à cet amendement.

M. le président. Monsieur Watrin, l'amendement n° 94 rectifié est-il maintenu ?

M. Dominique Watrin. Non, monsieur le président, je le retire.

M. le président. L'amendement n° 94 rectifié est retiré.

La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote sur l'amendement n° 250.

Mme Catherine Génisson. Si l'ONDAM a été respecté, alors dégelez les crédits, madame la secrétaire d'État !

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

M. Alain Milon. N'oublions pas que la progression de l'ONDAM pour 2012, même rectifié à 2,5 %, représente encore de l'ordre de 4,3 milliards d'euros supplémentaires consacrés à la santé des Françaises et des Français. Il s'agit quand même d'une somme relativement importante.

Mme Catherine Génisson. C'est fort de café !

M. Alain Milon. J'ai entendu notre collègue Ronan Kerdraon évoquer la réforme structurelle de l'assurance maladie. Nous sommes presque tous d'accord sur ces travées pour l'appeler de nos vœux, mais nous ne la mettrons pas en place ce soir.

Mme Catherine Génisson. Il n'empêche que 2004 est un échec !

M. Alain Milon. Et si l'on veut véritablement parler de cette réforme structurelle, la campagne présidentielle qui s'annonce sera l'occasion de développer nos idées respectives.

Enfin, madame la secrétaire d'État, dans l'hypothèse où l'ONDAM hospitalier ne serait pas complètement respecté, si je veux bien, à la rigueur, que les crédits d'aide à la contractualisation servent à compenser une partie de ce dépassement, je suis en revanche farouchement opposé à l'utilisation pour ce faire des crédits MIG. Je souhaiterais d'ailleurs que l'on puisse véritablement, un jour, sanctuariser ces crédits MIG, qui sont extrêmement importants pour l'avenir de l'hôpital. (*Mme Catherine Génisson marque son approbation.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 250.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 48.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 170 rectifié est présenté par M. Revet et Mme Kammermann.

L'amendement n° 205 est présenté par M. Houpert.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 48

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

La parole est à M. Alain Houpert, pour présenter l'amendement n° 205.

M. Alain Houpert. La loi HPST fixe désormais une liste de quatorze missions de service public que tous les établissements de santé et les titulaires d'autorisations d'activité de soins ou d'équipements lourds peuvent se voir confier.

Il est donc indispensable que la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prenne en compte cette évolution fondamentale du système hospitalier en distinguant, dès le vote au Parlement, la part destinée au financement des missions de service public et la part relative aux aides à la contractualisation.

Cela serait aussi l'occasion de renommer cette dotation en l'appelant, d'une part, « dotation de financement des missions de service public » et, d'autre part, « dotation de financement des aides à la contractualisation ».

Cela permettrait également de répondre aux recommandations réitérées de la Cour des comptes, mais aussi de l'ancien rapporteur spécial de la commission des finances du Sénat Jean-Jacques Jégou, visant à ce que les sous-objectifs de l'ONDAM soient plus précisément formalisés et comportent une liste détaillée des catégories de dépenses permettant, notamment, d'optimiser la vérification du respect des sous-objectifs en fin d'exercice, laquelle pose aujourd'hui des difficultés.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'amendement n° 205 vise à diviser la dotation MIGAC en deux dotations, l'une pour les missions d'intérêt général, l'autre pour les aides à la contractualisation.

Cette modification proposée n'apporte rien de particulier, sauf qu'elle élargit les financements aux établissements privés n'ayant pas conclu de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec l'ARS, ce qui ne nous semble absolument pas pertinent.

En conséquence, l'avis est défavorable.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Monsieur Houpert, les missions d'intérêt général et les missions de service public ne sont pas des notions identiques et le rapport au Parlement détaille justement l'allocation des MIGAC.

En premier lieu, il y a à l'évidence deux types de missions qui ne se confondent absolument pas. Si certaines missions de service public sont des missions d'intérêt général, comme la permanence des soins par exemple, d'autres n'en font absolument pas partie, comme le développement professionnel continu. Inversement, nombre de missions d'intérêt général ne sont pas des missions de service public. Certaines d'entre elles ne sont d'ailleurs même pas financées par l'assurance maladie.

En second lieu, vous proposez de scinder la dotation des MIGAC en une dotation de financement des missions de service public, d'une part, et une dotation de financement des aides à la contractualisation, d'autre part.

J'entends votre désir de lisibilité des crédits alloués, mais le rapport au Parlement sur les MIGAC est dûment détaillé sur ce point et devrait, me semble-t-il, monsieur le sénateur, être de nature à vous satisfaire.

Je vous demande donc de bien vouloir retirer votre amendement. À défaut, je serai obligé d'émettre un avis défavorable.

M. le président. Monsieur Houpert, l'amendement n° 205 est-il maintenu ?

M. Alain Houpert. Non, monsieur le président, je le retire.

M. le président. L'amendement n° 205 est retiré.

L'amendement n° 207, présenté par M. Houpert, est ainsi libellé :

Après l'article 48

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Alain Houpert.

M. Alain Houpert. Face à l'impératif de maîtrise des dépenses hospitalières, une régulation par les prix désormais au niveau national dans le contexte de la tarification à l'activité s'ajoute à une régulation par les volumes. Cette régulation repose, depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003 et ses textes d'application, sur un dispositif dénommé « objectifs quantifiés de l'offre de soins », ou OQOS, qui consiste à fixer à chaque établissement de santé dans chaque activité de soins qu'il exerce un minimum et un maximum de séjours ou d'actes à produire annuellement ou pluriannuellement.

Or, en dépit des intentions qui prévalaient lors de la publication de l'ordonnance de 2003, il s'avère aujourd'hui que ce dispositif, dont une des vertus principales devait être de corriger les éventuels effets pervers de la tarification à l'activité afin de garantir l'accès aux soins et de répartir de manière optimale l'offre en fonction des besoins, n'est pas à même de satisfaire à cette exigence, voire la contredit.

Les pouvoirs publics et les agences régionales de l'hospitalisation, qui ont eu à mettre en œuvre le dispositif des OQOS, reconnaissent l'inefficacité d'un tel dispositif uniquement arithmétique, qui tout comme le système des indices de la carte sanitaire qui le précédait ne permet pas de réguler efficacement les volumes d'activité.

Le dépassement d'un objectif d'activité préalablement fixé ne saurait être opposé à un établissement que dans une seule hypothèse : celle de la réalisation d'actes inutiles ou injustifiés. C'est pourquoi, et bien que les pouvoirs publics envisagent aujourd'hui de supprimer les OQOS volume – réforme dont on ne sait quand elle est susceptible d'aboutir –, il est proposé, en attendant, qu'il puisse être dérogé au système des objectifs quantifiés en contrepartie de la mise en œuvre d'une démarche d'évaluation de la pertinence des actes et des hospitalisations, de manière soit impérative pour les établissements de santé qui dépassent les objectifs quantifiés de l'offre de soins, soit volontaire pour les autres établissements.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement est relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins, les OQOS, qui avaient pour but de réguler le volume des actes dans les établissements de santé. Cette régulation n'a jamais été véritablement mise en place, elle pose de nombreuses difficultés et, comme vous

l'avez d'ailleurs indiqué, le Gouvernement a annoncé la suppression des OQOS volume, qui devrait avoir lieu prochainement par décret.

Mme la secrétaire d'État nous a donné quelques indications à cet égard cet après-midi. En fonction de cette situation et donc de la disparition d'un dispositif qui n'a d'ailleurs jamais réellement existé, je demande le retrait de l'amendement.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Monsieur Houpert, je comprends bien votre vif intérêt pour le projet de loi de financement de la sécurité sociale au travers des très nombreux amendements que vous présentez.

Je suis pleinement d'accord avec M. le rapporteur général. Votre amendement vise à mettre en place, dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements, une obligation de mise en œuvre d'une démarche de pertinence en cas de dépassement des OQOS contractualisés avec les ARS. Cependant, le ministre de la santé, M. Xavier Bertrand, a demandé à son administration de mettre fin au fameux dispositif des OQOS au printemps dernier dans la mesure où ils lui paraissaient inefficaces pour réguler l'offre de soins.

Pour cette raison, votre proposition ne peut être mise en œuvre car ce dispositif est évidemment voué à disparaître ; le décret l'abrogeant devrait paraître sous quelques jours.

Monsieur le sénateur, je vous demande de retirer votre amendement. À défaut, j'émettrai évidemment un avis défavorable, mais je pense que la sagesse de votre pertinente attention nous amènera à un retrait.

M. Alain Houpert. Madame la secrétaire d'État, je vous entends et je vous crois sur parole ; je retire donc mon amendement. *(M. Jean Desessard s'exclame.)*

M. le président. L'amendement n° 207 est retiré.

L'amendement n° 93 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 48

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Chaque année, plusieurs dispositions adoptées en cours d'année par les pouvoirs publics ont des conséquences financières pour les établissements publics de santé. C'est notamment le cas des revalorisations statutaires, des mesures prises en urgence pour faire face à une crise sanitaire...

Ces mesures nouvelles, qui s'imposent aux établissements publics de santé ne sont pourtant généralement pas financées. Il résulte de cette situation que ces mesures sont supportées financièrement par les budgets propres des hôpitaux, ce qui aggrave leurs difficultés financières et contribue à alimenter ou accroître leurs déficits.

Afin d'éviter cette situation nous proposons une mesure de bon sens, à savoir l'inscription dans la loi d'un principe selon lequel les taux d'évolution de l'ONDAM doivent systématiquement être révisés pour intégrer les mesures nouvelles.

Tel est le sens de cet amendement.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement prévoit que de nouvelles mesures ayant des incidences sur les charges hospitalières ne peuvent intervenir en cours d'année sans que leurs modalités aient été intégrées dans la loi de financement de la sécurité sociale.

Si je comprends bien la préoccupation mise en avant, la rédaction de l'amendement est très générale puisqu'elle vise toute mesure nouvelle sans précision sur l'auteur de la décision, collectivité locale ou autre.

En outre, la construction de l'ONDAM est très globale et, je le rappelle, il constitue un objectif de dépenses et pas une modalité de financement.

Pour être précis et donner un exemple un peu spectaculaire, la rédaction de l'amendement aurait pu bloquer la revalorisation des salaires des infirmières jusqu'au vote du PLFSS suivant.

Cet amendement pose la question de la construction de l'ONDAM, qui ne part pas des besoins en santé, mais qui est juste fixé en évolution d'une année sur l'autre en étant décorrélé des réalités.

Tout cela, nous le pensons, – nous l'avons déjà dit plusieurs fois – mériterait un travail de remise à plat plus approfondi que l'amendement présenté.

La commission demande le retrait de l'amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

M. le président. Nous saluons l'arrivée de M. Xavier Bertrand.

Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 93 rectifié ?

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Je salue également la présence du ministre de la santé.

Madame Cohen, votre amendement est aujourd'hui sans objet eu égard au principe de construction de l'ONDAM, qui intègre l'ensemble des charges à venir, y compris certaines provisions de précaution. Votre amendement est donc déjà satisfait. Certaines mesures infra-annuelles sont impératives, bien sûr, mais d'autres répondent à de réels besoins de santé et sont intégrées en fonction des marges de manœuvre.

Je suis assez proche de l'avis de M. le rapporteur général et j'émetts évidemment un avis défavorable sur votre amendement.

M. le président. Madame Cohen, l'amendement n° 93 rectifié est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. Compte tenu de l'argument avancé par M. le rapporteur général et selon lequel cet amendement peut finalement bloquer une situation, ce qui n'est pas l'objectif de mon groupe, je retire l'amendement.

M. le président. L'amendement n° 93 rectifié est retiré.

L'amendement n° 95 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 48

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. L'ONDAM mentionné à l'article 48 est, depuis plusieurs années, insuffisant – on en a beaucoup parlé – pour permettre aux établissements publics de santé d'investir ou de faire face à des dépenses nouvelles non prévues dans le budget.

Tel est malheureusement le cas des décisions de revalorisation salariale prises en cours d'année. Celles-ci, bien que légitimes pour des agents qui réalisent un travail de qualité dans des conditions de plus en plus difficiles, ne sont que rarement financées et quasiment jamais intégrées dans l'ONDAM.

Cela signifie que ce sont les établissements publics de santé qui financent ces mesures sur leurs fonds propres, ce qui est inacceptable au regard des efforts financiers qui sont déjà exigés d'eux.

Aussi, nous proposons par cet amendement de prévoir que l'ONDAM soit corrigé en fin d'année pour prendre en compte les éventuelles mesures salariales relative à la fonction publique hospitalière intervenant en cours d'année.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement s'inscrit dans le même esprit que le précédent, mais il prévoit des modalités sensiblement différentes. Ici, il est proposé que l'ONDAM soit corrigé en fin d'année pour prendre en compte les éventuelles mesures salariales.

Cet amendement est plutôt une déclaration que la fixation d'une norme puisque, dans les première et deuxième parties du PLFSS, nous sommes amenés à nous prononcer sur l'ONDAM de l'année passée et celle qui est en cours.

Pour autant, la question du mode d'élaboration de l'ONDAM reste entière et cet amendement a le grand mérite de poser le problème.

La commission émet un avis de sagesse.

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

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. Je compléterai l'argument de M. le rapporteur général. Madame la sénatrice, aujourd'hui, sont déjà intégrées dans la construction de l'ONDAM les mesures ou l'ensemble des charges nouvelles, notamment celles qui découlent des éventuelles mesures salariales. Elles seront donc supportées par les établissements.

Quant à la revalorisation des personnels, elle est déjà incluse dans l'ONDAM. Il n'est donc pas nécessaire de procéder à une correction de l'ONDAM *a posteriori*.

Dans ces conditions, pour les mêmes raisons que M. le rapporteur général, le Gouvernement émet un avis défavorable.

M. le président. Madame Cohen, l'amendement n° 95 rectifié est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. Oui, je le maintiens, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 95 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 48.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 49

① I. – L'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale est complété par un 7° ainsi rédigé :

② « 7° Dans des conditions et limites d'âge, de ressources et de nombre total de trimestres validés à ce titre, fixées par le décret prévu au présent article, et sans condition d'affiliation préalable, les périodes n'ayant pas donné lieu à validation à un autre titre dans un régime de base pendant lesquelles une personne a été inscrite en tant que sportif de haut niveau sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 221-2 du code du sport. »

③ II. – L'État prend en charge chaque année, pour les trimestres validés au cours de l'année civile précédente et sur une base forfaitaire fixée par décret, les coûts que représente, pour l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, le 7° de l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale.

④ III. – Le présent article est applicable aux périodes d'inscription postérieures au 31 décembre 2011 sur la liste des sportifs de haut niveau mentionnée au premier alinéa de l'article L. 221-2 du code du sport.

⑤ IV. – Au premier alinéa de l'article L. 634-2 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L. 351-3 », sont insérés les mots : « à l'exception du 7° ».

⑥ V. – À l'article L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime, la référence : « chapitre VII » est remplacée par les références : « 7° de l'article L. 351-3 et du chapitre VII ».

⑦ VI (*nouveau*). – Avant le 1^{er} octobre 2013, le Gouvernement remet au Parlement un rapport présentant le coût du dispositif prévu au présent article et étudiant la possibilité d'augmenter le nombre de trimestres mentionné au 7° de l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale.

M. le président. La parole est à Mme Muguette Dini, sur l'article.

Mme Muguette Dini. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, avec cet article 49, nous entamons l'examen des dépenses d'assurance vieillesse et c'est l'occasion d'exprimer la position du groupe de l'Union centriste et républicaine sur cette branche.

Les régimes de retraite seront fortement mis à contribution par le plan de rigueur présenté lundi dernier.

Le raccourcissement d'un an de la phase transitoire portant progressivement l'âge légal d'ouverture des droits de 60 ans à 62 ans constitue l'une des principales mesures sociales de ce plan.

Elle devrait permettre d'économiser 1,3 milliard d'euros en 2016 et de réduire l'endettement de la branche de 4,4 milliards d'euros d'ici à quatre ans.

Cette mesure sera présentée en projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale.

Quoi qu'il en soit, le bilan d'étape que nous pouvons faire de la réforme du 9 novembre 2010 est encourageant mais contrasté.

Encourageant à court terme : la réforme de 2010 a déjà permis de contenir le déficit en 2012 à son niveau de 2011, et on sait que sa montée en charge est progressive et qu'elle est encore loin d'avoir pu produire ses effets les plus vertueux.

Cependant, à moyen terme, la situation est beaucoup plus préoccupante.

Malgré la réforme de 2010, la branche vieillesse est devenue la branche la plus déficitaire, devant la branche santé.

Ce ne serait pas un problème si l'on pouvait attendre de sa montée en charge qu'elle enrayer cette dynamique, ce qui est très improbable.

Dès 2010, notre groupe défendait la nécessité de mener une réforme plus ambitieuse, parce que, compte tenu de l'évolution démographique, la réforme nous semblait insuffisamment calibrée.

L'évolution de la conjoncture pourrait hélas ! nous donner raison plus vite encore que nous ne l'avions craint.

On s'en souvient, la réforme de 2010 a été établie à partir des projections que le Conseil d'orientation des retraites, le COR, a présentées dans son huitième rapport du 14 avril 2010.

Plus précisément, la réforme est fondée sur le scénario intermédiaire du COR, qui prévoyait une croissance de la productivité du travail à long terme à 1,5 % et, surtout, la stabilisation du chômage à 4,5 %.

Au moment de l'examen du projet de réforme, ces hypothèses nous semblaient déjà particulièrement optimistes.

Alors que dire aujourd'hui ?

Si l'on a été contraint de modifier les hypothèses de croissance pour le projet de loi de finances pour 2012 et le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, *quid* des retraites ? Une réévaluation du besoin de financement semble s'imposer, ce qui, inévitablement, nous conduira à mettre en œuvre ce que l'Union centriste, aujourd'hui l'UCR, demande depuis des années : une réforme non pas seulement paramétrique, mais également structurelle, en remplaçant, par exemple, l'annuité par le point ou les comptes notionnels.

Nous sommes parvenus à faire intégrer au texte de 2010 le principe d'une réforme ultérieure de cette nature. Monsieur le ministre, où en est-on de cette réflexion ? À quand une réforme systémique des retraites ?

Outre les aménagements paramétriques qu'elle a permis, l'une des plus grandes innovations de la réforme de 2010 est la prise en compte de la pénibilité. Or précisément les conditions de mise en œuvre du dispositif adopté qui semblent se dessiner nous inquiètent.

En effet, ce dispositif nous semble déjà en soi minimal, et le nombre de personnes effectivement concernées pourrait être très inférieur aux chiffres initialement annoncés par le Gouvernement.

De plus – c'est encore plus préoccupant –, le cadre réglementaire qui se profile pourrait encore restreindre le champ du dispositif. Notre rapporteure Christiane Demontès l'a évoqué, les assurés présentant un taux d'incapacité compris

entre 10 % et 20 % auront l'obligation de justifier d'une durée d'exposition à des facteurs de risque de dix-sept ans au moins pour bénéficier de la retraite anticipée.

Dans ces conditions, il nous faudra certainement revenir sur la pénibilité et mettre en place un dispositif double d'aménagement des conditions de travail et de retraite anticipée fondé sur des critères médicaux objectifs.

En conclusion, permettez-moi d'évoquer un sujet qui se situe à l'intersection des deux problématiques de la retraite et des accidents du travail-maladies professionnelles, je veux parler du FIVA, le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.

À la suite d'un arrêt de la Cour de cassation de 2009, le FIVA a rétroactivement diminué de moitié le barème des indemnités, et les victimes de l'amiante sont tenues de rembourser une partie de la pension perçue.

Cette décision risque de mettre en péril l'équilibre financier des victimes qui ont certainement dépensé en toute sérénité les sommes qu'elles ont perçues. La moindre des choses serait que la jurisprudence ne s'applique pas rétroactivement aux indemnités déjà versées.

M. le président. La parole est à Mme Chantal Jouanno, sur l'article.

Mme Chantal Jouanno. Pour ma part, je limiterai mon intervention à l'article 49 relatif aux droits à la retraite des sportifs de haut niveau. Vous en conviendrez avec moi, il est rare, dans une vie, de préparer un dispositif particulièrement important en tant que ministre et de pouvoir le voter ensuite en tant que parlementaire. (*Sourires.*)

La France compte environ 6 000 sportifs de haut niveau : un grand nombre d'entre eux consacrent tout leur temps au sport, en vue d'obtenir des médailles pour notre pays, et ne gagnent rien pour vivre.

Permettez-moi de vous citer quelques exemples.

Thibaut Fauconnet, numéro un mondial de patinage de vitesse sur courte piste, s'entraîne trente à trente-cinq heures chaque semaine à Font-Romeu et n'a même pas les moyens de poursuivre ses études.

De même, Anne-Caroline Graffe, vingt-cinq ans, championne du monde de taekwondo, ne gagne strictement rien et ne peut donc pas cotiser pour sa future retraite.

Il nous a semblé que c'était la moindre des justices que l'État prenne en charge les cotisations de ces sportifs, qui contribuent au rayonnement de notre pays, mais n'ont pas les moyens de cotiser pour leur retraite.

Il ne s'agit là en aucun cas de sportifs professionnels, qui auraient signé, par ailleurs, de lucratifs contrats.

Le dispositif est assorti de plusieurs conditions. Ainsi, il sera ouvert aux sportifs de haut niveau dont le revenu est inférieur à 75 % du plafond de la sécurité sociale. Le nombre maximal de trimestres qu'il sera possible de valider est de seize : cela correspond tout simplement à une olympiade.

En réalité, il s'agit du dispositif le plus avantageux qui existe : huit trimestres seulement peuvent être pris en compte au titre du service civique et douze trimestres seulement peuvent être rachetés par les salariés au titre de leurs études. En l'espèce, ces rachats de cotisation sont pris en charge par l'État, et plus spécifiquement par le ministère des sports.

De plus, il a été prévu une évaluation en 2013 pour voir si la durée de quatre ans est bien adaptée et si le dispositif répond concrètement aux attentes des uns et des autres.

Il s'agit là d'une mesure de justice à l'égard de ces sportifs qui consacrent, je le répète, tout leur temps au sport et vivent souvent dans des conditions relativement difficiles.

Pour ma part, je voterai cet article avec grand plaisir, et je vous remercie par avance de votre soutien, mes chers collègues, car je sais que cet article fait plutôt l'unanimité.

M. Alain Milon. Bravo !

M. le président. La parole est à Mme Christiane Demontès, rapporteure.

Mme Christiane Demontès, rapporteure de la commission des affaires sociales pour l'assurance vieillesse. Tout au long de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, la majorité sénatoriale et l'opposition, ou encore l'opposition nationale et le Gouvernement, ont plutôt été en désaccord.

Toutefois, je tiens à dire que je partage la philosophie qui sous-tend l'article 49. Certes, le dispositif prévu ne résoudra sans doute pas tous les problèmes, madame Jouanno, mais il constitue un pas vers la reconnaissance de l'engagement d'un certain nombre de jeunes sportifs de haut niveau, des amateurs, comme vous l'avez souligné, auxquels on offre ici la possibilité d'obtenir ce que j'appellerai, au bon sens du terme, un « retour sur investissement sportif ».

Aussi suis-je favorable à cet article.

M. le président. Je mets aux voix l'article 49.

(L'article 49 est adopté.)

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

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Monsieur le président, madame la présidente de la commission, madame la rapporteure, mesdames, messieurs les sénateurs, je veux simplement dire à Mme Dini que c'est au début de l'année 2013 que s'engagera une réflexion sur la réforme systémique, un sujet-clé qui n'est d'ailleurs pas simple à aborder.

On a tendance à considérer que la Suède constitue le meilleur exemple en la matière, mais il faut savoir qu'une réforme systémique change un certain nombre de paramètres, mais ne modifie pas résolument l'équation propre aux retraites : soit on cotise plus en payant plus, soit on part plus tard, soit on touche moins.

Certes, on peut redéfinir les critères, mais on ne peut changer cette équation fondamentale.

Nous disposons bien évidemment des travaux du COR, le Conseil d'orientation des retraites, et je réunirai prochainement le COPILOR, le comité de pilotage des régimes de retraites, notamment sur cette question.

Par ailleurs, je veux rendre hommage au travail réalisé par Chantal Jouanno sur la question de la retraite des sportifs de haut niveau. Il n'est pas très habituel, il est vrai, d'avoir la possibilité de préparer une disposition au niveau ministériel et de pouvoir la voter ensuite au Sénat, en tant que parlementaire. Je sais, madame le sénateur, que vous aurez à cœur de veiller à la pleine et entière application de ce dispositif. *(Sourires.)*

Articles additionnels après l'article 49

M. le président. L'amendement n° 97 rectifié *bis*, présenté par Mmes Cohen et David, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 49

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le 31 décembre 2012, le Gouvernement remet un rapport au Parlement sur les nouvelles modalités de calcul de la retraite pour les périodes d'apprentissage.

La parole est à M. Dominique Watrin.

M. Dominique Watrin. La contre-réforme des retraites de l'année dernière a constitué un nouveau recul pour les salariés ayant commencé à travailler tôt.

Progressivement, et depuis l'adoption, en 2003, des dispositions concernant les carrières longues, le Gouvernement n'a eu de cesse – opérant toujours par décret – de rendre l'accès au dispositif plus complexe, plus incertain, et d'en diminuer les heureuses conséquences pour les salariés.

La dernière mesure en date est l'arrêté publié le 6 septembre dernier, qui restreint la base de calcul des cotisations sociales des apprentis. Ainsi, près d'un tiers des apprentis verront diminuer le nombre de trimestres travaillés pris en compte dans le calcul de leur retraite, la durée de référence du calcul des cotisations retraite des apprentis prises en charge par l'État étant ramenée de 169 heures à 151,67 heures.

En réduisant les droits à la retraite de tous les jeunes apprentis de France, le Gouvernement devrait économiser 70 millions d'euros par an. Curieuse manière de montrer son soutien à l'apprentissage que celle qui consiste à réduire les droits des futurs apprentis !

Vous les soutenez tellement, les apprentis, monsieur le ministre, que vous leur faites payer le prix de la crise économique, comme s'ils en étaient responsables. Votre cabinet ministériel le reconnaît d'ailleurs à demi-mot, en affirmant que « la crise des finances publiques a accéléré la publication de cet arrêté ».

Cette mesure ne sera pas sans conséquence sur les apprentis : elle va amputer de un à deux trimestres la durée d'assurance validée pour la retraite de 30 % des apprentis ; ce sont tout de même 50 000 jeunes qui seront concernés chaque année. Cette mesure est tellement injuste que même les organisations patronales s'étaient prononcées contre en 2010, considérant qu'elle pourrait avoir pour effet de dissuader les jeunes d'opter pour l'apprentissage. C'est dire si elle est mauvaise !

Mais si le fond n'est pas satisfaisant, la forme ne l'est pas plus.

Vous avez pris cette mesure réglementaire avant l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, alors même que ce texte aurait pu prévoir, notamment sous l'impulsion des parlementaires de gauche, des mesures tendant à financer le maintien de la base actuelle.

Surtout, vous avez pris cette mesure avant même que soit remis au Parlement le rapport relatif à l'introduction des gratifications de stage dans l'assiette des cotisations prévu dans la loi sur les retraites, rapport qui aurait pu contenir d'autres pistes moins défavorables aux apprentis.

Je déplore cette précipitation et souhaite, au travers de cet amendement, favoriser l'élaboration d'un dispositif spécifique de retraite pour les apprentis, qui leur soit plus favorable.

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

Mme Christiane Demontès, rapporteure. Les périodes d'apprentissage paraissent, il est vrai, particulièrement pénalisantes au regard des droits à la retraite.

Les conditions de régularisation pour les périodes antérieures à 1972 sont difficiles à satisfaire, car il faut que les intéressés apportent la preuve de la durée de l'apprentissage, une preuve qui n'est pas toujours facile à établir.

Par ailleurs, les cotisations sont calculées sur une base forfaitaire, comme l'a indiqué M. Watrin, inférieure à la rémunération réellement perçue par l'apprenti. En outre, un arrêté publié l'été dernier a réduit cette assiette forfaitaire, qui est passée de 169 fois à 151 fois le SMIC horaire.

Cette décision va rendre plus difficile encore pour les apprentis la validation de plus de deux trimestres par an, *a fortiori* de quatre trimestres.

De plus, je veux rappeler que si, par le passé, les apprentis étaient majoritairement de très jeunes gens, de quatorze, quinze ou seize ans au maximum, ayant quitté le système scolaire sans qualification, la situation a bien changé. Depuis un certain nombre d'années, la voie de l'apprentissage s'ouvre à des jeunes disposant déjà de premières qualifications – un bac professionnel, un BTS, une licence professionnelle, voire un diplôme d'ingénieur –, qui contribuent aussi à la production dans l'entreprise. Ne leur valider que deux trimestres par an est particulièrement injuste, à la limite de l'indécence !

Dans la perspective de revaloriser la retraite des apprentis, la commission a émis un avis favorable sur cet amendement.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Éric Woerth l'avait indiqué en septembre 2010, si je ne me trompe pas, le rapport prévu sera étendu à la situation des apprentis. Il est en cours de rédaction et vous sera transmis. Cet amendement est donc satisfait, même si ma réponse est loin de satisfaire son auteur...

Concernant le calcul des retraites des apprentis, ne nous emballons pas, mesdames, messieurs les sénateurs. Rappelez-moi combien d'heures travaillent les apprentis ?

Mme Christiane Demontès, rapporteure. Ils travaillent 35 heures !

M. Xavier Bertrand, ministre. Effectivement ! Que cette durée de 35 heures a été retenue comme base de calcul revêt donc un certain sens ! Mais je n'en dirai pas plus...

M. Jean Desessard. Vous êtes bien énigmatique, monsieur le ministre !

M. Dominique Watrin. De toute manière, je maintiens l'amendement !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 97 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 49.

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

L'amendement n° 39, présenté par Mme Demontès, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'article 49

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement avant le 31 janvier 2012 un rapport évaluant les conditions d'extension du bénéfice de la pension de réversion aux personnes liées par un pacte civil de solidarité.

La parole est à Mme Christiane Demontès, rapporteure.

Mme Christiane Demontès, rapporteure. Par cet amendement, la commission souhaite réitérer une demande ancienne, qui avait déjà été formulée dès le printemps 2007 dans un rapport de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, la MECSS, présenté par nos collègues Dominique Leclerc et Claude Domeizel.

M. Roland Courteau. Eh oui !

Mme Christiane Demontès, rapporteure. La mission s'était prononcée dans ce rapport en faveur de l'ouverture du droit à la pension de réversion aux personnes ayant conclu un PACS depuis au moins cinq années au jour du décès du « donnant droit ».

Je rappelle que le Médiateur de la République s'était lui aussi prononcé, en 2009, pour l'ouverture de ce droit aux personnes liées par un PACS depuis au moins deux ans.

Aujourd'hui, nous pouvons constater que le code de la sécurité sociale assimile pleinement le partenaire lié par un PACS au conjoint survivant pour l'attribution du capital décès, comme pour celle de la rente viagère lorsque le décès survient à la suite d'un accident du travail.

Le partenaire d'un pacte civil de solidarité possède également la qualité d'ayant droit au titre des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité lorsqu'il ne peut bénéficier de la qualité d'assuré social à un autre titre.

Le pacte civil de solidarité est une réalité inscrite dans notre droit comme dans la société aujourd'hui. Il ne peut plus être ignoré pour ce qui concerne les droits à réversion, lesquels devront nécessairement être ouverts aux personnes liées par un pacte civil de solidarité.

Par conséquent, nous demandons que, d'ici à la fin du mois de janvier 2012, il soit procédé à une évaluation des modalités d'une telle extension, afin d'être en mesure de compléter la législation avant la fin de la législature.

M. Roland Courteau. Très bien !

M. le président. L'amendement n° 99 rectifié *bis*, présenté par Mmes Cohen et David, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 49

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement avant le 31 décembre 2012 un rapport étudiant les modalités d'extension du bénéfice de la pension de réversion aux couples liés par le pacte civil de solidarité et les possibilités d'une réforme des conditions d'attribution et de partage de ces pensions.

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

Mme Isabelle Pasquet. Avouons-le clairement, cette demande de rapport vise à contourner l'application de l'article 40 de notre Constitution, qui interdit aux parlementaires de formuler une proposition qui aurait pour effet d'alourdir les dépenses publiques.

Pour nous, les choses sont claires : les personnes liées par un pacte civil de solidarité doivent pouvoir bénéficier du droit à la pension de réversion en cas de décès de leur partenaire.

Cette proposition, dont le Gouvernement peut seul prendre l'initiative, n'est, pour nous, que la contrepartie légitime de la loi du 23 juin 2006 portant réforme des successions et libéralités, qui dispose que les partenaires liés par un pacte civil de solidarité ont un devoir d'aide matérielle et d'assistance réciproque qui diffère peu du devoir de secours et d'assistance de deux personnes mariées.

Cette responsabilité entre deux partenaires liés par un pacte civil de solidarité est légitime ; les associations la demandaient. Il est aujourd'hui grand temps que cette solidarité dans la vie puisse se poursuivre après.

Les orientations sexuelles de nos concitoyens ou leurs choix en termes de mode ou d'organisation de la vie commune ne peuvent pas, ne doivent pas avoir pour conséquence de réduire leurs droits ou de les priver d'un accès à des droits qui ne sont consentis qu'aux couples mariés. C'est d'autant plus injuste que les couples homosexuels ne peuvent toujours pas se marier. Autrement dit, une orientation sexuelle est aujourd'hui juridiquement discriminante.

Tout cela est contraire à nos principes fondateurs. Dans leur rapport d'information du 22 mai 2007, Claude Domeizel et Dominique Leclerc recommandaient d'ailleurs d'ouvrir cette pension aux couples pacés.

En 2008, la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité, la HALDE, conseillait, dans une délibération, de prendre l'initiative d'une réforme législative pour ouvrir le bénéfice des pensions de réversion aux couples pacés.

Jusqu'à ce jour, vous n'avez toujours pas suivi ces recommandations ; nous le regrettons d'autant plus qu'il s'agissait d'une promesse de campagne de Nicolas Sarkozy.

M. Roland Courteau. Eh oui ! Une de plus !

Mme Isabelle Pasquet. Il vous reste encore quelques mois pour tenir cet engagement qu'attendent celles et ceux qui ont opté pour le pacte civil de solidarité.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 99 rectifié *bis* ?

Mme Christiane Demontès, rapporteure. La commission des affaires sociales est favorable à l'amendement n° 99 rectifié *bis*, dont l'objectif est le même que le sien, avec toutefois une petite différence.

Nos collègues prévoient que le rapport doit être remis au Parlement avant le 31 décembre 2012, alors que nous avons retenu la date du 31 janvier 2012. Il nous paraît en effet important que ce rapport puisse être terminé avant l'interruption des travaux parlementaires pour cause d'élections en 2012.

Aussi, chère collègue, je vous propose de retirer votre amendement au profit de celui de la commission.

M. Jean Desessard. Il faut plutôt repousser les élections ! (*Sourires.*)

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Avis défavorable sur les deux amendements.

M. le président. Madame Pasquet, maintenez-vous votre amendement ?

Mme Isabelle Pasquet. Non, monsieur le président ; je le retire au profit de celui de la commission des affaires sociales.

M. le président. L'amendement n° 99 rectifié *bis* est retiré.

La parole est à M. Claude Domeizel, pour explication de vote sur l'amendement n° 39.

M. Claude Domeizel. Je me réjouis que cet amendement vienne en discussion ce soir, car j'étais, avec notre ex-collègue Dominique Leclerc, l'auteur du rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur les pensions de réversion.

Croyez-moi, il s'agit d'un sujet fort complexe, surtout que, depuis la mise en place du régime général, en 1945, qui s'est accompagnée de la généralisation de la réversion, les formes de vie matrimoniale ont grandement évolué !

Puisqu'il s'agit de la remise par le Gouvernement d'un rapport au Parlement, j'invite d'abord les rapporteurs à relire celui que Dominique Leclerc et moi-même avons produit.

Permettez-moi, ensuite, d'apporter ma contribution au débat en disant qu'il existe deux logiques en matière de pensions de réversion.

La première logique consiste à assurer un niveau de vie au conjoint survivant.

La seconde, que je qualifierai de patrimoniale, fait de la réversion un « droit de suite ». En effet, la pension est un patrimoine pour celui qui la perçoit, mais elle peut aussi être considérée comme le patrimoine de deux personnes ayant vécu ensemble.

Les nouvelles formes de vie matrimoniale viennent grandement bousculer la réflexion sur les pensions de réversion. La reconnaissance du pacte civil de solidarité nous est apparue, à Dominique Leclerc et à moi-même, comme inévitable à brève échéance. Nous attendons depuis 2007, année de la publication de notre rapport. Alors mettons-nous au travail ! Je suis tout à fait d'accord.

M. Roland Courteau. Bien sûr !

M. Claude Domeizel. Tous les éléments nécessaires au Gouvernement pour fournir un rapport avant le 31 janvier 2012 sont disponibles.

Je souligne également que l'Allemagne et la Grande-Bretagne assimilent d'ores et déjà le pacte civil de solidarité au mariage en ce qui concerne l'application des règles de réversion. Par conséquent, il convient de nous mettre au diapason des autres pays européens.

Toutefois, afin d'éviter les effets d'aubaine, nous avons apporté une nuance dans notre rapport, à savoir que, dans un premier temps au moins, l'union devait avoir une ancienneté d'au moins cinq ans.

La réflexion sur le pacte civil de solidarité ouvre, il est vrai, une autre réflexion sur les personnes qui vivent en union libre et qui peuvent prouver leur union par l'existence d'enfants qu'elles ont eus en commun.

M. Roland Courteau. Bien sûr !

M. Claude Domeizel. À moins bien sûr que l'on veuille voir disparaître presque totalement les pensions de réversion, compte tenu de la diversification des formes de vie matrimoniale?... En effet, si l'on n'accorde le droit à la réversion ni aux pacés, ni aux personnes vivant en union libre et en mesure de le prouver, le nombre des pensions de réversion va fortement diminuer.

Pour ce qui me concerne, je suis favorable à l'amendement visant à la remise d'un rapport à la date butoir du 31 janvier 2012. Je le voterai afin que nous puissions, le plus rapidement possible, mettre en place ce nouveau dispositif pour les personnes qui ont signé un pacte civil de solidarité. (*M. Roland Courteau applaudit.*)

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

M. Jean Desessard. L'amendement n° 39, qui vise à solliciter la remise par le Gouvernement d'un rapport évaluant les conditions d'extension du bénéfice de la pension de réversion aux partenaires d'un pacte civil de solidarité, nous donne l'occasion de pointer du doigt la discrimination dont sont victimes les personnes liées par un PACS.

En effet, depuis la création du pacte civil de solidarité en 1999, plusieurs dispositions législatives ont progressivement étendu aux personnes liées par un PACS le bénéfice de dispositions autrefois réservées aux seuls conjoints. Il en est ainsi de l'attribution du capital décès, des rentes versées au survivant en matière d'accident du travail ou encore des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité.

Toutefois, une discrimination persiste au regard des pensions de réversion, qui, à ce jour, sont réservées aux seuls époux, en dépit de l'avis favorable à l'extension de ce droit émis par la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales du Sénat en 2007 et du Médiateur de la République en 2009.

Les sénatrices et sénateurs écologistes sont évidemment partisans de l'extension du bénéfice de la pension de réversion aux partenaires d'un pacte civil de solidarité. En l'état du droit est en effet maintenue une situation d'inégalité de traitement fondée sur l'orientation sexuelle, puisque les partenaires de sexes différents peuvent se marier s'ils souhaitent bénéficier de la pension de réversion, tandis que les couples de même sexe n'ont pas encore cette possibilité, ce que nous déplorons, d'ailleurs.

En l'état, les cinq sénatrices et cinq sénateurs écologistes voteront pour cet amendement n° 39.

M. le président. La parole est à Mme Chantal Jouanno, pour explication de vote.

Mme Chantal Jouanno. Si d'autres collègues sont spécialistes de ces questions, pour ma part, je dois le reconnaître, j'ai découvert que les personnes pacées ne bénéficiaient pas du dispositif relatif aux pensions de réversion en lisant le projet de loi de financement de la sécurité sociale!

Ce serait effectivement justice que d'étendre à ces personnes le bénéfice de la pension de réversion, au nom de l'égalité. Mais, bien évidemment, dans le contexte actuel, il convient d'évaluer le coût d'une telle extension.

Nous sommes donc plutôt favorables à cet amendement, tout en regrettant le choix du 31 janvier 2012, car le délai nous semble un peu court pour procéder à une étude sérieuse et complète sur le sujet.

M. Roland Courteau. Deux mois, quand même!

Mme Chantal Jouanno. Je ne doute pas qu'il y ait d'autres considérations, au-delà de la fin de la session... Néanmoins, sur le fond, l'amendement est bon.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 39.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 49.

Article 50

- ① I. – À la fin de la première phrase du troisième alinéa du III de l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite, les mots : « ce calcul » sont remplacés par les mots : « le calcul de la durée d'assurance mentionnée au premier alinéa du présent III ».
- ② II. – À la fin du second alinéa de l'article L. 351-1-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « pour ce calcul » sont remplacés par les mots et une phrase ainsi rédigée : « dans la durée d'assurance tous régimes confondus pour apprécier le dépassement de la limite mentionnée au premier alinéa. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa. »
- ③ III. – Le dernier alinéa du I de l'article L. 643-3 du même code est ainsi rédigé :
- ④ « La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplie après l'âge prévu au premier alinéa et au-delà de la durée mentionnée au deuxième alinéa donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Toutefois, pour l'appréciation de cette condition de durée, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa. »
- ⑤ IV. – Le dernier alinéa du I de l'article L. 723-10-1 du même code est ainsi rédigé :
- ⑥ « La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplie après l'âge prévu au premier alinéa et au-delà de la durée mentionnée au deuxième alinéa donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Toutefois, pour l'appréciation de cette condition de durée, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa. »
- ⑦ V. – L'article L. 732-25-1 du code rural et de la pêche maritime est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑧ « Toutefois, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte dans la durée

d'assurance tous régimes confondus pour apprécier le dépassement de la durée minimale mentionnée au premier alinéa. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa. »

- ⑨ VI. – Le présent article n'est pas applicable aux assurés qui remplissent, avant le 1^{er} janvier 2013, les conditions d'âge et de durée d'assurance ouvrant droit au bénéfice de la majoration de pension prévue au III de l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite, à l'article L. 351-1-2, au dernier alinéa du I des articles L. 643-3 et L. 723-10-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 732-25-1 du code rural et de la pêche maritime, dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi. – (*Adopté.*)

Article 51

- ① I. – Après l'article L. 382-29 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 382-29-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 382-29-1.* – Sont prises en compte pour l'application de l'article L. 351-14-1, dans les mêmes conditions que les périodes définies au 1^o du même article, les périodes de formation accomplies au sein de congrégations ou de collectivités religieuses ou dans des établissements de formation des ministres du culte qui précèdent l'obtention du statut défini à l'article L. 382-15 entraînant affiliation au régime des cultes. »
- ③ II. – L'article L. 382-29-1 du code de la sécurité sociale est applicable aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2012.

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

L'amendement n° 40 est présenté par Mme Demontès, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 131 rectifié est présenté par Mmes Cohen et David, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Christiane Demontès, rapporteure, pour présenter l'amendement n° 40.

Mme Christiane Demontès, rapporteure. L'article 51 concerne le régime des ministres des cultes et instaure une possibilité de rachat à titre onéreux des périodes de formation à la vie religieuse, par analogie avec le rachat des années d'études supérieures prévu depuis la réforme des retraites de 2003.

Cet article aurait pu paraître anecdotique si nous n'avions constaté, à la lecture de l'étude d'impact, qu'il vise en réalité à neutraliser la portée d'un arrêt rendu par la Cour de cassation en octobre 2009.

La Cour a en effet considéré que les périodes de formation à la vie religieuse avaient été regardées à tort comme ne constituant pas des périodes d'affiliation au régime. Depuis 2006, ces périodes donnent d'ailleurs lieu à affiliation.

Finalement, le dispositif de rachat à titre onéreux qui nous est proposé revient à faire entièrement porter par les assurés les conséquences du défaut d'affiliation établi par la Cour de cassation.

De notre point de vue, il y a une certaine hypocrisie dans cette formule, car le rachat est d'autant plus coûteux que l'âge des intéressés est élevé, ce qui est le cas de nombre d'assurés du régime des ministres des cultes. On peut penser que les modalités de rachat seront ainsi dissuasives au regard du bénéfice potentiel sur le montant de la pension.

Enfin, nous pensons qu'il n'est pas sans risque d'ouvrir la porte, par des assimilations successives, à l'élargissement d'un cadre aujourd'hui strictement délimité aux études supérieures.

Pour toutes ces raisons, la commission des affaires sociales estime que la solution envisagée par le Gouvernement n'apporte pas de réponse satisfaisante au problème posé et propose donc de supprimer cet article.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour présenter l'amendement n° 131 rectifié.

Mme Laurence Cohen. Avec cet amendement, les sénatrices et les sénateurs du groupe CRC proposent également la suppression de cet article 51, car ils considèrent qu'il méconnaît le principe de laïcité.

Nous n'ignorons rien des difficultés que peuvent rencontrer les ministres des cultes une fois l'âge de la retraite venu. Mais, selon nous, ce n'est pas à la solidarité nationale de jouer mais bien aux responsables de cette situation de supporter les conséquences de leurs actes, nous voulons parler de ces employeurs qui imposent à leurs salariés des salaires de misère !

Par ailleurs, vous n'êtes pas sans savoir que la CAVIMAC, la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes, bénéficie à l'heure actuelle d'un régime dérogatoire qui lui est très favorable. En effet, depuis 1978, cette caisse « omet » de prélever la cotisation employeur de 5,4 % destinée à alimenter la caisse d'allocations familiales, ce qui représente 13 millions d'euros. Les congrégations sont également exonérées de CSG et de CRDS, soit plus de 10 millions d'euros.

Avec cet article 51, on constate une nouvelle fois qu'un beau cadeau est fait aux cultes, puisque l'on octroie le statut de « formation » reconnue par la loi à des activités de nature purement religieuse. Pourtant, ces périodes de formation religieuse, vous le savez, ne débouchent sur aucune insertion professionnelle, contrairement aux formations diplômantes ou stages professionnels visés par les possibilités de rachat existant dans d'autres régimes.

On peut d'ailleurs se demander si les périodes de formation visées par cet article ne sont pas en réalité des périodes de travail. Rappelons que les séminaristes et novices de l'église catholique, puisque c'est d'eux qu'il s'agit essentiellement, sont astreints, au cours de ces périodes, au célibat et à la vie communautaire et sont entièrement pris en charge, d'un point de vue matériel, par la collectivité religieuse. Or l'existence d'un lien de subordination, d'une activité et d'une rémunération, que l'on trouve bien ici, sont trois notions propres au contrat de travail.

Or, s'il y a travail, il n'y a pas formation. Et s'il y a travail, il doit y avoir cotisations. La loi ne peut donc pas prévoir d'attribution gratuite d'années de cotisation pour une catégorie de salariés, et pour une seule.

Pour toutes ces raisons, et parce que nous constatons que le Gouvernement impose des mesures de rigueur à tous les salariés ainsi qu'aux apprentis, nous ne pouvons que nous

opposer à cet article, qui, outre qu'il instaure un traitement inégalitaire entre ses bénéficiaires et l'ensemble de nos concitoyens, porte atteinte à la laïcité.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Le Gouvernement est défavorable à ces amendements identiques de suppression.

Si vous revenez sur cette mesure spécifique, les ministres du culte basculeront dans le régime général, en vertu des principes de répartition et de solidarité. Est-ce vraiment ce que vous souhaitez ? Je ne le crois pas.

Oui, il s'agit de ministres du culte, mais est-ce une raison pour supprimer un dispositif spécifique destiné à prendre en compte une situation spécifique ?

M. le président. La parole est à M. Claude Domeizel, pour explication de vote sur l'amendement n° 40.

M. Claude Domeizel. Monsieur le ministre, j'aimerais bien savoir en quoi la suppression de l'article 51 ferait basculer les ministres du culte dans le régime général. Vous n'avez fourni aucune explication sur ce point.

Je vous signale au passage que ce régime est aujourd'hui plus que déficitaire, puisqu'il est pratiquement entièrement financé par la compensation entre régimes.

Si je suis favorable à l'amendement n° 40, qui vise à supprimer l'article 51, c'est tout simplement parce que le parallèle avec le rachat des années d'études supérieures ne me paraît pas pertinent en l'occurrence.

Je considère, en outre, que cette possibilité de rachat, introduite dans la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, est une fausse bonne idée. On s'aperçoit en effet que cette faculté, qui paraissait géniale à l'origine, est très peu utilisée, compte tenu du coût qu'elle représente pour les futurs pensionnés ayant suivi des études supérieures.

Pour l'ensemble de ces raisons, je voterai l'amendement n° 40.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Monsieur Domeizel, vous êtes, dans cet hémicycle, l'un des spécialistes des questions relatives aux retraites.

Si vous supprimez la disposition en question, les trimestres concernés seraient validés gratuitement, la CAVIMAC étant adossée au régime général. Cela fera supporter à l'ensemble des salariés une contribution de un million d'euros pour les ministres du culte.

M. Claude Domeizel. Pas du tout !

M. le président. La parole est à Mme Christiane Demontès, rapporteure.

Mme Christiane Demontès, rapporteure. Je vous rappelle simplement, monsieur le ministre, que ces périodes donnent lieu à affiliation à la CAVIMAC depuis 2006. À la suite de différents recours, la Cour de cassation a considéré, dans un arrêt du 22 octobre 2009, qu'il convenait de généraliser le dispositif. Par conséquent, même si nous adoptons les amendements de suppression de l'article 51, les assurés pourront toujours se référer à cet arrêt pour faire valoir leurs droits.

Par ailleurs, il est particulièrement hypocrite de demander à des assurés le plus souvent assez âgés de racheter leurs périodes de formation, comme s'il s'agissait d'années d'études. En général, les étudiants opèrent ce rachat dès leur entrée dans la vie active. Or tel n'est pas le cas ici !

Nous avons proposé des mesures destinées à réduire le déficit de la sécurité sociale. Dans le cas qui nous occupe, une nouvelle dépense de un million d'euros peut paraître élevée. Pourtant, c'est relativement peu !

M. Alain Milon. Il faudrait savoir !

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 40 et 131 rectifié.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, l'article 51 est supprimé.

Articles additionnels après l'article 51

M. le président. L'amendement n° 100 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 51

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le 30 décembre 2012, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conditions d'amélioration du dispositif de retraite anticipée pour les travailleurs et fonctionnaires handicapés.

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

Mme Isabelle Pasquet. Par cet amendement, nous proposons que soit remis au Parlement un rapport sur les moyens à mettre en œuvre afin d'améliorer le dispositif de retraite anticipée pour les travailleurs et fonctionnaires handicapés.

L'article 97 de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites et l'article 4 du décret n° 2010-1734 du 30 décembre 2010 relatif à l'âge d'ouverture du droit à pension de retraite ont étendu le champ d'application du dispositif de retraite anticipée prévu en faveur des personnes handicapées.

Il existe donc aujourd'hui deux catégories de bénéficiaires : d'une part, ceux qui sont visés initialement par l'article L. 351-1-3 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire les personnes en situation de handicap qui se voient reconnaître une « incapacité permanente au moins égale à un taux fixé par décret », à savoir un taux d'incapacité de 80 % ; d'autre part, les nouveaux bénéficiaires auxquels est désormais ouvert le dispositif de retraite anticipée, c'est-à-dire les assurés qui justifient de la qualité de travailleur handicapé au sens de l'article L. 5213-1 du code du travail. Est ainsi considérée comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites à la suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique.

Cette absence de référence à un taux prédéfini constitue une nouveauté qui va dans le bon sens et que nous saluons, même si nous aurions préféré que la loi prévoie un départ anticipé et non une absence d'effet de certaines mesures pour les personnes en situation de handicap.

Pour autant, ce dispositif exclut de fait bon nombre de ces personnes en situation de handicap. Je pense notamment à celles qui ne remplissent ni le critère du taux d'incapacité de

80 % ni celui qui est fixé par l'article L. 5213-1 du code du travail. Il serait souhaitable de trouver un dispositif adapté à la situation de ces personnes-là, ce qui nécessite que nous nous penchions sur le sujet.

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

Mme Christiane Demontès, rapporteure. Cet amendement du groupe CRC est tout à fait intéressant. Il convient effectivement d'étudier de manière approfondie la situation des travailleurs et fonctionnaires handicapés au regard des nouvelles modalités de départ à la retraite.

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

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Le Gouvernement est défavorable à l'amendement n° 100 rectifié.

Malgré l'allongement de la durée d'activité par le report de l'âge de départ à la retraite décidé à l'occasion de la réforme de 2010, nous n'avons pas touché au seuil de cinquante-cinq ans qui s'applique aux travailleurs handicapés. Par ailleurs, nous avons amélioré leurs conditions de prise en charge.

Par conséquent, l'idée d'un rapport ne correspond pas à l'esprit de la loi.

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

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 51.

L'amendement n° 253, présenté par M. Teulade, Mmes Alquier, Archimbaud et Campion, MM. Carvounas et Cazeau, Mme Claireaux, M. Desessard, Mmes Duriez, Génisson et Ghali, MM. Godefroy, Jeannerot, Kerdraon, Labazée, Le Menn et J.C. Leroy, Mmes Meunier, Printz et Schillinger, M. Vergoz et les membres du groupe socialiste, apparentés et groupe Europe Écologie Les Verts rattaché, est ainsi libellé :

Après l'article 51

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le 31 mars 2012, le conseil d'orientation des retraites remet aux commissions compétentes de l'Assemblée nationale et du Sénat un rapport sur les conséquences sociales, économiques et financières du relèvement des deux bornes d'âge et les transferts des dépenses vers l'assurance maladie, l'invalidité, l'assurance chômage et vers les finances locales par le biais du revenu de solidarité active.

Afin de réaliser les travaux d'expertise nécessaires, le conseil fait appel en tant que de besoin aux administrations de l'État et aux organismes privés gérant un régime de base de sécurité sociale légalement obligatoire. Ce rapport est rendu public dès sa transmission aux commissions compétentes du Parlement.

La parole est à M. René Teulade.

M. René Teulade. Entre cinquante-cinq et soixante ans, près de la moitié des salariés sont sans emploi. La première conséquence du relèvement de l'âge de départ à la retraite, de soixante à soixante-deux ans, et de l'âge auquel la retraite est attribuée à taux plein, c'est-à-dire sans décote, qui a été

repoussé de soixante-cinq à soixante-sept ans, sera de laisser au chômage, au RSA ou sans rien, pendant un an, deux ans, voire plus, ceux qui sont déjà en grande difficulté.

M. Roland Courteau. Eh oui !

M. René Teulade. Ces mesures engendrent des économies immédiates de court terme pour la branche retraite, sans garantir dans la durée le rétablissement de l'équilibre financier. Mais elles provoqueront des transferts vers l'assurance chômage, l'invalidité et vers les finances des collectivités locales par le biais du RSA.

M. Roland Courteau. Et voilà !

M. René Teulade. Cet amendement prévoit qu'avant le 31 mars 2012 le Conseil d'orientation des retraites remet aux commissions compétentes de l'Assemblée nationale et du Sénat un rapport sur les conséquences sociales, économiques et financières du relèvement des deux bornes d'âge et les transferts des dépenses vers l'assurance maladie, l'invalidité, l'assurance chômage et vers les finances locales par le biais du RSA.

Afin de réaliser les travaux d'expertise nécessaires, le Conseil fait appel en tant que de besoin aux administrations de l'État et aux organismes privés gérant un régime de base de sécurité sociale légalement obligatoire. Ce rapport est rendu public dès sa transmission aux commissions compétentes du Parlement.

Pour terminer, je profite de la présentation de cet amendement pour critiquer fortement la mesure annoncée dans la presse – elle nous sera présentée dans les jours qui viennent – et relative au relèvement plus rapide que prévu de l'âge de départ à la retraite.

À peine votée – c'était il y a tout juste un an -, au mépris du rôle non seulement social mais aussi économique des retraités, la réforme des retraites est utilisée, une fois de plus, comme variable d'ajustement...

M. Roland Courteau. Encore une fois !

M. René Teulade. ... dans la politique de rigueur mise en place actuellement par le Gouvernement, et ce au mépris du monde syndical, dont j'ai entendu les représentants dans le cadre des travaux du COR : ils déplorent de ne pas avoir été consultés sur le relèvement accéléré de l'âge légal à soixante-deux ans.

Une telle situation traduit surtout une absence de dialogue, ce qui est particulièrement grave.

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

Mme Christiane Demontès, rapporteure. La commission considère, comme les auteurs de l'amendement, qu'il est nécessaire de procéder à une évaluation complète et objective des conséquences du relèvement des bornes d'âge.

Lorsqu'il y a un an, au moment du débat sur les retraites, nous nous sommes inquiétés de la situation des seniors, on nous a répondu qu'il suffirait de repousser l'horizon de leur départ en retraite pour qu'ils restent en situation d'activité...

Malheureusement, le chômage des plus de cinquante ans s'est aggravé au cours de la dernière année.

Le Gouvernement a évalué les conséquences mécaniques du relèvement des bornes d'âge sur les dépenses des régimes de retraite ; il a même tenu compte des mesures qui viennent d'être annoncées. Mais ses chiffres n'ont pas la même précision quand il s'agit de savoir comment évolueront les pensions et les taux de remplacement, ni surtout quelle sera la situation

de ceux de nos concitoyens qui sont dépourvus de revenu d'activité : ils devront attendre deux années supplémentaires la liquidation de leur pension de retraite !

Nous constatons d'ores et déjà que le Gouvernement, après quelques hésitations, a été contraint non seulement de proroger de deux années supplémentaires l'allocation équivalente retraite, l'AER, mais aussi, cet automne, de mettre en place une allocation transitoire de solidarité, l'ATS, d'ailleurs insuffisante, puisqu'elle concerne seulement les générations nées entre 1951 et 1953.

Nous pouvons donc craindre que les économies réalisées sur la branche vieillesse ne se traduisent par des coûts supplémentaires au titre des diverses prestations de solidarité et n'entraînent des suppléments de dépenses pour l'assurance chômage, compromettant ainsi le bouclage financier de la réforme des retraites.

Sur toutes ces questions, il est nécessaire d'obtenir des éclairages solides, qui tiennent compte des évolutions de la situation économique, car celles-ci infirment malheureusement les hypothèses optimistes retenues dans le cadre de la réforme de l'an dernier.

Le COR étant parfaitement qualifié pour conduire ce travail, la commission émet un avis favorable sur l'amendement n° 253.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. L'avis est défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 253.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 51.

Article 51 bis (nouveau)

Au premier alinéa de l'article L. 722-17 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « pouvant prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse » sont remplacés par les mots : « réunissant pas la durée minimale d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes mentionnée à l'article L. 732-25 ». – *(Adopté.)*

Article 51 ter (nouveau)

Après le *b* de l'article L. 732-39 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux deux premiers alinéas et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé, les personnes mentionnées à l'article L. 321-5 et au 2° de l'article L. 722-10 du présent code qui justifient des conditions fixées aux *a* et *b* du présent article peuvent cumuler leur pension de vieillesse non salariée agricole avec une activité professionnelle non salariée agricole exercée sur une exploitation ou entreprise agricole donnant lieu à assujettissement du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole. » – *(Adopté.)*

Article 51 quater (nouveau)

Au 2° de l'article L. 732-54-1 du code rural et de la pêche maritime, après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 732-18-3, ». – *(Adopté.)*

Article 51 quinquies (nouveau)

I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 353-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, ce minimum n'est pas applicable aux pensions de réversion issues d'une pension dont le montant est inférieur au minimum prévu à l'article L. 351-9. »

II. – Le présent article s'applique aux pensions de réversion prenant effet à compter du 1^{er} juillet 2012. – *(Adopté.)*

Article 51 sexies (nouveau)

Au premier alinéa de l'article L. 634-3-3 du code de la sécurité sociale, après la deuxième occurrence du mot : « décret », sont insérés les mots : « ou qu'ils bénéficiaient de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé mentionnée à l'article L. 5213-1 du code du travail ». – *(Adopté.)*

Article 51 septies (nouveau)

I. – L'article L. 816-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 816-1.* – Le présent titre est applicable aux personnes de nationalité étrangère qui répondent à l'une des conditions suivantes :

« 1° Être titulaire depuis au moins dix ans d'un titre de séjour autorisant à travailler ;

« 2° Être réfugié, apatride, avoir combattu pour la France ou bénéficier de la protection subsidiaire ;

« 3° Être ressortissant d'un État membre de l'Union européenne, d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, dans les conditions mentionnées à l'article L. 262-6 du code de l'action sociale et des familles. »

II. – Le présent article s'applique aux demandes déposées postérieurement à la publication de la présente loi.

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

L'amendement n° 41 est présenté par Mme Demontès, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 132 rectifié est présenté par Mmes Cohen et David, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 139 est présenté par M. Caffet, au nom de la commission des finances.

L'amendement n° 301 est présenté par Mme Escoffier et M. Collombat.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Christiane Demontès, rapporteure, pour présenter l'amendement n° 41.

Mme Christiane Demontès, rapporteure. En réponse à des amendements visant à purement et simplement priver les étrangers non communautaires résidant en France de l'accès au minimum vieillesse, le Gouvernement a fait adopter par l'Assemblée nationale l'article 51 *septies*, qui soumet ces étrangers à des conditions d'attribution plus restrictives.

L'allocation de solidarité aux personnes âgées, l'ASPA, ne serait ainsi plus accordée aux étrangers non communautaires que dans le cas où ils possèdent depuis plus de dix ans – contre cinq ans aujourd'hui – un titre de séjour les autorisant à travailler en France; la même exigence s'appliquerait aux titulaires de la carte de résident.

Contrairement au Gouvernement et à ceux qui l'ont inspiré, nous ne pensons pas que l'ASPA, d'un montant de 742 euros par mois pour une personne seule et de 1 181 euros par mois lorsque les deux membres du couple en bénéficient, provoque un flux d'immigration vers notre pays. C'était l'un des arguments avancés.

Les nouvelles conditions imposées par l'article 51 *septies*, s'il entrerait en vigueur, ne feraient qu'accentuer les difficultés des personnes âgées qui résident régulièrement en France depuis plusieurs années et qui ont apporté leur force de travail à notre pays.

Pour toutes ces raisons, nous vous proposons de supprimer cet article.

M. le président. La parole est à M. Dominique Watrin, pour présenter l'amendement n° 132 rectifié.

M. Dominique Watrin. Comme le précédent, l'amendement n° 132 rectifié vise à supprimer l'article 51 *septies*, issu d'une initiative de soixante-sept députés de la majorité gouvernementale.

Les auteurs de l'amendement dont cet article est issu tirent argument d'une augmentation de 20 % en cinq ans du coût de l'ASPA. Dans leur exposé des motifs, ils font valoir que, sur 70 930 allocataires, 22 803 sont des ressortissants étrangers hors espace économique européen.

La ficelle est un peu grosse: les coûts augmenteraient à cause du nombre trop important de bénéficiaires étrangers... Ce discours en rappelle d'autres, que nous étions plus habitués à entendre à l'extrême droite!

Cette analyse stigmatisante ignore plusieurs réalités.

Tout d'abord, l'ASPA n'est pas exportable: autrement dit, ses bénéficiaires vivent durablement sur le territoire national. Sa vocation première – permettre aux personnes âgées n'ayant pas cotisé suffisamment de vivre dignement dans notre pays – est donc parfaitement respectée, en l'état actuel des choses.

Surtout, on prétend faire supporter par les personnes âgées étrangères non ressortissantes de l'Union européenne une responsabilité qu'elles n'ont pas à assumer, elles qui sont les victimes d'une situation économique dégradée: le sous-emploi d'une partie toujours plus grande de nos concitoyens, nationaux ou non, les expose à des durées de travail partielles, donc à des périodes incomplètes de cotisation.

En plus donc d'être stigmatisant, l'article 51 *septies* fait supporter par les retraités les conséquences de la précarisation du travail.

Je rappelle enfin que si les dépenses liées à l'ASPA ont bien augmenté de 20 %, c'est principalement du fait de la revalorisation de 25 % du montant de cette prestation – une promesse de Nicolas Sarkozy qui, pour une fois, a été tenue...

Cette revalorisation était nécessaire. La droite, y compris celle qui se prétend « populaire », ne peut pas en prendre prétexte pour diminuer le nombre des bénéficiaires!

M. le président. La parole est à M. le rapporteur pour avis, pour présenter l'amendement n° 139.

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. À cette heure tardive, je me contenterai de dire que l'amendement adopté par la commission des finances est identique à celui qui a été présenté par Mme Demontès au nom de la commission des affaires sociales et que nos motivations sont tout à fait similaires à celles que les deux précédents orateurs viennent d'exposer.

M. le président. La parole est à Mme Anne-Marie Escoffier, pour présenter l'amendement n° 301.

Mme Anne-Marie Escoffier. J'ajoute ma voix au concert de nos collègues qui viennent de s'exprimer.

Nos échanges me rappellent d'autres débats, notamment ceux qui ont accompagné le durcissement de toutes les lois qui concernent les étrangers. C'est la raison pour laquelle je ne peux pas soutenir l'article 51 *septies*.

De surcroît, je ne comprends pas pourquoi l'obligation de résidence serait portée à dix ans, alors que la condition est seulement de cinq ans lorsqu'il s'agit de nationalité...

J'ajoute qu'une catégorie d'étrangers me semble avoir été complètement oubliée: celle des demandeurs d'asile. On ne sait jamais où en sont ces personnes, qui ne bénéficient d'aucune sorte de droit... Il me semble qu'il y a là une véritable lacune.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur ces quatre amendements identiques?

M. Xavier Bertrand, ministre. L'avis est défavorable.

Je trouve particulièrement intéressant de constater de nouveau que vous aurez beau accumuler les arguties, ce débat se résume une nouvelle fois à ceci: nous proposons une modification qui, sans priver les bénéficiaires de leurs droits, permet de faire des économies; et vous n'en voulez pas!

Il s'agit d'une différence fondamentale entre les propositions du Gouvernement et de sa majorité parlementaire et celles de l'opposition et de la majorité sénatoriale.

Les choses doivent être claires; elles le sont ce soir. Vous vous expliquerez avec les Français, qui veulent préserver leur modèle social mais savent que cela suppose des économies.

Sur un sujet comme celui-ci, nous pouvons et nous devons faire ces économies. Mais vous vous y refusez! (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste-EELV.*)

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

M. Marc Laménie. D'une certaine manière, l'article 51 *septies* vise à corriger une inégalité au sein de la population étrangère éligible à l'ASPA.

Les étrangers non communautaires sont éligibles à l'ASPA s'ils remplissent les conditions d'âge et de ressources, résident en France de façon stable et régulière plus de six mois par année civile et sont en situation régulière sur le territoire national. Ils doivent en outre justifier de la détention, depuis au moins cinq ans, d'un titre de séjour les autorisant à travailler.

L'ASPA est une prestation à vocation sociale non contributive. À ce titre, elle ne peut faire l'objet d'une discrimination fondée sur la seule nationalité.

Or, dans certains cas, elle peut être attribuée à des étrangers non communautaires sans que ceux-ci aient à justifier d'un séjour en situation régulière depuis au moins cinq ans ; c'est notamment le cas pour les bénéficiaires du regroupement familial, qui sont éligibles immédiatement.

Cette situation, inégalitaire par rapport à celle des autres étrangers, n'est pas justifiée.

Il est utile que le versement de l'ASPA aux personnes âgées soit réglementé de manière plus juste : c'est précisément, comme l'a rappelé M. le ministre, l'objet de l'article 51 *septies*.

Cet article a pour effet de déconnecter l'ASPA de la détention d'une carte de résident. Il instaure une égalité de traitement entre tous les étrangers non communautaires, qui seront tous ainsi soumis à la condition de résidence préalable de droit commun pour bénéficier de l'ASPA.

Il ne s'agit absolument pas de remettre en cause l'accueil des étrangers en France de façon régulière, ni la garantie d'un niveau de vie décent dans notre pays, mais il convient de faire en sorte que l'on ne puisse pas immédiatement bénéficier de la solidarité nationale sans aucune contrepartie.

Afin d'offrir une stabilité juridique devenue indispensable, l'article 51 *septies* porte en outre la condition de résidence de cinq à dix ans : désormais, tous les étrangers, à l'exception des réfugiés et des apatrides, devront prouver, pour avoir droit à l'ASPA, qu'ils résident en France de manière régulière depuis dix ans.

Le relèvement de la condition de résidence de droit commun prouve que personne n'est stigmatisé. Bien au contraire : il s'agit d'apporter des garanties pour que ce système puisse perdurer.

J'ajoute que cet article s'appliquera seulement aux demandes nouvelles.

Pour toutes ces raisons, mes collègues du groupe UMP et moi-même voterons contre ces amendements de suppression.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 41, 132 rectifié, 139 et 301.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, l'article 51 *septies* est supprimé.

Article 52

Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 210,5 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 110,7 milliards d'euros.

M. le président. La parole est à Mme Christiane Demontès, rapporteure.

Mme Christiane Demontès, rapporteure. Comme elle l'a fait pour ceux de la branche maladie, la commission des affaires sociales demande au Sénat de rejeter les objectifs de dépenses de la branche vieillesse.

La réforme des retraites adoptée l'an passé se caractérise par ses effets injustes sur les catégories les moins favorisées : les assurés aux parcours professionnels discontinus, en premier lieu les femmes, les seniors privés d'emploi et les salariés aux conditions de travail les plus pénibles.

Le retour à l'équilibre n'est pourtant nullement assuré, contrairement à ce qu'affirme le Gouvernement. D'ores et déjà, nous savons que les transferts escomptés de l'assurance chômage vers l'assurance vieillesse sont compromis – nous le voyons malheureusement chaque mois avec l'augmentation du chômage...

Par ailleurs, certains déficits ne sont pas traités, en premier lieu le déficit du régime des exploitants agricoles.

Nous vous demandons donc de rejeter l'article 52.

M. le président. Je mets aux voix l'article 52.

(L'article 52 n'est pas adopté.)

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses des accidents de travail et de maladies professionnelles

Article 53

Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2012, à 790 millions d'euros.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur.

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les accidents du travail et maladies professionnelles. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, cet article fixe le montant de la compensation par la branche AT-MP à l'assurance maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. L'article 40 de la Constitution nous empêche d'en augmenter le montant. Ce n'est pourtant pas l'envie qui nous en manque !

Par rapport à l'année dernière, monsieur le ministre, vous augmentez cette compensation de 80 millions d'euros. C'est nécessaire, mais nous pensons que c'est encore en deçà de la réalité des besoins.

Si l'on regarde quelques années en arrière, force est de constater que la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles ne cesse d'augmenter, en dépit de quinze années d'actions consacrées à la juguler : en 1997, son montant estimé était de 135 millions en équivalent euros ; aujourd'hui, la commission Diricq estime, dans son dernier rapport, que la sous-déclaration pourrait représenter jusqu'à 1,1 milliard d'euros de dépenses. Certes, entre-temps, le périmètre considéré a évolué, mais le problème demeure aigu et, surtout, les causes sont toujours les mêmes : certaines victimes ne connaissent pas leurs droits et certains employeurs font pression pour que des accidents ou maladies d'origine professionnelle ne soient pas déclarés ou reconnus comme tels.

Par ailleurs, plus de la moitié de la sous-déclaration, telle qu'elle est évaluée par la commission Diricq, concerne des cas de cancers d'origine professionnelle, plus particulièrement ceux qui sont liés à l'amiante. Il est insupportable que ces maladies ne soient pas prises en charge par la branche.

Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, le FIVA, mène, de son côté, une action déterminée pour l'indemnisation des victimes de mésothéliomes. Mais qu'en est-il de la branche ?

Monsieur le ministre, quelles actions envisagez-vous, au-delà de ce que recommande la commission Diricq, pour mettre fin à cette situation ? J'espère que vous pourrez nous donner quelques éléments de réponse. Je rappelle que c'est l'une des raisons pour lesquelles la Cour des comptes a refusé de certifier les comptes de la branche accidents du travail et maladies professionnelles.

Nous devons faire un effort particulier pour résoudre ce problème, car cette situation ne saurait perdurer. Le phénomène de sous-déclaration s'accroît en effet sans cesse. Il nous faut donc absolument veiller à ce que les déclarations soient établies correctement, par les services hospitaliers comme par les médecins libéraux, et que toutes les cotisations des entreprises soient effectivement perçues.

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

Mme Jacqueline Alquier. Au cours de cette intervention, je n'hésiterai pas à reprendre quelques-uns des arguments que vient d'exposer M. le rapporteur, car répéter, c'est se donner une chance supplémentaire d'être entendu...

Cet article prévoit donc, à la charge de la branche AT-MP, une compensation de 790 millions d'euros à l'assurance maladie, au titre de la sous-déclaration et de la sous-reconnaissance des accidents du travail et maladies professionnelles.

Nous tenons à dénoncer un manque flagrant de volonté politique de la part du Gouvernement en la matière. En effet, le montant estimé de la sous-déclaration et de la sous-reconnaissance est en augmentation constante depuis 1997. Si ce problème demeure, c'est parce que les causes, bien qu'identifiées, sont toujours aussi présentes, et même aggravées dans le contexte de fort chômage que nous connaissons.

On exige des salariés une productivité maximale, alors que les consignes de sécurité sont souvent moins bien indiquées et moins bien suivies.

Le problème est particulièrement dramatique pour les travailleurs précaires, salariés en contrat à durée déterminée ou en intérim, prestataires de service de tous ordres, qui n'ont pas accès, la plupart du temps, aux services de prévention ou de santé des grandes entreprises. Ils sont pourtant chargés d'effectuer, en général, les tâches les plus dures et les plus dangereuses, sans qu'ils aient véritablement pu suivre une formation professionnelle à la sécurité.

Il est avéré que la précarité est un facteur supplémentaire de risque professionnel.

La prévention est insuffisante à cause d'un réel manque de moyens.

La branche accidents du travail et maladies professionnelles a signé une centaine de protocoles de prévention avec des services de santé au travail. Or il n'a pas été envisagé, dans la récente réforme de la médecine du travail, de mesures permettant de résoudre le problème de la pénurie des médecins du travail. Cette réforme a en revanche maintenu la prééminence des organisations patronales au sein des services de santé, portant ainsi atteinte à l'indépendance des médecins de ces services. En outre, elle autorise des dérogations pour le suivi de certaines catégories de salariés, encore une fois ceux qui sont les plus fragiles, parce qu'ils sont les plus précaires.

Les procédures de reconnaissance des maladies professionnelles sont longues et souvent compliquées ; les salariés manquent d'informations et subissent souvent des pressions de la part des employeurs.

La commission Diricq note également, dans son rapport, que certains employeurs dissimulent des accidents du travail, car ils craignent d'afficher des taux de sinistralité qui induiraient une augmentation de leurs cotisations à la branche AT-MP. Par ailleurs, il arrive que des pathologies émergentes ou mal connues ne figurent pas sur les tableaux des maladies professionnelles.

Tous ces facteurs participent à la récurrence des phénomènes de sous-déclaration et de sous-reconnaissance qui rendent nécessaire le versement d'une compensation à l'assurance maladie.

Plutôt que d'entériner ce constat, année après année, le Gouvernement ne pourrait-il pas responsabiliser les employeurs par des mesures fortes et justes, qui les inciteraient réellement à prévenir les pathologies professionnelles et à assumer l'indemnisation des victimes du travail ?

Les mesures actuelles ne témoignent pas de cette volonté et sont, trop souvent, de pur principe et d'affichage. La santé au travail n'est manifestement la priorité ni des employeurs ni du Gouvernement. (*M. Alain Milon proteste.*)

Dans ce contexte, les préconisations de la commission Diricq nous semblent aller globalement dans le bon sens. Nous serons attentifs à leur mise en œuvre.

Le groupe socialiste s'abstiendra sur cet article, afin de ne pas priver l'assurance maladie de la compensation à laquelle elle a droit, même si le montant proposé se situe plutôt dans la fourchette basse des estimations de la commission. Celle-ci considère en effet que le coût de la sous-déclaration pourrait atteindre 1,110 milliard d'euros.

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

Mme Annie David. Comme l'ont rappelé le rapporteur et Jacqueline Alquier, cet article fixe le montant de la compensation versée à la branche maladie par la branche AT-MP au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Dans son rapport, Jean-Pierre Godefroy souligne, par ailleurs, que « la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles apparaît de plus en plus importante ».

Si une part minime de cette sous-déclaration peut être le fait de salariés qui oublient de déclarer leurs accidents ou maladies liés au travail, elle est d'abord, et avant tout, le fait des employeurs qui rechignent à déclarer les accidents du travail, afin de réduire le taux de sinistralité.

L'Humanité a récemment révélé que la société Bouygues avait volontairement tenté de réduire le véritable chiffre des accidents du travail sur le chantier de l'EPR de Flamanville.

En avril, l'Autorité de sûreté nucléaire, l'ASN, avait indiqué qu'elle enquêtait sur une sous-déclaration du nombre d'accidents du travail sur ce chantier ; un accident sur quatre ne serait ainsi pas déclaré. L'ASN déclarait, dans un procès-verbal : « Le fait que cette démarche ait été intentionnelle et se soit répétée alors même que ces sociétés avaient pleinement connaissance de l'obligation de déclarer tout accident démontre l'intention d'éluder l'information de l'inspecteur du travail et donc de détourner la surveillance ».

Certes, tous les employeurs ne méconnaissent pas leurs obligations légales dans les mêmes proportions. Il n'en demeure pas moins que la sous-déclaration est massive, notamment pour ce qui concerne les cancers professionnels.

Cette réalité, monsieur le ministre, le gouvernement auquel vous appartenez semble la méconnaître lorsqu'il propose, dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, une compensation très inférieure au coût de la sous-déclaration tel qu'il est évalué dans le rapport Diricq, soit 1,1 milliard d'euros, pour la fourchette haute retenue par les auteurs du rapport.

Il est temps, comme le rappelle la Fédération nationale des accidentés du travail et handicapés, la FNATH, que les salariés, y compris ceux qui sont victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, cessent de payer pour les employeurs. C'est parce que ces derniers sont responsables de l'état de santé des salariés qu'ils sont les seuls cotisants à cette branche.

Or, en refusant d'assurer à la branche maladie la compensation intégrale des sommes qu'elle engage pour les salariés victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, vous socialisez le financement des soins qui leur sont prodigués, monsieur le ministre. Vous faites supporter par les salariés une partie des dépenses liées à ces accidents et à ces maladies, alors que les employeurs devraient être les seuls financeurs.

Pour éviter cette situation, et en attendant que des mesures plus efficaces soient prises pour contraindre les employeurs à respecter la santé des salariés, nous n'avons qu'une solution : augmenter le montant de la compensation. Mon groupe avait ainsi déposé un amendement visant à porter le montant de la compensation de 790 millions d'euros à 1,105 milliard d'euros, conformément aux préconisations de la commission Diricq, mais l'amendement a été déclaré irrecevable par la commission des finances.

Comme il ne peut ni voter contre l'article 53, au risque de priver l'assurance maladie de cette compensation, ni augmenter le montant prévu, le groupe CRC s'abstiendra.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur.

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. Les membres de la commission ont décidé, dans leur majorité, de s'abstenir lors du vote de cet article afin, comme vient de l'expliquer notre collègue Annie David, par ailleurs présidente de la commission des affaires sociales, de ne pas priver l'assurance maladie de 790 millions d'euros de recettes.

Il conviendra, à l'avenir, de se pencher sérieusement sur les comptes de la branche AT-MP. L'an prochain, la Cour des comptes se prononcera de nouveau sur le sujet, et nous ne pouvons pas savoir ce qu'il en sera alors. Nous devons, quoi qu'il en soit, y voir beaucoup plus clair !

J'ajoute, en remettant ma casquette d'élu local, qu'il est déplorable de constater, sur un chantier aussi important et emblématique que celui de l'EPR de Flamanville, un tel taux de sous-déclaration et des conditions de travail aussi déplorables.

M. Alain Milon. Arrêtez l'EPR ! (*Sourires.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 53.

(*L'article 53 est adopté.*)

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Je souhaite rappeler aux trois orateurs qui viennent de s'exprimer, et plus particulièrement à M. Godefroy, que la France arrive en tête des pays européens pour la reconnaissance des cancers professionnels liés à l'amiante, devant l'Allemagne.

J'ai pris, avec Nathalie Kosciusko-Morizet, de nouvelles dispositions visant à rendre notre pays encore plus exemplaire en matière de prise en compte des accidents du travail et des maladies professionnelles, et de protection des salariés. En tant que ministre de la santé, je considère que nous devons renforcer notre efficacité en la matière. C'est pourquoi nous étudions actuellement, en particulier dans le cadre du plan cancer 2009-2013, les moyens d'améliorer le dépistage et la prise en charge de ces cancers.

Bien que nous soyons les plus avancés en Europe à cet égard, nous ne sommes pas quittes pour autant, et nous devons encore progresser, mesdames, messieurs les sénateurs.

Articles additionnels après l'article 53

M. le président. L'amendement n° 42, présenté par M. Godefroy, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'article 53

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La première phrase du premier alinéa est ainsi rédigée :

« Indépendamment de la majoration de rente qu'elle reçoit en vertu de l'article L. 452-2, la victime a le droit de demander à l'employeur devant la juridiction de sécurité sociale la réparation intégrale de ses préjudices. » ;

2° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les ayants droit de la victime mentionnés à l'article L. 434-7 ainsi que les ascendants et descendants et les ayants droit au sens du droit civil qui n'ont pas droit à une rente en vertu desdits articles ont droit à réparation intégrale des préjudices subis. » ;

3° Au deuxième alinéa, les mots : « du préjudice moral » sont remplacés par les mots : « intégrale des préjudices subis » ;

4° Le dernier alinéa est supprimé.

La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur.

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. Le Conseil constitutionnel s'est prononcé, le 18 juin 2010, à l'occasion d'une question prioritaire de constitutionnalité, sur la conformité à la Constitution du régime de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

La décision *Époux L.* est la première comportant des réserves d'interprétation sur des dispositions en vigueur. Le Conseil a en effet jugé que le principe de responsabilité découlant de l'article IV de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 interdit de restreindre de façon disproportionnée le droit d'indemnisation des victimes.

Ainsi, l'ensemble des dommages non couverts par les dispositions spécifiques relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles doit pouvoir être indemnisé en cas de faute inexcusable de l'employeur.

Il résulte de cette décision que sont contraires à la Constitution les dispositions limitatives de l'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale, qui énumère la liste des préjudices indemnisables dont la victime peut demander réparation dans ce cas.

Nous cherchons, par cet amendement, à conduire à son terme la logique de cette décision du Conseil constitutionnel. Nous demandons en effet que la victime d'une faute inexcusable soit indemnisée intégralement de son préjudice par l'employeur.

Nous savons, monsieur le ministre, que des travaux sont en cours sur cette question. Peut-être pourrez-vous nous en dire plus? Nous pensons, pour notre part, que nous pouvons et devons progresser dès aujourd'hui.

Notre amendement, monsieur le ministre, souffre néanmoins d'un défaut que j'admets volontiers: en effet, pour ne pas tomber sous le coup de l'article 40 de la Constitution, nous avons été contraints de supprimer le dernier alinéa de l'article L. 452-3, qui prévoit que la branche fait l'avance des sommes dues aux victimes et se retourne ensuite contre l'employeur. C'est là un point central pour les victimes qui, ainsi, n'ont pas à engager de contentieux.

Aussi, monsieur le ministre, en espérant obtenir votre accord, nous vous demandons de bien vouloir supprimer le quatrième alinéa de notre amendement et donc de rétablir le dernier alinéa de l'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale. En effet, dans le cadre des règles constitutionnelles qui s'imposent à nous, vous seul avez le pouvoir de rétablir l'avance par les caisses de la branche.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Le Gouvernement serait tenté de demander le retrait de l'amendement n° 42 pour une simple et bonne raison: les partenaires sociaux adhèrent aux principes que nous avons retenus, avec notamment la désignation d'une personnalité qualifiée. Il s'agit de Mme Rolande Ruellan, ancienne présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes, qui va associer l'ensemble des acteurs concernés à ses travaux.

Il s'agit donc bien d'une démarche participative, dans laquelle chacun se reconnaît. Sauf erreur de ma part, l'adoption de cet amendement poserait problème au regard de cette démarche.

Le Gouvernement aurait préféré que l'amendement soit retiré et, en tous les cas, émettra un avis défavorable si l'amendement est maintenu.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur.

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. Nous prenons acte des éléments que vous portez à notre connaissance, monsieur le ministre. Il faut donc que les victimes attendent...

M. Alain Milon. Comme les enfants sourds! (*Murmures sur plusieurs travées.*)

Mme Muguet Dini. Très bien!

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. ... malgré la décision du Conseil constitutionnel.

Or, vous l'imaginez bien, dans le cas d'accidents de cette nature, l'attente est très préjudiciable. Bien sûr, nous l'admettons, la situation est complexe et il faut tenir compte de l'avis des partenaires sociaux.

Mme Annie David, présidente de la commission des affaires sociales. Exact!

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. Cela étant, je vous ai souvent entendu dire, monsieur le ministre – sans doute à juste titre – que si, à un moment donné, les partenaires sociaux ne parviennent pas à s'entendre, il faut prendre ses responsabilités.

Eh bien, mes chers collègues, je vous invite à appliquer la jurisprudence Bertrand (*Sourires.*), comme je l'ai déjà fait cette après-midi.

Le rapport de Mme Ruellan aura bien sûr toute son importance, car l'indemnisation des victimes du travail ne peut rester sans lien avec l'évolution de la responsabilité civile en général.

Monsieur le ministre, au regard de votre avis défavorable, je préfère retirer l'amendement n° 42. En effet, son adoption risquerait d'empêcher toute avance par la branche, ce qui serait extrêmement préjudiciable aux victimes. Or notre but n'est évidemment pas de nuire aux victimes, mais bien de leur apporter une plus grande satisfaction!

Mme Jacqueline Alquier. Nous suivons notre rapporteur!

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. En conséquence, je retire l'amendement n° 42, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 42 est retiré.

L'amendement n° 43, présenté par M. Godefroy, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé:

Après l'article 53

Insérer un article additionnel ainsi rédigé:

Après l'article L. 452-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 452-6 ainsi rédigé:

« Art. L. 452-6. - Les dispositions des articles L. 452-1 à L. 452-5 sont applicables, dans des conditions définies par voie réglementaire, aux salariés mentionnés au 8° de l'article L. 412-8. »

La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur.

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. Quoique différent, cet amendement répond à la même logique que le précédent.

Le régime de sécurité sociale des gens de mer est défini par le décret-loi du 17 juin 1938, relatif à la réorganisation et à l'unification du régime d'assurance des marins. En application de ce texte, les marins victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle bénéficient de prestations en nature permettant la prise en charge de leurs frais médicaux ainsi que le versement d'une indemnité journalière forfaitaire qui n'est cependant pas accordée si l'accident ou la maladie professionnelle résulte d'un fait intentionnel de l'intéressé.

Par ailleurs, le même décret-loi prévoit que la victime peut obtenir par voie contentieuse – j'insiste sur ce point – une réparation intégrale de ses préjudices si l'accident du travail ou la maladie professionnelle résulte de la faute d'un tiers. Mais le décret exclut expressément cette possibilité lorsque l'accident ou la maladie provient d'une faute inexcusable de l'employeur.

Dès lors, le dispositif de réparation complémentaire, voire intégrale en cas de faute intentionnelle, prévu par les articles L. 452-1 et suivants du code de la sécurité sociale, et dont bénéficient tous les autres salariés, ne s'applique pas aux marins de l'Établissement national des invalides de la marine, l'ENIM. Il s'agit, je le rappelle, du plus vieil établissement de solidarité en France, qui fut créé par Colbert !

Dans sa décision n° 2011-127 QPC du 6 mai 2011, le Conseil constitutionnel a clairement affirmé – toujours en conséquence de l'article IV de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen – que les marins ressortissants au régime de l'ENIM ne pouvaient être privés du complément d'indemnisation lié à une faute inexcusable de leur employeur.

L'article 20 du décret-loi précité est donc anticonstitutionnel.

Certes, monsieur le ministre, la décision du Conseil constitutionnel produit tous ses effets en jurisprudence, puisque la Cour de cassation a ouvert aux gens de mer le bénéfice de l'indemnisation prévue au titre 4 du code de la sécurité sociale. Il nous paraît cependant important, pour la clarté du droit, qu'elle figure dans le code de la sécurité sociale : tel est l'objet de cet amendement.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Défavorable !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 43.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 53.

L'amendement n° 103 rectifié, présenté par Mmes David et Cohen, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 53

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport sur les conditions d'application par les tribunaux de la décision n° 2010-8 QPC du Conseil constitutionnel du 18 juin 2010 et proposant des modifications législatives garantissant l'automatisme, la rapidité et la sécurité de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

Mme Isabelle Pasquet. Monsieur le ministre, comme vous le savez, le 18 juin 2010, le Conseil constitutionnel a rendu une décision capitale en matière d'indemnisation des accidentés du travail.

Pour mémoire, le Conseil constitutionnel a été saisi par la Cour de cassation, le 10 mai 2010, dans les conditions prévues par l'article 61-1 de la Constitution, d'une question prioritaire de constitutionnalité. Cette question était relative à la conformité aux droits et libertés que la Constitution garantit des dispositions portant sur le régime d'indemnisation des accidents du travail et maladies professionnelles.

Si le Conseil a considéré que le régime était conforme à la Constitution, il a émis une réserve, et de taille, sur l'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale. En effet, il considère que la loi ne peut faire obstacle à ce que les victimes puissent demander à l'employeur, devant les juridictions de la

sécurité sociale, réparation de l'ensemble des dommages non couverts par le livre 4 du code de la sécurité sociale, dès lors que la faute inexcusable de l'employeur est prouvée.

La situation est claire. Pourtant, de nombreuses juridictions semblent méconnaître cette décision ou l'appliquent de manière erronée, les désaccords portant principalement sur la question des dommages couverts par le livre 4 du code de la sécurité sociale, sous peine de conséquences dramatiques pour les victimes. Ainsi, dès lors qu'un poste de préjudice est au moins partiellement indemnisé, certains tribunaux considèrent que l'employeur ne méconnaît pas ses obligations légales en termes de réparation.

Je citerai l'exemple évoqué par ma collègue Jacqueline Fraysse et au sujet duquel vous ne vous êtes pas exprimé, monsieur le ministre.

En mai 2009, le tribunal de grande instance de Niort allouait à une victime paraplégique une somme totale de 653 153 euros au titre des besoins en tierce personne. Sachant que le montant de la majoration pour tierce personne versée par la caisse n'est que de 125 260 euros, la victime aurait été privée, si elle n'avait pu se prévaloir de la réparation intégrale, d'une indemnisation complémentaire de près de 530 000 euros, somme qui couvre ses besoins réels en la matière.

Bien entendu, les tribunaux conservent une certaine liberté d'appréciation. Toutefois, celle-ci ne doit pas être source de ruptures d'égalité. Afin d'éviter de semblables situations, un rapport portant sur les conditions d'application par les tribunaux de la décision n° 2010-8 QPC du Conseil constitutionnel du 18 juin 2010 et contenant des pistes de propositions nous semble tout à fait opportun.

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

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. Pour symbolique qu'elle soit, la date du 18 juin serait difficile à tenir, compte tenu du calendrier électoral... *(Sourires.)*

Madame Pasquet, sur le fond, nous avons le même objectif, et vous noterez d'ailleurs que les amendements de la commission cherchent à obtenir dès à présent l'indemnité intégrale en cas de faute inexcusable de l'employeur.

À l'Assemblée nationale, deux propositions de loi ont été déposées, l'une par M. Vidalies, l'autre par M. Cousin, reprenant d'ailleurs un texte de Mme Montchamp, tendant à permettre l'indemnisation intégrale. J'ose espérer que ces propositions de loi seront transmises assez rapidement au Sénat.

Nous savons par ailleurs que des travaux sont en cours au sein du ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Quoi qu'il en soit, il est nécessaire que le débat progresse, chacun en est conscient dans cet hémicycle.

Il convient certes de limiter la production de rapports. Toutefois, en l'espèce, il s'agit du seul moyen permettant de faire avancer le débat. C'est la raison pour laquelle la commission émet un avis de sagesse sur l'amendement n° 103 rectifié.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Avis défavorable. En effet, toujours dans la logique de la commission Ruellan, il s'agit de ne pas contrecarrer les efforts entrepris.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 103 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 53.

L'amendement n° 104 rectifié *bis*, présenté par Mmes David et Cohen, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 53

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans l'objectif de réduire la sous-déclaration des maladies professionnelles, de mieux prévenir et réparer toutes les atteintes à la santé des salariés, y compris les atteintes à la santé mentale, le Gouvernement lance une réflexion d'ensemble sur l'évolution des tableaux de maladies professionnelles ainsi que sur les conditions d'accès au système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles. Les conclusions de cette étude font l'objet d'un rapport déposé devant le Parlement avant le 30 septembre 2012.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Le rapport portant sur la sous-déclaration des accidents du travail préconisait en 2005 de revoir le tableau 57 « Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail », qui traite notamment des troubles musculo-squelettiques, ces TMS qui représentent entre 75 % et 80 % des maladies professionnelles reconnues.

En octobre dernier, ce document a fait l'objet d'une révision dont certains éléments sont des plus inquiétants.

En effet, il semblerait qu'au total cette révision ne contribue pas à une meilleure reconnaissance des TMS mais puisse au contraire en diminuer artificiellement le nombre : de fait, une partie de ces TMS pourraient ne plus être reconnus comme étant d'origine professionnelle.

Monsieur le ministre, vous avez tout d'abord obligé les victimes à objectiver leurs TMS en recourant à une IRM. Elles seront ainsi contraintes de réaliser un tel examen et à consulter des médecins spécialistes en secteur 2, lesquels ne sont pas toujours enclins à signer des certificats médicaux.

Mais surtout, pour voir sa pathologie inscrite sur la liste des maladies professionnelles, le salarié devra démontrer que son activité relève de la liste des métiers engendrant des TMS, et qu'il a été exposé pendant un temps certain à des postures néfastes pour sa santé.

En outre, le système complémentaire d'indemnisation des maladies professionnelles reste encore trop restreint. Il faut, d'une part, présenter un taux d'incapacité supérieur ou égal à 25 % et, d'autre part, prouver le lien entre la maladie et les conditions de travail. Ces deux conditions cumulatives tendent à rendre l'accès à ce dispositif impossible dans la mesure où – tous les médecins du travail vous le confirmeront – il est impossible d'atteindre ce seuil avec des TMS.

Ne pouvant influencer directement ni sur le tableau des maladies professionnelles ni sur les conditions d'accès au système complémentaire d'indemnisation des maladies professionnelles, nous proposons donc la remise d'un rapport au Parlement sur ces deux sujets, afin de permettre à tous les salariés concernés d'accéder à une juste reconnaissance de leur situation.

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

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. Cet amendement soulève un problème fondamental. En effet, la réflexion sur les tableaux dure depuis trop longtemps, et il est grand temps d'avancer.

J'avais émis quelques réserves sur la date initiale du 30 juin 2012, trop proche, du fait de la tâche qui sera la nôtre et celle de tous les Français au cours du premier semestre de l'année prochaine. L'échéance ayant été repoussée à septembre 2012, ce qui nous permettra – condition indispensable – de disposer de ces données avant le prochain PLFSS, la commission émet un avis favorable.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Avis défavorable : nous disposons déjà de nombreux tableaux et renseignements. Je ne perçois donc pas le bien-fondé d'un tel rapport.

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Alquier, pour explication de vote.

Mme Jacqueline Alquier. La question de la reconnaissance des maladies professionnelles est complexe et récurrente, pour des raisons scientifiques, d'abord. Que ce soit du fait de la non-déclaration volontaire ou d'une négligence, il faut reconnaître qu'il n'est pas toujours facile de déterminer la cause précise d'une affection, qui peut d'ailleurs être multifactorielle. Il en résulte un désordre certain dans les taux de reconnaissance entre les caisses.

La réglementation est elle-même source de difficultés. Les avancées technologiques, les modifications des processus de production, la création de nouveaux produits conduisent à l'apparition de pathologies qui ne sont pas intégrées dans les tableaux relatifs aux maladies professionnelles dans un délai suffisamment rapide après leur apparition. Il est donc indispensable, comme l'ont dit les orateurs précédents, d'avancer à la fois sur la mise à jour des tableaux et sur la procédure de reconnaissance.

Je soutiens par conséquent l'amendement n° 104 rectifié *bis*.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 104 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 53.

L'amendement n° 105 rectifié, présenté par Mmes David et Cohen, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 53

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La dernière phrase du troisième alinéa du II de l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est complétée par les mots : « de l'ordre judiciaire ».

La parole est à M. Dominique Watrin.

M. Dominique Watrin. Cet amendement concerne le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, le FIVA, et plus spécifiquement la présidence de son conseil d'administration.

Voilà quelques mois, le Gouvernement avait envisagé de faire présider le conseil d'administration de ce fonds, dont la mission est d'assurer une réparation intégrale et rapide du préjudice subi par les victimes de l'amiante, par un magistrat de l'ordre administratif et non par un magistrat issu de la Cour de cassation, donc de l'ordre judiciaire. Si à l'avenir ce

fonds devait être présidé par un juge administratif ou par un conseiller d'État, des suspicions sur son indépendance naîtraient nécessairement dans la mesure où les magistrats de l'ordre administratif sont statutairement placés sous la tutelle du Gouvernement.

Monsieur le ministre, nous prenons acte du fait que, le 8 octobre dernier, vous avez entendu les associations de victimes du travail et de l'amiante en nommant à la présidence du conseil d'administration du FIVA Mme Claire Favre, présidente de la chambre commerciale, financière et économique de la Cour de cassation.

Cette décision, qui nous semble bonne, ne nous rassure pas pleinement pour autant. En effet, le décret n° 2011-1250 du 7 octobre 2011 – je vous ferai grâce de sa lecture – modifie les conditions d'élection du président du conseil d'administration du FIVA qui lui succédera.

Le recul que vous avez opéré semble n'être que temporaire, ce qui n'est pas satisfaisant. C'est la raison pour laquelle, afin d'assurer l'indépendance de ce fonds, nous proposons de modifier la loi de 2000 portant création du FIVA en inscrivant dans la législation le principe selon lequel la présidence du conseil d'administration du FIVA ne peut être confiée qu'à des magistrats de l'ordre judiciaire.

Enfin, monsieur le ministre, nous souhaiterions également savoir si vous entendez réformer prochainement la gouvernance du FIVA. Voilà quelques mois, vous proposiez de modifier les règles de composition du conseil d'administration du Fonds afin de confier aux représentants des employeurs la majorité de voix.

M. Xavier Bertrand, ministre. Jamais !

M. Dominique Watrin. Ayant déjà reculé sur ce point, pouvez-vous nous assurer que ce projet est définitivement abandonné ?

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

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. Ce sujet m'a beaucoup préoccupé. Dans un premier temps, j'ai eu plutôt tendance à soutenir votre position, monsieur Watrin.

La commission partage tout à fait votre souhait de garantir l'indépendance du FIVA et du président de son conseil d'administration. Mais je ne suis pas sûr que la solution que vous proposez le permette. Ainsi, il n'est pas certain que la présidence par un magistrat de l'ordre judiciaire apporte plus de garanties que sa présidence par un magistrat de l'ordre administratif, qu'il émane du Conseil d'État ou de la Cour des comptes.

En effet, dans la rédaction que vous proposez, le magistrat pourrait être un membre du siège ou du parquet. Mais un parquetier a-t-il plus l'habitude de s'opposer à l'exécutif qu'un conseiller d'État ou un conseiller-maître ? Pour ma part, je ne le crois pas.

M. Xavier Bertrand, ministre. Très bonne argumentation !

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. En réalité, la question de fond est celle du caractère paritaire du conseil d'administration du FIVA qui décide des modalités d'indemnisation des victimes et de leurs ayants droit. Les projets auxquels vous avez fait référence tout à l'heure tendant à y porter atteinte ont heureusement été abandonnés. Dès lors, pour quelle raison empêcherait-on d'accéder à la présidence du conseil d'administration du FIVA un magistrat du Conseil d'État ou de la Cour des comptes ?

Telles sont les raisons pour lesquelles, monsieur Watrin, je vous demande de bien vouloir retirer l'amendement n°105 rectifié, faute de quoi j'émettrais un avis défavorable.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Je n'ai rien à ajouter à l'excellente argumentation développée par M. le rapporteur, qui met un terme à tous les fantasmes que j'ai pu entendre sur le sujet. Si j'avais, moi, tenu de tels propos, la discussion se serait sans doute prolongée, mais, en l'occurrence, c'est le rapporteur qui a parlé – il connaît bien le sujet et ses avis font autorité en la matière – et tel ne sera pas le cas... Permettez-moi, monsieur le rapporteur, de faire mienne votre intervention et de vous verser, en tant que de besoin, des droits d'auteur. *(Sourires.)*

M. le président. Monsieur Watrin, l'amendement n° 105 rectifié est-il maintenu ?

M. Dominique Watrin. Non, je le retire, monsieur le président, compte tenu des arguments que vient d'exposer M. Godefroy.

M. le président. L'amendement n° 105 rectifié est retiré.

Article 54

I. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 315 millions d'euros au titre de l'année 2012.

II. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 890 millions d'euros pour l'année 2012.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur.

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. Nous approuvons cet article, qui fixe la dotation annuelle de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante respectivement à 315 millions d'euros et à 890 millions d'euros, ces montants paraissant adaptés à la situation actuelle de ces fonds.

Je note avec satisfaction que le budget du FCAATA prend en compte le coût du maintien à soixante ans de l'âge de départ à la retraite des victimes de l'amiante, décidé l'année dernière lors de la réforme des retraites. Cette disposition nous paraît d'autant plus justifiée eu égard aux dernières déclarations du Premier ministre et nous assumons volontiers le fait d'avoir voté cette mesure de justice. Les sénateurs, à l'unanimité, avaient alors beaucoup insisté pour que les victimes de l'amiante puissent continuer à bénéficier de cet âge de départ à la retraite.

Plusieurs questions – aucune d'entre elles n'est nouvelle, malheureusement – se posent néanmoins, mais je ne désespère pas qu'un jour nous pourrions enfin faire évoluer les choses dans le bon sens.

La première de ces interrogations, la plus fondamentale peut-être, concerne l'accès au FCAATA. Depuis l'origine, les victimes plaident pour que celui-ci puisse se faire sur une base individuelle. À l'heure actuelle, cet accès est limité aux salariés ayant travaillé dans des entreprises ou dans des

sites reconnus. Or, vous le savez, en raison de ses lacunes, le système de listes existant est cause d'injustices et d'incompréhensions.

Monsieur le ministre, vous avez demandé à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, l'ANSES, un rapport sur la possibilité d'ouvrir le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, l'ACAATA, sur une base professionnelle. Ce rapport, rendu au mois de mai, conclut à la possibilité de cette ouverture. Il vous incombe maintenant d'en tirer les conclusions. Il serait particulièrement douloureux pour les victimes d'attendre encore. Quelles sont vos intentions à cet égard ?

S'agissant encore du FCAATA, et j'attire votre attention sur ce point, nous avons été alertés sur une situation très préoccupante.

Il semble en effet que le régime général refuse de verser avant l'âge de soixante-deux ans les pensions dues aux polypensionnés relevant à titre principal du régime des gens de mer ou de celui des ouvriers de la défense.

La CNAV estime apparemment que l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 tel qu'il a été amendé par le Sénat lors de la discussion de la réforme des retraites ne vise que les allocations des travailleurs de l'amiante servies par le régime général et le régime de la mutualité sociale agricole.

Cette interprétation a pour conséquence d'amputer parfois de plusieurs centaines d'euros les pensions de vieillesse, par exemple, des anciens salariés des chantiers navals de La Seyne, de La Ciotat et de Dunkerque qui, après la fermeture de ces sites dans les années quatre-vingt, ont été embauchés comme ouvriers d'État.

Je le dis clairement, il s'agit d'une violation de la lettre et de l'esprit de ce que nous avons voté l'année dernière.

J'en conviens, monsieur le ministre, vous avez fait un premier pas à l'Assemblée nationale en faisant adopter l'actuel article 55 *ter* du présent projet de loi. Mais pourriez-vous veiller à ce qu'il soit mis fin à cette anomalie administrative ?

Pour en revenir à l'article 54, monsieur le président, nous y sommes favorables.

M. le président. Je mets aux voix l'article 54.

(L'article 54 est adopté.)

Article 55

Le montant de la contribution mentionnée à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du même code est fixé à 110 millions d'euros pour l'année 2012.

M. le président. L'amendement n° 44, présenté par M. Godefroy, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur.

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. Monsieur le ministre, mes chers collègues, cet amendement ne devrait pas vous surprendre ; il est la conséquence logique des positions que

nous, sénateurs de gauche, avons prises l'année dernière à l'occasion de l'examen du projet de loi portant réforme des retraites.

Vous le savez, pour une catégorie restreinte de travailleurs, ce texte a ouvert le maintien de l'âge de départ à la retraite à soixante ans au taux plein et a posé le principe d'une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche vieillesse pour compenser le coût qui en résultera pour cette dernière.

L'article 55 du présent PLFSS fixe donc la compensation que la branche AT-MP doit verser à la branche vieillesse du fait des départs anticipés en retraite liés à la pénibilité.

J'ai déjà fait part de mon scepticisme quant au montant de cette compensation – 110 millions d'euros qui s'ajoutent aux 35 millions d'euros votés l'année dernière –, étant donné les premiers chiffres communiqués par la CNAV : 1 338 demandes reçues et 466 attributions à la date du 19 octobre...

Sur le fond, reconnaître la pénibilité dans la réforme de 2010 était indispensable du point de vue de l'équité. Mais, point problématique, la prise en compte de la pénibilité a été affectée de modalités de mise en œuvre particulièrement complexes et assortie de critères d'application pour le moins drastiques.

Je vous rappelle ainsi que, pour bénéficier du dispositif, l'assuré doit pouvoir justifier d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 20 % reconnu au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail ayant provoqué des lésions de même nature que celles qui sont indemnisées au titre d'une maladie professionnelle ; si son taux d'incapacité permanente est compris entre 10 % et 20 %, il doit alors justifier d'au moins dix-sept ans d'exposition à des facteurs de risques professionnels et doit obtenir l'avis favorable d'une commission spéciale.

Quel parcours du combattant !

Je signale d'ailleurs que cette règle des dix-sept ans, qui figure dans le décret d'application n° 2011-353 du 30 mars 2011, n'avait jamais été évoquée lors des débats parlementaires...

Ces dispositions sont source de bien trop d'injustices pour que nous les cautionnions. En fait, en l'état, nous parlons non pas de pénibilité, mais d'invalidité, et le problème est tout autre.

C'est pour ces motifs, et non pour refuser la prise en compte de la pénibilité, bien évidemment, que la commission des affaires sociales propose la suppression de l'article 55.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Comme M. le rapporteur l'a dit, la prise en compte de la pénibilité est une véritable avancée. Cependant le même débat surgit à chaque fois : est-ce que les mesures vont assez loin ou trop loin ?

Le présent amendement vise à changer le dispositif équilibré de la réforme des retraites. C'est pourquoi le Gouvernement ne peut pas y souscrire et y est défavorable.

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

M. Alain Milon. L'article 55 fixe le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au financement des dépenses supplémentaires liées au dispositif de retraite prenant en compte la pénibilité au travail.

La loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a instauré un système de reconnaissance de la pénibilité au travail en permettant que l'âge légal d'ouverture du droit à pension soit abaissé pour les assurés qui justifient d'une incapacité permanente au moins égale à un taux de 10 %, lorsque cette incapacité est reconnue au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident de travail et a entraîné des lésions identiques à celles qui sont indemnisées au titre d'une maladie professionnelle.

Pour ces assurés, la pension de retraite liquidée est calculée au taux plein même s'ils ne justifient pas de la durée requise d'assurance ou de périodes équivalentes.

Ce dispositif de prise en considération de la pénibilité, qui constitue l'une des avancées significatives de la réforme des retraites, est pris en charge par la branche accidents du travail et maladies professionnelles, qui, chaque année, doit verser une contribution à la branche vieillesse du régime général afin de compenser les dépenses supplémentaires engendrées par ces départs anticipés à la retraite.

L'article 100 de la loi de financement de la sécurité sociale adoptée l'an dernier a fixé, pour 2011, première année de montée en charge de ce dispositif, à 35 millions d'euros le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général aux dépenses supplémentaires engendrées par les départs à la retraite à raison de la pénibilité.

Pour l'année 2012, l'article 55 du présent PLFSS, que l'amendement présenté par M. le rapporteur a pour objet de supprimer, fixe à 110 millions d'euros le montant de cette contribution, soit une progression de près de 214 %.

Le dispositif de prise en charge de la pénibilité constitue, depuis la promulgation de la loi portant réforme des retraites, une avancée significative; l'article 55 du présent PLFSS rend pérennes ses modalités de financement en les renforçant, alors que l'amendement n° 44 vise à s'opposer au financement du dispositif des départs à la retraite à taux plein pour pénibilité.

C'est pourquoi les membres du groupe UMP ne voteront pas cet amendement de suppression.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur.

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. Comme je l'ai démontré tout à l'heure, le nombre des personnes éligibles qui ont effectivement formulé leur demande est extrêmement réduit. Je répondrai donc à M. Milon que le chiffre de l'année dernière est à prendre avec beaucoup de précaution, d'autant que tout cela a été évalué « à la louche »... Par conséquent, il est quelque peu hasardeux d'évoquer un taux d'augmentation aussi important pour l'année 2012.

J'en reviens au problème évoqué précédemment. Vous nous avez dit, monsieur le ministre, qu'il ne fallait pas toucher aux tableaux dans la mesure où des discussions étaient en cours.

Nous parlons d'invalidité et non de pénibilité. Je prendrai un exemple : pour ce qui est de la motricité du bras, un taux d'invalidité de 20 % signifie que la personne ne peut pas lever le bras plus haut que l'épaule. L'invalidité est donc d'importance.

Je prendrai un autre exemple, car on ne mesure pas sinon la réalité de ces situations...

Lorsque je présidais la mission d'information sur le mal-être au travail, nous avons auditionné une psychologue, qui a évoqué le cas de femmes travaillant toute la journée à la chaîne, à une cadence très élevée, pour visser des bouchons de bouteille. De prime abord, on peut supposer que ces femmes souffriront d'un trouble musculo-squelettique, qu'elles rencontreront des problèmes de motricité de la main, du coude, du bras...

Pour ces femmes, cependant, la pénibilité du travail réside non dans le vissage des bouchons lui-même, mais dans la concentration totale qu'il requiert. Ainsi accaparées par leur travail, elles sont dans l'impossibilité de songer à quoi ce soit d'autre tout le temps qu'elles restent sur leur lieu de travail. Il n'y a pas le moindre espace dans la journée pour que ces femmes puissent envisager ce qu'elles feront une fois rentrées à leur domicile et qu'elles reprendront le cours de leur vie privée. À leurs yeux, ce n'est donc pas le geste mécanique qui constitue la pénibilité, mais l'aliénation de la pensée propre que la répétition du geste entraîne.

Or cette dimension-là de la souffrance n'est pas prise en compte dans la législation actuelle. Pourtant, selon moi, c'est là que réside la véritable pénibilité.

Je voudrais dire un mot des critères d'évaluation de la pénibilité. Il s'agit d'un débat difficile; c'est d'ailleurs ce qui explique que les organisations professionnelles et patronales aient du mal à se mettre d'accord.

Je me souviens de la situation que j'ai connue dans l'entreprise où je travaillais. Certaines tâches étaient pénibles : on estimait qu'elles comportaient des risques de séquelles. Comme il s'agissait d'une entreprise publique, ceux qui étaient affectés à ces travaux pénibles gagnaient des points leur permettant de prendre plus tôt leur retraite. Que croyez-vous qu'il se passait ? Les salariés, loin de songer aux conséquences éventuelles de la pénibilité sur leur santé, se livraient à une véritable compétition pour se porter candidats. Or j'ai le sentiment que la notion d'invalidité nous ramène à cette pratique de l'indemnisation du préjudice subi au travail.

Je reconnais que le problème est posé grâce à la loi, mais ce qu'elle prévoit ne permet pas de fixer de véritables critères d'évaluation de la pénibilité au travail. C'est la raison pour laquelle j'ai déposé cet amendement. J'ai bien conscience qu'il remet en cause ce qui a été décidé l'an dernier, mais nous sommes dans notre logique comme vous êtes dans la vôtre, monsieur le ministre.

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

Mme Annie David, présidente de la commission des affaires sociales. Je regrette que M. le ministre ne se range pas cette fois à l'avis de notre excellent rapporteur, contrairement à ce qu'il a fait à l'article précédent, quand les arguments de M. Godefroy l'avaient convaincu. Pour moi et pour la commission, les avis de notre rapporteur sont toujours d'une grande qualité, d'autant que l'on sent qu'ils sont nourris par sa connaissance concrète des problèmes qu'il aborde.

Je veux également critiquer l'emploi abusif du mot « avancée » pour qualifier la retraite anticipée des travailleurs de l'amiante. Je vous rappelle, mes chers collègues, qu'avant l'adoption de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites les travailleurs contaminés par l'amiante pouvaient prendre une retraite anticipée à cinquante-six ans, car préci-

sément les conséquences de leur travail dans un environnement malsain étaient prises en compte ainsi que leur qualité de victimes potentielles.

Or, depuis l'entrée en vigueur de la loi de 2010, les travailleurs contaminés par l'amiante ne peuvent prendre leur retraite qu'à soixante ans. Il est vrai que leurs conditions de départ à la retraite demeurent plus favorables que celles des autres salariés, qui devront attendre d'avoir soixante-deux ans, mais on ne peut pas appeler cela une avancée!

De même, s'agissant des travaux pénibles, je me souviens que, dans un passé pas si éloigné, les salariés qui travaillaient en trois huit avaient également la possibilité de bénéficier d'une retraite à taux plein de manière anticipée. Si, dans certaines entreprises, des salariés faisaient le choix d'effectuer des travaux pénibles pour pouvoir partir plus tôt à la retraite, il reste que, dans d'autres entreprises, les salariés n'avaient pas le choix et devaient de toute manière se plier au système des trois huit.

Je ne peux pas accepter que l'on présente ce qui est bien un report de l'âge de départ à la retraite comme une avancée en droit du travail! Comme je l'avais dit lors du débat sur la réforme des retraites, faire travailler les salariés plus longtemps et dans des conditions de plus en plus pénibles, cela ne constitue pas une avancée!

J'ai moi aussi participé à l'audition de la sociologue que vient d'évoquer Jean-Pierre Godefroy, Danièle Linhart, dans le cadre de la mission d'information sur le mal-être au travail. Si nous l'auditionnions à nouveau, elle pourrait nous apprendre bien des choses sur les conséquences sanitaires du mal-être au travail...

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Je ne souscris pas à la présentation que vous venez de faire, madame la présidente. À vous entendre, le mal-être régnerait partout dans les entreprises.

Mme Annie David, présidente de la commission des affaires sociales. Ce n'est pas ce que j'ai dit!

M. Xavier Bertrand, ministre. Peut-être, mais on peut le comprendre ainsi aussi.

Il faut faire attention au rapport des Français au travail; il faut prendre en compte les conditions de travail. Celui qui s'exprime ainsi est ministre du travail et de l'emploi, mais également de la santé; c'est d'ailleurs moi qui ai proposé de réunir ces deux dimensions.

Je ne souscris pas à l'analyse de M. le rapporteur, qui ne souscrit pas lui-même à celle des partenaires sociaux. En effet, quand ceux-ci ont discuté des conditions de pénibilité, ils ont écarté votre vision des choses: ils ont considéré que les risques psychosociaux et la pénibilité, ce n'était pas la même chose. (*Mme la présidente de la commission des affaires sociales s'exclame.*) Vous m'avez demandé, madame la présidente, pourquoi je ne suivais pas l'avis du rapporteur: c'est parce qu'il ne suit pas celui des partenaires sociaux.

Je parle à mon aise de ce sujet car c'est moi qui, en 2007, ai mis sur la table la question des risques psychosociaux et du stress au travail. Est-ce parce que j'avais auparavant été ministre de la santé, je n'en sais rien; toujours est-il que j'assume pleinement cette décision et que je ne la regrette pas un quart de seconde.

Vous voulez que les risques psychosociaux soient considérés comme un élément de pénibilité et ouvrent droit à une retraite anticipée? Mais alors, *quid* de la prévention?

Mme Annie David, présidente de la commission des affaires sociales. Où est la prévention dans ce que vous faites?

M. Xavier Bertrand, ministre. *Quid* de la prise en charge? *Quid* de la diminution des risques?

Je ne dis pas cela pour minimiser le poids des risques psychosociaux: c'est moi qui ai voulu en faire un thème de santé au travail et non plus seulement de société.

Par ailleurs – disons les choses très clairement –, qui a pour la première fois intégré la notion de pénibilité dans un texte de loi? C'est notre gouvernement, soutenu par cette partie de l'hémicycle. (*M. Xavier Bertrand désigne les travées de l'UMP.*) Les communistes l'avaient certes demandé depuis bien longtemps mais, entre 1997 et 2002, ils s'étaient vu opposer une fin de non-recevoir par le gouvernement de Lionel Jospin.

Vous en aviez rêvé, c'est nous qui l'avons fait, pas les socialistes!

M. Jacky Le Menn. Qu'ils sont mauvais, ces socialistes...

M. Xavier Bertrand, ministre. C'est vrai! Je vous remercie de le dire vous-même: cela m'évite de le faire. (*Sourires.*)

J'observe, en outre, que nous avons mis en place un système prenant en compte la pénibilité: le dispositif « carrières longues », qui permettait à celles et ceux qui ont commencé à travailler à quatorze, quinze ou seize ans de prendre leur retraite avant d'avoir atteint l'âge légal. Là encore, les communistes l'avaient demandé entre 1997 et 2002, mais s'étaient vu opposer une fin de non-recevoir. C'est nous qui l'avons voté en 2003; je m'en souviens d'autant mieux que j'étais le rapporteur du texte.

Voilà pourquoi, sur tous ces sujets du rapport au travail et à la valeur travail, je n'ai pas le sentiment que le Gouvernement et cette partie de l'hémicycle (*M. Xavier Bertrand désigne à nouveau les travées de l'UMP*) aient à rougir, bien au contraire. J'accepte d'écouter toutes les leçons et toutes les propositions d'amélioration du monde, mais vous n'avez pas été présents sur ces sujets: c'est nous qui avons relevé le défi de la prise en compte de la valeur travail. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. Jean-Claude Lenoir. Belle démonstration!

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 44.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, l'article 55 est supprimé.

Article 55 bis (nouveau)

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié:

1° Au second alinéa de l'article L. 413-5, les mots: « premier, deuxième et troisième » sont remplacés par les mots: « quatre premiers »;

2° Au dernier alinéa de l'article L. 434-3, après le mot: « conjoint, », sont insérés les mots: « au partenaire d'un pacte civil de solidarité ou au concubin, »;

3° L'article L. 434-8 est ainsi modifié:

a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé:

« En cas de rupture ou de dissolution du pacte civil de solidarité, l'ex-partenaire de la victime décédée n'a droit à la rente que s'il bénéficiait d'une aide financière de cette dernière à la date du décès. Cette rente est calculée selon les modalités

prévues à la seconde phrase du deuxième alinéa et sa durée de versement est limitée à celle du versement de l'aide financière. » ;

b) Au troisième alinéa, après le mot : « conjoint », sont insérés les mots : «, partenaire d'un pacte civil de solidarité ou concubin » ;

c) À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, après le mot : « conjoint », sont insérés les mots : «, le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin, » ;

d) À la dernière phrase du même avant-dernier alinéa, après le mot : « conjoint », sont insérés les mots : « du partenaire d'un pacte civil de solidarité ou du concubin » ;

e) Le même avant-dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il en est de même pour le partenaire d'un pacte civil de solidarité condamné pour non-paiement de l'aide financière en cas de dissolution du pacte, lorsque cette aide a été prévue par les partenaires. » ;

f) À la première phrase du dernier alinéa, après le mot : « conjoint », sont insérés les mots : «, le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin » ;

4° L'article L. 434-9 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« En cas de nouveau mariage, pacte civil de solidarité ou concubinage, le conjoint, partenaire d'un pacte civil de solidarité ou concubin de la victime décédée cesse d'avoir droit à la rente. Il lui est alloué, dans ce cas, une somme égale aux arrérages de la rente calculée selon le taux en vigueur et afférents à une période déterminée, à la date du mariage, de la déclaration au greffe du tribunal d'instance du pacte civil de solidarité ou d'établissement du concubinage. » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « survivant a des enfants » sont remplacés par les mots : «, le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin de la victime décédée a des enfants pour lesquels un lien de filiation est établi à l'égard de la victime décédée » ;

c) Au troisième alinéa, les mots : « le conjoint » sont remplacés par les mots : « de rupture ou de dissolution du pacte civil de solidarité ou de cessation du concubinage, le conjoint survivant, le partenaire ou le concubin » ;

d) Au 2°, les mots : « Si le conjoint survivant reçoit, en raison de son nouveau veuvage, » sont remplacés par les mots : « S'il reçoit, en raison d'un nouveau décès, » et, après le mot : « alimentaire », sont insérés les mots : « ou une aide financière en cas de dissolution du pacte civil de solidarité » ;

5° L'article L. 434-13 est ainsi modifié :

a) Au 1°, après le mot : « conjoint », sont insérés les mots : « ni partenaire d'un pacte civil de solidarité ni concubin, » ;

b) Au 2°, après le mot : « conjoint », sont insérés les mots : «, partenaire d'un pacte civil de solidarité, concubin » ;

6° Au quatrième alinéa de l'article L. 452-2, après le mot : « conjoint », sont insérés les mots : «, le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin ».

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur.

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. Nous pourrions poursuivre longuement le débat sur la pénibilité. Nous verrons les résultats de votre action, monsieur le ministre ; nous verrons, par exemple, comment évoluera la situation

dans les entreprises de plus de 50 salariés dont plus de 50 % des effectifs effectuent des travaux pénibles... Je suis très circonspect. En tout cas, nous devrions connaître les résultats au début de l'année 2012.

Je souhaite dire un mot des travailleurs victimes de l'amiante, afin de rétablir la vérité : si les travailleurs partant en préretraite ne bénéficiaient initialement que d'une pension à taux réduit – 75 % –, celle-ci était calculée sur l'ensemble des ressources qu'ils pouvaient faire valoir. Or ce gouvernement, dont vous venez d'affirmer, monsieur le ministre, qu'il a pris en charge la pénibilité, a décidé que la pension de ces personnes ne serait plus calculée que sur le salaire de base, hors primes et avantages, ce qui rend évidemment plus difficiles les départs en préretraite. Cela ne clôt certes pas le débat, mais il faut rendre à chacun son dû : c'est bien ce gouvernement qui a pris cette mesure !

J'en viens à l'article 55 *bis*.

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale sur l'initiative du Gouvernement, vise à aligner les droits des concubins ou des personnes pacées sur les droits ouverts aux conjoints en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle du partenaire. Cette prise en compte des différents modes de vie en couple répond à une attente ancienne des victimes. Nous avons d'ailleurs bien souvent plaidé en sa faveur. Dès lors, nous ne pouvons qu'y être favorables.

M. le président. Je mets aux voix l'article 55 *bis*.

(L'article 55 *bis* est adopté.)

Article 55 *ter* (nouveau)

I. – L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est ainsi modifié :

1° Après le I, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :

« I *bis*. – Pour la détermination de l'âge d'accès à l'allocation, s'ajoute à la durée du travail mentionnée aux troisième et septième alinéas du I celle effectuée dans les établissements ou les navires ouvrant droit à l'accès aux dispositifs de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante relevant d'un régime spécial mentionné à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues par ces dispositifs. » ;

2° Au deuxième alinéa du 2 du VII, après le mot : « octroi », sont insérés les mots : «, les modalités de calcul et les modalités de coordination ».

II. – Le présent article est applicable à compter du 1^{er} juillet 2012.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur.

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. Cet article, également inséré par l'Assemblée nationale sur l'initiative du Gouvernement, vise à assurer une coordination entre les différents dispositifs d'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, ACAATA, afin que les salariés ayant relevé de plusieurs régimes de sécurité sociale aient les mêmes droits que ceux qui ont relevé d'un seul régime.

Plus précisément, cet article prévoit que le dispositif de l'ACAATA du régime général prenne en compte les périodes travaillées dans les établissements ou navires

ouvrant droit à l'ACAATA dans les régimes des ministères de la défense et de l'écologie, ainsi que dans celui de l'Établissement national des invalides de la marine, ENIM.

Je ne peux qu'être favorable à ce dispositif, qui satisfait une demande ancienne du Sénat. Toutefois, je l'avoue, je suis un peu déçu : s'agissant de l'ACAATA, nous souhaitons que les différents régimes soient non pas seulement coordonnés mais harmonisés. Je vous rappelle que certains régimes ne couvrent pas le risque spécifique induit par l'exposition à l'amiante, et n'ouvrent donc pas de droit à l'ACAATA. C'est notamment le cas des régimes des fonctionnaires – abstraction faite des employés du ministère de la défense –, des salariés dépendant du régime minier, des professions indépendantes, pour ne citer que ceux-là.

En outre, même lorsque le droit à l'ACAATA est prévu, ses modalités d'attribution varient selon les régimes. Par exemple, certains d'entre eux prennent en charge à la fois les travailleurs victimes d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante et ceux qui ont été exposés à ce risque sans contracter de maladie, tandis que d'autres n'attribuent l'allocation qu'aux travailleurs atteints d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante.

Du fait de cette hétérogénéité, la protection des travailleurs victimes de l'amiante demeure inégalitaire. C'est cette situation que nous souhaitons voir corriger, monsieur le ministre. Cependant, nous voterons l'article 55 *ter* dans la mesure où il constitue un progrès.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Je tiens simplement à rappeler que l'article 55 *ter* constitue la suite d'un engagement pris ici même – devant vous, monsieur le rapporteur – par Éric Woerth.

Il est aussi la conséquence des travaux menés par la mission d'information sur la prise en charge des victimes de l'amiante, que présidait le député Patrick Roy, dont l'implication sur ce dossier était connue de tous. Voter cet article est une façon de rendre hommage au travail qui a été le sien.

M. le président. Je mets aux voix l'article 55 *ter*.

(L'article 55 ter est adopté.)

Article additionnel avant l'article 56

M. le président. L'amendement n° 106 rectifié, présenté par Mmes David et Cohen, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 55 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport proposant des pistes de réforme de l'indemnisation de l'incapacité temporaire de travail garantissant à toute victime du travail un revenu de remplacement égal à ce qu'elle percevait avant son arrêt de travail.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. En l'état actuel du droit, jusqu'au vingt-huitième jour d'arrêt de travail, les indemnités journalières dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles ne représentent que 60 % du salaire journalier ; le taux est porté à 80 % à compter du vingt-neuvième jour.

Il résulte de cette situation que le salarié en incapacité de travail n'est pas intégralement indemnisé de la perte de son salaire, sauf si son employeur a mis en place un mécanisme de complément d'indemnisation au travers de l'adoption de conventions collectives, d'accords d'entreprise ou d'accords de groupe.

Ainsi, seuls les salariés couverts par de tels accords peuvent bénéficier d'une compensation intégrale des pertes de salaires, ce qui est profondément injuste, car toutes les victimes d'un accident du travail sont également dénuées de responsabilité.

L'accident ou la maladie professionnelle sont des dommages qui surviennent en raison d'un manquement grave de l'employeur à ses obligations légales de protection de la santé des salariés. Il s'agit d'une obligation de résultat, à laquelle l'employé ne peut donc se soustraire.

Dès lors, il est illogique et même scandaleux que les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle subissent une diminution de revenus du fait de la survenance de cet accident ou de l'apparition de cette maladie.

C'est pourquoi nous plaçons en faveur du maintien de la totalité du salaire du salarié victime du travail. Malheureusement, l'article 40 de la Constitution nous interdit d'aborder directement la question,...

M. Jean Desessard. Eh oui !

Mme Laurence Cohen. ... raison pour laquelle nous nous limitons à demander un rapport au Gouvernement.

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

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. Cet amendement a deux objets : le niveau des indemnités temporaires d'incapacité et leur fiscalisation. Sur ce dernier point, nous pourrions agir dans le cadre du projet de loi de finances, et j'envisage d'ailleurs déposer moi-même un amendement à ce sujet.

S'agissant du montant de l'indemnisation de l'incapacité temporaire, peut-être M. le ministre pourra-t-il nous donner quelques informations, mais, là encore, j'estime que le sujet relève plutôt du projet de loi de finances.

Je demande donc à mes collègues de bien vouloir retirer leur amendement dans l'attente de l'examen de ce texte.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Même avis.

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

M. Jean Desessard. Monsieur le rapporteur, vous avez été brillant, mais pouvez-vous nous expliquer en détail le mécanisme par lequel nous pourrions revenir sur ces sujets dans le projet de loi de finances ?

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. Oh là là ! *(Sourires.)*

M. Jean Desessard. En effet, il n'est pas simple en général de modifier quoi que ce soit dans ce texte très compartimenté. C'est la raison pour laquelle je vous pose cette question.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur.

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. Je ne pourrai peut-être pas vous répondre « en détail », monsieur Desessard ! *(Nouveaux sourires.)*

Disons simplement qu'il s'agit là d'une recette pour l'État, et nous pouvons dès lors agir dans le cadre de la première partie du projet de loi de finances.

M. Jean Desessard. Je suis satisfait, monsieur le rapporteur !

M. Jean-Claude Lenoir. Il ne vous en faut pas beaucoup !
(*Sourires.*)

M. le président. Madame Cohen, l'amendement n° 106 rectifié est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 106 rectifié est retiré.

Article 56

Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,3 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 11,9 milliards d'euros.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur.

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. Nous revenons ici à la détermination des objectifs de dépenses de la branche AT-MP pour 2012. Nous sommes profondément attachés à l'existence de cette branche, qui est liée à la reconnaissance des effets du travail sur la santé en même temps qu'elle offre un exemple de gestion paritaire.

Nous avons montré que nous nous attachions à des mesures précises et étions capables de partager les mêmes analyses, mais nous considérons que des réformes importantes et urgentes doivent être conduites pour permettre une meilleure prise en charge des victimes.

Tant que ces réformes ne nous seront pas présentées, nous ne pourrions pas accepter les objectifs de dépenses proposés. Vous l'aurez compris, monsieur le ministre, nous voterons donc contre cet article.

M. le président. Je mets aux voix l'article 56.

(*L'article 56 n'est pas adopté.*)

Articles 57 à 59 et articles additionnels (précédemment examinés par priorité)

M. le président. Je rappelle que les articles 57 à 59, au sein de la section 4, ont été précédemment examinés par priorité.

Mes chers collègues, à la demande de M. le ministre, nous allons interrompre nos travaux pour quelques instants.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue le mardi 15 novembre 2011, à zéro heure trente-cinq, est reprise à zéro heure quarante.*)

M. le président. La séance est reprise.

Section 5

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 60

Pour l'année 2012, les dépenses de prise en charge mentionnées au 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale sont fixées à 3,4 milliards d'euros pour le régime général, 400 millions d'euros pour le régime des salariés agricoles et

100 millions d'euros pour les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales. –
(*Adopté.*)

Article 61

Pour l'année 2012, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées à :

(*En milliards d'euros*)

	Prévisions de charges
Fonds de solidarité vieillesse	18,0

M. le président. L'amendement n° 315, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Remplacer le nombre :

18,0

par le nombre :

18,3

La parole est à M. le ministre.

M. Xavier Bertrand, ministre. Il s'agit ici de modifier le chiffre des prévisions de charge du FSV pour prendre en compte les nouvelles hypothèses macroéconomiques.

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

Mme Christiane Demontès, rapporteure. La commission propose au Sénat de rejeter l'article 61, lequel fixe l'objectif de dépenses du Fonds de solidarité vieillesse pour 2012.

Elle ne peut qu'être défavorable à cet amendement du Gouvernement qui majore de 300 millions d'euros en 2012 les dépenses, donc le déficit, du Fonds de solidarité vieillesse.

Comme l'a rappelé M. le rapporteur général et comme je l'ai moi-même souligné dans la discussion générale, le FSV se trouve dans une situation de déficit structurel depuis qu'on lui a retiré 0,2 point de CSG en 2009.

Le FSV sert finalement de réceptacle au transfert comptable des déficits des régimes de retraite, en premier lieu du régime général.

La fragilisation du FSV, liée à cette situation structurellement déficitaire, n'est pas de nature à consolider les mécanismes de solidarité mis en place au profit des assurés aux parcours professionnels les moins favorables, mécanismes que le FSV a justement vocation à prendre en charge.

La commission émet donc un avis défavorable sur l'amendement n° 315, ainsi que sur l'article 61.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 315.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 61.

(*L'article 61 n'est pas adopté.*)

Section 6

Dispositions relatives à la gestion du risque, à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement

Article 62

Après l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-12-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-12-2.* – Chacun des organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires de sécurité sociale peut être désigné pour réaliser et gérer un système d'information commun à tout ou partie d'entre eux, ainsi qu'à d'autres organismes mentionnés à l'article L. 114-12-1, en vue de l'accomplissement de leurs missions.

« Cette désignation peut être prévue par une convention conclue entre les organismes concernés et publiée au bulletin officiel du ministre chargé de la sécurité sociale ou, à défaut, par décret. » – (*Adopté.*)

Article 62 bis (nouveau)

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

1° Après le chapitre IV *ter* du titre I^{er} du livre I^{er}, il est inséré un chapitre IV *quater* ainsi rédigé :

« *Chapitre IV quater*

« **Prospective et performance du service public de la sécurité sociale**

« *Art. L. 114-23.* – I. – Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'État conclut avec les organismes nationaux de sécurité sociale une convention-cadre de performance du service public de la sécurité sociale.

« Cette convention est signée, pour le compte de chaque organisme national du régime général, de la Caisse nationale du régime social des indépendants et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, par le président du conseil ou du conseil d'administration et par le directeur général ou le directeur et, pour les régimes spéciaux visés à l'article L. 711-1 du présent code, dans des conditions fixées par décret.

« Cette convention détermine les objectifs transversaux aux différents organismes de sécurité sociale en vue de fixer des actions communes en matière :

« 1° De mise en œuvre des mesures de simplification et d'amélioration de la qualité du service aux assurés, allocataires et cotisants ;

« 2° De mutualisation entre organismes, notamment dans le domaine de la gestion immobilière, des achats, des ressources humaines, de la communication et des systèmes d'information, en cohérence avec le plan stratégique des systèmes d'information du service public de la sécurité sociale arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

« 3° De présence territoriale des différents régimes et différentes branches mentionnés aux articles L. 200-2 et L. 611-1 du présent code et L. 721-1 du code rural et de la pêche maritime sur le territoire national ;

« 4° D'évaluation de la performance des différents régimes.

« Cette convention prévoit, le cas échéant, les outils de mesure quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.

« Elle détermine également :

« *a)* Les conditions de conclusion des avenants à la présente convention ;

« *b)* Le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

« II. – La convention-cadre de performance du service public de la sécurité sociale est conclue pour une période minimale de quatre ans. La convention et, le cas échéant, les avenants qui la modifient sont transmis aux commissions parlementaires mentionnées à l'article L.O. 111-9.

« III. – Les conventions mentionnées aux articles L. 227-1 et L. 611-7 du code de la sécurité sociale, à l'article L. 723-12 du code rural et de la pêche maritime et dans les dispositions réglementaires ayant le même objet sont négociées dans le respect de la convention mentionnée au I du présent article.

« *Art. L. 114-24.* – Le fonds de prospective et de performance de la sécurité sociale finance des études et des actions concourant à la modernisation et à l'amélioration de la performance du service public de la sécurité sociale, notamment la réalisation d'audits ou de projets, et contribue aux dépenses de fonctionnement résultant des missions de contrôle et d'évaluation des organismes de sécurité sociale.

« Les dépenses du fonds sont imputées sur les budgets de gestion des caisses nationales du régime général, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de la Caisse nationale du régime social des indépendants, de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ainsi que des régimes spéciaux dans des conditions fixées chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

« Les modalités de gestion du fonds sont déterminées par décret. » ;

2° L'article L. 224-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Elle assure la gestion administrative et comptable du fonds mentionné à l'article L. 114-24. » ;

3° À la fin de la deuxième phrase du quatrième alinéa de l'article L. 200-3, les mots : « et au conseil de surveillance » sont supprimés ;

4° La seconde phrase du premier alinéa du III de l'article L. 227-1 est supprimée ;

5° Le chapitre VIII du titre II du livre II est abrogé.

II. – La première convention mentionnée au 1° du I du présent article est signée avant le 1^{er} janvier 2013.

M. le président. L'amendement n° 47, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Mes chers collègues, par cet amendement, la commission vous demande de supprimer cet article.

Quatre raisons principales motivent cette décision.

Premièrement, il faut tenir compte du contexte.

Monsieur le ministre, comment comprendre qu'en période de lourds déficits des comptes sociaux, au moment où l'on va demander de nouveaux efforts à nos concitoyens, le Gouvernement, par voie d'amendement à l'Assemblée nationale, demande la création d'un nouveau fonds ?

Ce fonds serait alimenté, à hauteur de 5 millions d'euros environ, par les budgets de gestion des différentes caisses nationales du régime général : CNAM, CNAV, CNAF, RSI, MSA, etc. Celles-ci sont-elles en si bonne santé financière qu'il paraisse possible de les mettre aussi simplement – j'oserais dire aussi légèrement – à contribution ?

Deuxièmement, quel est l'objet de ce fonds ?

Ce fonds aurait pour mission de financer des travaux d'évaluation et de performance d'intérêt transversal au profit des organismes de sécurité sociale. Or de multiples travaux sont déjà menés à ce titre, sans qu'il soit besoin d'une structure spécifique. Ainsi, pour la gestion immobilière, les achats, les ressources humaines – trois domaines mentionnés à cet article –, l'Union des caisses nationales de sécurité sociale, l'UCANSS, est déjà chargée de mener des opérations de mutualisation ; certaines d'entre elles ont d'ailleurs déjà permis de réaliser des économies non négligeables !

La mise en commun des diagnostics et le rapprochement des pratiques requièrent-ils davantage que la volonté de travailler ensemble ? Est-il par ailleurs véritablement opportun de priver les caisses de sécurité sociale d'une partie de leurs ressources pour financer des études et des audits qui ne les concerneraient pas forcément directement ?

Troisièmement, la création de ce fonds témoigne d'un mépris à l'égard du Sénat.

Monsieur le ministre, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 et du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le Sénat a déjà refusé, à la quasi-unanimité, la création d'un fonds de la performance, dont le fonds de prospective et de performance de la sécurité sociale que vous proposez à cet article est la copie conforme !

Dans sa configuration d'aujourd'hui, comme dans celle d'hier, la commission des affaires sociales est très peu convaincue de l'intérêt du dispositif. Les arguments du Gouvernement n'ayant pas changé depuis deux ans, la commission maintient elle aussi ses interrogations et ses très fortes réticences.

Quatrièmement, il s'agit ici d'une atteinte aux droits du Parlement.

En effet, plus grave encore, avec cet article, le Gouvernement supprime les conseils de surveillance de la CNAM, de la CNAF, de la CNAV et de l'ACOSS. Pourtant, lors des débats à l'Assemblée nationale, à aucun moment cette suppression n'a été explicitement abordée. En effet, déposé à la dernière minute, l'amendement du Gouvernement n'a pas été examiné en commission. Mme la ministre n'a pas évoqué cette suppression en présentant l'amendement et le rapporteur ne l'a pas mentionnée non plus dans l'avis personnel qu'il a rendu.

Or les conseils de surveillance sont des instances présidées par des parlementaires, députés ou sénateurs, dans lesquelles ils peuvent exercer leur pouvoir de contrôle. Même si le bilan des conseils de surveillance peut certainement faire l'objet d'appréciations nuancées, il n'est pas normal que leur suppression ait eu lieu sans discussion.

Tous les membres de la commission des affaires sociales ont en mémoire les multiples interventions d'Alain Vasselle, qui ne comprenait pas pourquoi le Gouvernement ne renommait pas les membres du conseil de surveillance de l'ACOSS qu'il présidait et qu'il souhaitait réunir, ce que l'on peut aisément comprendre au regard du montant faramineux des déficits portés par cet organisme en 2010 et en 2011.

J'ai également vérifié, monsieur le ministre : nos collègues députés n'ont pas plus que nous été avertis de la suppression de ces conseils de surveillance.

Vous le constatez, mes chers collègues, cet article ne peut être accepté par le Sénat. C'est pourquoi la commission en demande la suppression.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Monsieur le rapporteur général, la création de ce fonds se fait à coût constant : aucun prélèvement supplémentaire n'aura lieu, aucune caisse ne sera pénalisée et leur fonctionnement sera préservé. Le Gouvernement est simplement intervenu sur l'utilisation des réserves à hauteur de 5 millions d'euros.

En ce qui concerne les conseils de surveillance, je sais que votre nomination est récente, monsieur le rapporteur général, mais ils ne se sont pas réunis et sont tous tombés en désuétude depuis 2008. Ainsi, le conseil de surveillance de la CNAM ne s'est plus réuni depuis le 16 janvier 2008, celui de la CNAF depuis le 18 février 2008, celui de la CNAV depuis le 20 février 2008, celui de l'ACOSS depuis le 28 avril 2008.

Il s'agit donc non pas d'une suppression subreptice, mais d'une régularisation, ni plus ni moins. Avec la nouvelle gouvernance, le conseil de surveillance de la CNAM n'effectuait pas le moindre rôle. Il nous faut prendre en compte ce qui n'a pas été renouvelé ou prolongé par les partenaires, parce que l'exercice se fait au sein du conseil d'administration et non du conseil de surveillance.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

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

M. Jean Desessard. Monsieur le ministre, je suis un sénateur naïf, et je vous poserai donc une question qui l'est tout autant : pourquoi les conseils de surveillance ne se réunissaient-ils pas ?

M. Jacky Le Menn. Parce que c'est comme cela ! (*Sourires sur les travées du groupe socialiste-EELV et du groupe CRC.*)

M. Jean Desessard. Une épidémie soudaine est-elle survenue en 2008 ? (*Nouveaux sourires.*) Le Gouvernement a-t-il décidé de ne pas les réunir ? Les parlementaires étaient-ils trop occupés ? Que s'est-il passé ?

À la Caisse des dépôts et consignations – on peut faire le parallèle avec cette institution –, un conseil de surveillance existe : il fonctionne et se réunit. Il est bon que les parlementaires y prennent part. Ils sont d'ailleurs présents dans les conseils de surveillance de nombreuses autres instances.

Monsieur le ministre, pouvez-vous nous expliquer pour quelle raison les conseils de surveillance ont cessé de jouer leur rôle dans les organismes que vous avez cités ?

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

M. Xavier Bertrand, ministre. En 2008, je n'étais plus en charge de ce secteur, mais aucune épidémie n'a été relevée... (*Sourires.*)

Le conseil d'administration de l'UNCAM se réunissant tous les mois – il a désormais pris toute sa mesure –, il n'est pas nécessaire de doubler avec le conseil de surveillance.

Par ailleurs, je ne voudrais pas me faire parlementaire à la place des parlementaires, mais il faut également souligner que la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale du Sénat et la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale ont pris le pas sur les autres instances et jouent pleinement ce rôle de surveillance.

C'est pour cette raison que, à l'époque, un arrêté a été pris pour cinq ans. À l'issue de cette période, personne n'a jugé bon de demander à ces conseils de surveillance de se réunir de nouveau. Même le précédent rapporteur général de la commission des affaires sociales du Sénat, qui était très scrupuleux sur les droits du Parlement et très attentif à ces réunions, en a fait état et n'a pas sollicité le Gouvernement pour aller plus loin.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 47.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 62 *bis* est supprimé.

Article 62 ter (nouveau)

La section 1 du chapitre III du titre II du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 123-2-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 123-2-4.* – La rémunération et les accessoires de rémunération des directeurs des organismes nationaux qui assurent la gestion d'un régime obligatoire de base de sécurité sociale, à l'exception de ceux qui sont institués sous la forme d'un établissement public, sont soumis, au moment de leur recrutement, à l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale. Les modifications apportées à ces rémunérations et accessoires de rémunération sont soumises à la même approbation.

« Le présent article est applicable aux sections professionnelles définies à l'article L. 641-5.

« Un arrêté fixe la liste des organismes nationaux et des sections professionnelles concernés par le présent article. »

M. le président. L'amendement n° 228 rectifié, présenté par M. Milon, Mmes Deroche et Giudicelli et MM. Gilles et Pinton, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Cet article introduit un agrément par l'État des rémunérations des directeurs des organismes nationaux gérant un régime obligatoire de sécurité sociale de base. Or cela pose de nombreux problèmes, puisque ces organismes peuvent avoir des statuts juridiques différents.

Ainsi, pour les établissements publics, les règles de fonctionnement habituelles permettent déjà à l'État de contrôler les rémunérations des directeurs. En revanche, les organismes de droit privé, notamment l'Organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales et la Caisse nationale des barreaux français, sont soumis au droit du travail et les contrats de travail sont de droit privé.

Ces dispositions introduisent une ingérence de l'État, qui se substituerait aux conseils d'administration, y compris pour l'évolution des rémunérations, alors qu'il a déjà les moyens juridiques de s'opposer à des décisions excessives des conseils d'administration ; je pense par exemple au contrôle de légalité et à l'approbation des budgets.

En outre, la liste des organismes concernés serait fixée par décret, avec un risque de discrimination, voire d'arbitraire, entre ces derniers.

Enfin, ces dispositions sont applicables aux caisses d'assurance vieillesse des professions libérales, qui gèrent non pas le régime de base, cette gestion étant dévolue à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, mais des régimes complémentaires, financés uniquement par les professionnels libéraux. Les caisses AGIRC-ARRCO, qui gèrent les régimes complémentaires des salariés, ne sont pas soumises à de telles dispositions.

Les conseils d'administration, composés de professionnels libéraux élus par leurs pairs, ont suffisamment démontré leur responsabilité, avec des régimes excédentaires et des frais de gestion inférieurs à ceux des autres organismes, pour ne pas avoir à demander à l'État l'autorisation de recruter les dirigeants les plus compétents.

Les objectifs du Gouvernement sont louables, mais leur mise en œuvre ne peut se faire par des mesures autoritaires et précipitées. Il convient d'engager les concertations nécessaires sur ce sujet. C'est pourquoi, par cet amendement, il est demandé à la Haute Assemblée de supprimer cet article.

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 supprimer l'article 62 *ter* introduit par le Gouvernement à l'Assemblée nationale afin de soumettre à l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale la rémunération et les accessoires de rémunération des directeurs des organismes nationaux de sécurité sociale. Les auteurs de l'amendement estiment qu'il n'y a pas lieu de prévoir une telle « ingérence de l'État » dans la gestion d'organismes de droit privé. Certes. Mais est-il choquant de vouloir appeler à un peu de mesure les dirigeants d'organismes chargés de gérer des sommes prélevées sur les rémunérations ? L'État n'est-il pas là dans son rôle de régulateur naturel ? Il exerce d'ailleurs déjà ce contrôle pour les dirigeants des organismes ayant le statut d'établissement public. Par conséquent, il ne semble pas illégitime de soumettre à un même régime tous les dirigeants d'organismes de sécurité sociale.

La commission demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettrait un avis défavorable.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Le Gouvernement émet un avis favorable sur cet amendement.

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

M. Jean Desessard. Je suis surpris par l'avis que vient d'émettre M. le ministre au nom du Gouvernement, car ce dernier est libéral ; cette orientation changera peut-être prochainement d'ailleurs, du moins si certains accords, que l'on attend dans la semaine, sont conclus – dans le cas contraire, ce sera plus difficile ! *(Sourires.)*

Au demeurant, l'introduction de cet article par le Gouvernement est tout aussi étonnante. C'est pourquoi M. Milon a procédé à ce rappel à l'ordre : « Soyons libéraux, les décisions ne vont pas quand même pas être toutes prises par l'État ! » Il aurait donc été logique que le Gouvernement soutienne cet amendement de suppression.

Cela étant, la commission s'étant prononcée défavorablement, les écologistes voteront contre l'amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 228 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 174 rectifié, présenté par M. Beaumont, Mme Procaccia et M. Courtois, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 2, première phrase

1° Remplacer le mot :

soumis

par le mot :

communiqués

2° Remplacer les mots :

à l'approbation du

par les mots :

pour information au

II. - Alinéa 2, seconde phrase

Remplacer les mots :

à la même approbation

par les mots :

à la même information

La parole est à M. René Beaumont.

M. René Beaumont. Il s'agit d'un amendement de repli par rapport à celui qui vient d'être discuté.

Tel qu'il a été adopté à l'Assemblée nationale, sur l'initiative du Gouvernement, l'article 62 *ter* apparaît quelque peu tutélaire à l'égard d'organismes privés qui peuvent être considérés comme majeurs et aptes à se gérer eux-mêmes.

Pourquoi le Gouvernement a-t-il cru bon de proposer un tel dispositif ? Tout simplement parce qu'il y a eu un certain nombre de débordements importants ...

M. Jean Desessard. Voilà !

M. René Beaumont. ... dans quelques caisses privées, il faut le reconnaître.

Mes chers collègues, revenir sur cet article, aujourd'hui, reviendrait à tolérer, voire à excuser des excès de rémunération tout à fait exorbitants dans certains cas d'espèce.

Mme Annie David, présidente de la commission des affaires sociales. C'est exactement ce qu'a dit M. le rapporteur général.

M. René Beaumont. Or ces abus se font au détriment des professionnels libéraux qui cotisent, puisque tout ce qui va au directeur ne va pas dans les pensions de retraite.

Pour ma part, je propose une solution beaucoup moins tutélaire que celle du Gouvernement. Au lieu de les soumettre à l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale, je préconise simplement que les salaires d'embauche des

nouveaux directeurs par les présidents des caisses comme leurs augmentations lui soient systématiquement communiqués, pour information.

Sans donner de chiffres précis, je prendrai simplement l'exemple d'une caisse dont le directeur perçoit une rémunération pratiquement dix fois plus importante que celle de ses homologues des autres caisses. Or ceux-ci ne sont pas sous-payés, bien au contraire ; ils sont juste rémunérés en fonction de leurs responsabilités réelles.

À l'évidence, certaines pratiques ne sont pas tolérables. Je propose donc cette solution mesurée, de nature, je pense, à limiter les abus.

Mes chers collègues, le préalable d'une approbation apparaîtrait trop tutélaire. Il serait même une source d'excès potentiels, le Gouvernement pouvant être tenté de choisir les directeurs de ces caisses, en refusant systématiquement ceux qui sont proposés, jusqu'au moment où un candidat lui plairait, ce qui ne serait pas tolérable.

Tel est l'objet de mon amendement, qui tend à corriger le dispositif, certes nécessaire, proposé par le Gouvernement et retenu par l'Assemblée nationale.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La petite histoire retiendra que, à une heure avancée de la nuit, la majorité sénatoriale de gauche a défendu une disposition introduite par le Gouvernement à l'Assemblée nationale contre un amendement déposé par un sénateur UMP ! *(Sourires.)* La preuve est ainsi faite que nous n'avons pas le sectarisme comme ligne de conduite et que nous savons aussi prendre en compte l'intérêt général, lorsqu'il est bien porté.

Cet amendement de repli tend à prévoir, non pas une approbation du ministre, mais une simple information de celui-ci sur les rémunérations et accessoires de rémunération des dirigeants des organismes privés de sécurité sociale. Or, à nos yeux, une telle mesure n'aurait aucune portée effective.

Pour cette raison, ainsi que pour celles qui ont été évoquées précédemment, la commission demande donc le retrait de cet amendement, faute de quoi elle émettrait un avis défavorable.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Monsieur Beaumont, si vous voulez que votre dispositif soit efficace, il faut exiger que l'information sur la rémunération soit rendue publique, plutôt que la réserver au ministre. Que peut-il en faire, le ministre ?

M. Jean Desessard. Rien !

M. Xavier Bertrand, ministre. Pour ma part, je n'ai pas une vocation de *sleeping partner*, comme on dit en bon patois picard ! *(Sourires.)*

Le problème est simple : si vous voulez que cessent les rémunérations exorbitantes de certains, il faut qu'elles soient connues, soit au sein de la caisse elle-même, soit à l'extérieur. Ce n'est pas tant l'approbation du ministre que la publicité qui pourrait efficacement mettre un terme aux comportements ahurissants de certains, qui n'auraient pas bien compris les exigences de l'époque.

Je demande donc à mon tour le retrait de cet amendement. À défaut, j'émettrai un avis de sagesse.

M. le président. Monsieur Beaumont, l'amendement n° 174 rectifié est-il maintenu ?

M. René Beaumont. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 174 rectifié est retiré.

L'amendement n° 342, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Alinéa 2, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

et du ministre chargé du budget

La parole est à M. le ministre.

M. Xavier Bertrand, ministre. Il s'agit d'un amendement de cohérence.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. À l'instar de M. le ministre, la commission sera elle aussi parfaitement cohérente sur ce sujet.

Cet amendement vise à prévoir, au surplus de l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale, celle du ministre chargé du budget, afin de permettre une harmonisation des positions prises au regard des différents organismes, sans distinction liée à leur statut juridique. Cette précision nous paraissant utile, nous avons émis un avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 342.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 62 *ter*, modifié.

*(L'article 62 *ter* est adopté.)*

Article 62 quater (nouveau)

Après le mot : « sociale », la fin de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 224-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « des organismes locaux du régime général et de tout organisme de tout autre régime de sécurité sociale. » – *(Adopté.)*

Article additionnel après l'article 62 quater

M. le président. L'amendement n° 257, présenté par Mmes Printz et Schillinger, MM. Ries, Kerdraon, Todeschini et les membres du groupe socialiste, apparentés et groupe Europe Écologie Les Verts rattaché, est ainsi libellé :

Après l'article 62 quater

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

1° L'intitulé de la section 2 du chapitre V du titre I^{er} du livre II est ainsi rédigé : « Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle » ;

2° L'article L. 215-3 est ainsi modifié :

a) Le début du premier alinéa est ainsi rédigé : « Pour la région Île-de-France, la caisse compétente mentionnée à l'article L. 215-1 n'exerce pas les missions... *(le reste sans changement)*. » ;

b) À la première phrase du second alinéa, les mots : « des caisses mentionnées » sont remplacés par les mots : « de la caisse mentionnée » ;

3° L'article L. 215-5 est ainsi modifié :

a) Le début du premier alinéa est ainsi rédigé : « La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle gère le régime... *(le reste sans changement)*. » ;

b) Au second alinéa, les mots : « régionale de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « mentionnée ci-dessus » ;

4° À l'article L. 215-6, les mots : « régionale de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle » ;

5° L'article L. 215-7 est ainsi rédigé :

« Art. L. 215-7. – La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle est administrée par un conseil d'administration de vingt et un membres comprenant :

« 1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

« 2° Huit représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

« 3° Un représentant désigné par la Fédération nationale de la mutualité française ;

« 4° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et désignées par l'autorité compétente de l'État, dont au moins un représentant des retraités et un représentant de l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie Alsace-Moselle.

« Siègent également avec voix consultative :

« a) Un représentant des associations familiales désigné par les unions départementales des associations familiales territorialement compétentes dans la circonscription de la caisse ; la désignation est effectuée par l'Union nationale des associations familiales si dans la circonscription de la caisse régionale il n'existe pas d'union départementale ou si, en cas de pluralité d'unions départementales dans cette circonscription, elles ne sont pas parvenues à un accord ;

« b) Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

« Lorsque le conseil d'administration se prononce au titre du 2° de l'article L. 215-1, seuls prennent part au vote les membres mentionnés aux 1° et 2°. » ;

6° Au premier alinéa des articles L. 216-1 et L. 281-4, les mots : « régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle » ;

7° L'article L. 222-1 est ainsi modifié :

a) Au 3°, les mots : « , ainsi que sur la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg » sont supprimés ;

b) Au 6°, les mots : « et de la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg » sont supprimés ;

8° L'article L. 251-7 est abrogé ;

9° Le 1° du II de l'article L. 325-1 est ainsi rédigé :

« 1° Salariés exerçant une activité dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, quel que soit le lieu d'implantation du siège de l'entreprise, et salariés d'un établissement implanté dans ces départements qui exercent une activité itinérante dans d'autres départements ; »

10° À la fin de la première phrase de l'article L. 357-14, les mots : « régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle ».

II. – Le I entre en vigueur au 1er janvier 2012.

III. – Par dérogation à l'article L. 231-2 du code de la sécurité sociale, le mandat des membres des conseils d'administration de la caisse chargée de la santé au travail compétente pour la région Alsace-Moselle et de la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg expire le 31 décembre 2011.

IV. – Par dérogation à l'article L. 325-1 du même code, les assurés salariés et leurs ayants droit bénéficiaires du régime local au 31 décembre 2011 conservent le bénéfice dudit régime pour la durée pendant laquelle ils remplissent les conditions d'ouverture des droits prévues par la législation en vigueur à cette date.

V. – Le premier alinéa de l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle s'applique aux membres des professions agricoles et forestières relevant des assurances sociales agricoles mentionnés ci-après :

« – salariés d'une entreprise ayant son siège social dans le département du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, quel que soit leur lieu de travail en France métropolitaine et salariés travaillant dans l'un de ces trois départements pour une entreprise ayant son siège hors de ces départements ;

« – personnes visées aux 4° à 11° du II de l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale. »

La parole est à M. Ronan Kerdraon.

M. Ronan Kerdraon. Ma collègue Gisèle Printz étant absente, c'est à un Breton qu'échoit le redoutable privilège de défendre l'Alsace-Moselle. Nul n'est parfait ! (*Sourires.*)

Les conseils d'administration de la caisse régionale d'assurance vieillesse et de la caisse régionale d'assurance maladie d'Alsace-Moselle ont voté, au printemps 2010, le principe de la fusion des deux caisses au 1^{er} janvier 2012, en vue d'instituer une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, une CARSAT, comme il en existe depuis le 1^{er} juillet 2010 sur le reste du territoire.

Le Parlement a adopté la disposition législative nécessaire en 2011, à l'occasion de l'examen de la proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « proposition de loi Fourcade ». Toutefois, le Conseil constitutionnel a annulé l'article concerné, au motif qu'il n'avait pas de lien avec le texte en discussion.

Une telle mesure d'organisation trouve en revanche pleinement sa place dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, plus particulièrement dans la section consacrée aux dispositions relatives à la gestion du risque, à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement.

La création d'une CARSAT en Alsace-Moselle devrait en effet permettre d'optimiser la gestion administrative des organismes locaux et de créer une synergie entre les missions conjointes – santé au travail et maintien dans l'emploi des seniors – et les missions convergentes – service social et action sociale retraite.

Le présent amendement vise à mettre en place cet organisme à compter du 1^{er} janvier 2012. La nouvelle entité aura un fonctionnement similaire à celui des autres CARSAT, tout en intégrant les spécificités issues du droit local d'Alsace-Moselle.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Une disposition similaire a déjà été votée dans le cadre de la réforme de la loi HPST, l'été dernier, mais le Conseil constitutionnel l'a annulée en raison de son absence de lien avec le texte de loi.

La voie législative étant indispensable pour permettre la mise en place de cette CARSAT, il importe de lever ce verrou. L'avis de la commission est donc favorable.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Avis favorable.

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

M. Alain Milon. Il est vrai que ce texte avait été adopté à l'unanimité dans le cadre de la proposition de loi Fourcade, ici, au Sénat, et à l'Assemblée nationale.

Je voudrais seulement faire remarquer que le Conseil constitutionnel, dans la décision qui a été évoquée, avait également rejeté d'autres cavaliers législatifs de la proposition de loi Fourcade, qui auraient eu leur place dans ce PLFSS. Le groupe UMP votera cet amendement. Toutefois, nous aurions aimé, chers collègues de la nouvelle majorité sénatoriale, que vous en fassiez de même avec les amendements que nous avons présentés pour introduire dans le présent projet de loi d'autres mesures annulées à l'époque par le Conseil constitutionnel. Vous en avez décidé autrement, et c'est dommage.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 257.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 62 *quater*.

Section 7

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article additionnel avant l'article 63

M. le président. L'amendement n° 48, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Avant l'article 63

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au I de l'article 1635 *bis* Q du code général des impôts, le mot : « sociale » est supprimé.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Le collectif budgétaire de juillet 2011 a introduit une contribution de 35 euros pour toute procédure judiciaire introduite en matière civile, commerciale, prud'homale, sociale ou rurale. Cette mesure nous paraît particulièrement choquante pour les instances en matière de sécurité sociale ou d'incapacité. Cet amendement a donc pour objet de la supprimer pour l'aide juridique en matière de contentieux de la sécurité sociale.

En effet, depuis la loi de 1946, les procédures contentieuses en matière de sécurité sociale sont gratuites et sans frais. C'est d'ailleurs ce qu'a rappelé une circulaire du ministère de la justice du 30 septembre 2011, aux termes de laquelle ne sont pas concernées par la contribution de 35 euros les procédures devant le tribunal des affaires de sécurité sociale et le tribunal du contentieux de l'incapacité, ainsi que devant les instances d'appel ou de contentieux.

Au travers de cet amendement, la commission propose donc de supprimer explicitement l'assujettissement des contentieux de sécurité sociale à cette contribution, afin d'éviter tout doute dans l'application de la loi.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. René Teulade, pour explication de vote.

M. René Teulade. Comme vient de l'exposer M. le rapporteur général, il est selon nous indispensable d'éclaircir les dispositions en vigueur en supprimant le mot « sociale » de l'article instituant une contribution de 35 euros pour toute procédure judiciaire, nonobstant sa caducité de fait.

Nous voterons donc en faveur de cet amendement.

Néanmoins, nous souhaitons revenir brièvement sur l'instauration de cette contribution pour les autres procédures, qui avait été votée en catimini, lors d'un collectif budgétaire, en plein mois de juillet. En effet, une fois de plus, sous prétexte de vouloir résorber les déficits publics, c'est toute une partie de la population que l'on pénalisera.

Cette mesure, particulièrement choquante en matière de sécurité sociale et d'incapacité, l'est tout autant en matière de prud'homale. L'accès à la justice était déjà difficile pour de nombreux salariés démunis et intimidés par les lourdeurs procédurales, d'ailleurs accentuées par la nouvelle carte judiciaire. Dorénavant, ce le sera encore plus, en raison de l'obligation d'acquitter une somme de 35 euros.

Cette contribution aura des conséquences négatives sur l'accès au juge par les citoyens. À ce titre, elle porte atteinte à un certain nombre de droits et principes fondamentaux, tels que le droit d'accès à la justice et au juge, le droit à un recours juridictionnel effectif, le principe constitutionnel d'égalité devant la justice ou encore le principe d'égalité devant l'impôt et les charges publiques.

Inclure un paramètre financier dans l'accès à la justice n'est jamais bénéfique. Il nous faut éviter l'écueil d'une justice à plusieurs vitesses, comme il en existe aux États-Unis. Or cette contribution est exactement le genre de mesure qui ouvre la boîte de Pandore.

Soucieux de respecter la procédure, nous ne déposons évidemment aucun amendement de suppression plus large, qui se révélerait être un cavalier législatif. Néanmoins, nous voulions vivement rappeler que cette contribution n'est pas une bonne solution pour rendre le financement de l'aide juridictionnelle pérenne.

En revanche, je vous informe que nos collègues de la commission des finances s'attelleront à cette question lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2012.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 48.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, avant l'article 63.

Article 63

I. – L'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

2° Le sixième alinéa est ainsi modifié :

a) La deuxième phrase est complétée par les mots : « dans un délai fixé par voie réglementaire » ;

b) La dernière phrase est complétée par les mots : « ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir » ;

3° À la fin de la première phrase du huitième alinéa, les mots : « la juridiction administrative » sont remplacés par les mots : « le tribunal des affaires de sécurité sociale » ;

4° La deuxième phrase du neuvième alinéa est supprimée ;

5° Après le neuvième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est fait application, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes débiteurs de prestations familiales, des articles L. 553-2 et L. 835-3 du présent code, de l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles et de l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation et, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes d'assurance vieillesse, des articles L. 355-2 et L. 815-10 du présent code.

« Les faits pouvant donner lieu au prononcé d'une pénalité se prescrivent selon les règles définies à l'article 2224 du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné. »

II. – L'article L. 133-4 du même code est ainsi modifié :

1° La dernière phrase du huitième alinéa est supprimée ;

2° L'avant-dernier alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise. »

III. – Le IV de l'article L. 162-1-14 du même code est ainsi modifié :

1° Le b du 3° est ainsi modifié :

a) La première phrase est complétée par les mots : « ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir » ;

b) À la fin de la seconde phrase, le mot : « administratif » est remplacé par les mots : « des affaires de sécurité sociale » ;

2° La deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa est supprimée ;

3° Avant le dernier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est fait application pour les assurés sociaux de l'article L. 133-4-1.

« Les faits pouvant donner lieu au prononcé d'une pénalité se prescrivent selon les règles définies à l'article 2224 du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné. »

IV. – L'article L. 162-1-14-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au neuvième alinéa, après le mot : « récidive », sont insérés les mots : « dans un délai fixé par voie réglementaire » ;

2° Après le onzième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les décisions prononçant les sanctions prévues au présent article peuvent être contestées devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. Quand ces sanctions consistent en des pénalités financières, elles sont recouvrées selon les modalités définies aux septième et neuvième alinéas du IV de l'article L. 162-1-14. »

V. – Le deuxième alinéa de l'article L. 162-1-14-2 du même code est ainsi modifié :

1° Après le mot : « notifiée », sont insérés les mots : « et recouvrée » ;

2° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« La pénalité peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. »

VI. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 262-52 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « pour la pénalité prévue à » sont remplacés par les mots : «, en matière de prestations familiales, aux sixième, septième, neuvième et dixième alinéas du I, à la seconde phrase du onzième alinéa du I et au II de ».

VII. – Les juridictions administratives demeurent compétentes pour connaître des recours formés devant elles contre les décisions prononçant les sanctions prévues aux articles L. 114-17 et L. 162-1-14 à L. 162-1-14-2 du code de la sécurité sociale et pendant à la date de promulgation de la présente loi.

VIII (*nouveau*). – Le premier alinéa des articles L. 355-3 et L. 723-13 et le dernier alinéa de l'article L. 815-11 du code de la sécurité sociale sont complétés par les mots : «, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration ».

M. le président. L'amendement n° 134 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Dominique Watrin.

M. Dominique Watrin. Répondant à la frange la plus droitière de la majorité, le Gouvernement a soutenu à l'Assemblée nationale la plupart des amendements de la Droite populaire sur la fraude sociale.

Ainsi, la figure mythique du fraudeur est de nouveau mise en avant. Où se cache-t-il ? Parmi les plus démunis, bien sûr ! Le Gouvernement semble décidé à stigmatiser les plus pauvres, qui seraient la source de tous nos maux. Or toutes les études le prouvent, la majorité des fraudes sont moins le fait des bénéficiaires d'allocations que des employeurs eux-mêmes.

Voyez-vous, mes chers collègues, nous aussi, nous sommes contre la fraude, car elle affaiblit notre pacte social. Toutefois, est-il besoin de le rappeler, la plus grande partie des fraudes sociales détectées, qui représentent au total 458 millions d'euros, porte sur les prestations perçues et non sur les prélèvements.

En réalité, cette fraude aux prélèvements, c'est-à-dire les cotisations patronales et salariales non versées en raison du travail illégal, serait d'un montant quatre fois supérieur à celui de la fraude aux prestations.

Ainsi, la priorité est véritablement de s'attacher à la lutte contre la fraude aux prélèvements, en particulier au travail dissimulé, qui représente le gisement de fraude le plus important. Ce n'est peut-être pas vendeur électoralement, mais c'est là qu'il faut agir, en proposant des mesures qui ne figurent pas dans cet article. C'est la raison pour laquelle nous proposons de supprimer ce dernier.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je peux partager les considérations qui viennent d'être formulées sur toutes ces questions relatives à la fraude.

L'article 63, que l'amendement n° 134 rectifié vise à supprimer, contient essentiellement des mesures de simplification technique, notamment à l'égard des justiciables, en harmonisant les règles de contentieux entre les régimes et les caisses.

Il est en effet arrivé qu'une même personne, souhaitant contester une pénalité financière, ait à engager deux actions contentieuses devant deux juridictions différentes. Désormais, tout se fera devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. De même, sont simplifiés et harmonisés les modes de recouvrement des pénalités, des indus, ainsi que les prescriptions.

Au vu de ces différents éléments, je suis amené à solliciter le retrait de l'amendement. À défaut, j'émettrai un avis défavorable, même si, je le répète, je comprends le point de vue général présenté par M. Watrin sur ce sujet.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Mesdames, messieurs les sénateurs, au moment où s'engage la discussion des articles relatifs à la fraude, je veux vous exposer très clairement ma conviction en la matière. Du reste, j'ai déjà eu l'occasion de le faire, ici même, en réponse à une question d'actualité posée au Gouvernement.

Pour moi, les fraudeurs sont des voleurs. Il n'y a pas d'autre mot. Je rejette toute idée de système D : ce n'est rien d'autre que du vol, dans la poche des Français.

Croyez-le, je m'attaque aux fraudeurs, quels que soient leurs statuts ou leurs situations. Et je mettrai la même énergie – j'y insiste – à m'en prendre à celui qui a un faux arrêt de travail et à celui qui l'a signé, à m'en prendre au faux chômeur et à celui qui le recrute.

L'entrepreneur qui fait tourner son entreprise uniquement avec du travail clandestin mérite la fermeture administrative de cette dernière. Une disposition votée dans le cadre de la loi relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité me donne la possibilité d'agir en ce sens.

Mme Catherine Génisson. Ce n'est pas ce qui se passe aujourd'hui!

M. Xavier Bertrand, ministre. Je n'hésiterai pas à y recourir aussitôt que les décrets d'application seront publiés.

J'en suis persuadé, les Français nous suivent largement dès lors que notre démarche est juste. La justice, en la matière, c'est de nous en prendre à celui qui fraude, quel que soit, je le répète, sa situation ou son statut.

Je ne me laisserai pas caricaturer. Cela fait suffisamment longtemps que je suis mobilisé sur ce sujet de la lutte contre la fraude – depuis 2004, précisément, quand j'ai fait pour la première fois mon entrée dans un gouvernement en tant que secrétaire d'État à l'assurance maladie.

Tout ce que je sais sur la fraude, ce sont les agents des caisses de sécurité sociale travaillant sur le terrain qui me l'ont expliqué. Je ne connais pas de meilleurs défenseurs de la protection sociale. Ces professionnels ne nous demandent qu'une chose : avoir les moyens de lutter véritablement contre la fraude, car chaque euro récupéré sert à financer la vraie et juste solidarité ; rien de plus, rien de moins. (*Mmes Catherine Deroche et Marie-Thérèse Bruguière applaudissent.*)

M. Antoine Lefèvre. Très bien !

M. Xavier Bertrand, ministre. Le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. La parole est à M. René Teulade, pour explication de vote.

M. René Teulade. Nous commençons donc là l'étude de la dernière section de ce PLFSS pour 2012 relative au contrôle et à la lutte contre la fraude.

En raison de l'heure tardive et de la longueur de nos débats, dont je veux néanmoins souligner la qualité, j'essayerai d'être le plus bref possible. Néanmoins, je tiens à faire part, au nom du groupe socialiste-EELV, de certaines remarques qui nous paraissent importantes.

Premièrement, je le répète avec force, nous sommes évidemment tous d'accord pour combattre la fraude, non seulement en raison des pertes financières qui en résultent, et je reviendrai sur ce point, mais aussi au nom de l'égalité devant les charges et de la justice sociale.

Cessez donc de faire croire que la gauche se montrerait irresponsable et laxiste envers les fraudeurs alors que la droite serait, elle, vertueuse en s'emparant du problème à bras-le-corps !

Ce qui est vrai, force est de le constater, c'est que cette lutte s'apparente pour le Gouvernement et sa majorité à une véritable antienne : « fraude massive », « assistanat » et même « cancer de la société », voilà autant d'images qui correspondent, en effet, à une vision conflictuelle de la

société, que nous sommes très loin de partager ! Cela n'est pas à la hauteur de la responsabilité qui nous incombe, d'autant plus que nous connaissons des temps difficiles.

Deuxièmement, je tiens à resituer le contexte : quels sont les montants en jeu ?

Pour répondre à cette question, il convient d'effectuer deux distinctions.

D'une part, la fraude estimée – notion imprécise, convenez-en, et aux frontières assez floues – n'est pas la fraude constatée. La fraude estimée oscille, selon les calculs de la Cour des comptes, entre 10 milliards d'euros et 19 milliards d'euros. Quant à la fraude détectée, elle est évaluée à 458 millions d'euros en 2010.

Les ordres de grandeur sont donc totalement différents et restent de toute façon faibles, comparés à la totalité des dépenses annuelles et du déficit, qui s'élèvent à 420 milliards d'euros.

D'autre part, il faut différencier la fraude aux prestations et la fraude aux prélèvements, plus couramment appelée « travail au noir » : la première représenterait entre 2 milliards d'euros et 3 milliards d'euros par an, la seconde, entre 8 milliards d'euros et 16 milliards d'euros par an.

Vous le voyez, c'est donc au travail illégal qu'il faudrait s'attaquer en priorité. Or le présent projet de loi ne s'y attelle que très peu et se concentre en grande partie sur ce que je qualifierai de « petite fraude ».

Troisièmement, je rappelle simplement que la part de la fraude, par nature, reste stable. Autrement dit, elle n'est responsable en rien du creusement du déficit.

Quatrièmement, je souligne que la fraude d'en haut, c'est-à-dire des riches, notamment au travers de l'évasion fiscale ou de la fraude aux prélèvements obligatoires, représente, elle, bien plus que celle des plus démunis !

Cinquièmement, et enfin, je mets en garde contre toutes les dérives qui découlent souvent d'un même discours et auxquelles d'aucuns voudraient nous habituer.

Certaines propositions, heureusement non reprises par le rapport de la MECSS, la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, telle que la carte Vitale biométrique, sont lourdes de conséquences.

Pour toutes ces raisons, il y a selon nous une forme de malhonnêteté à vouloir faire croire que la lutte contre la fraude sociale serait susceptible de résorber les déficits des comptes sociaux. Il faut plutôt regarder du côté de ceux qui profitent des cadeaux fiscaux accordés durant ce quinquennat ou qui peuvent s'allouer les services de conseillers fiscaux dans le but de payer toujours moins d'impôts !

Monsieur le ministre, mes chers collègues, notre position est claire : oui à la lutte contre la fraude, et ce à tous les niveaux ; mais non à une politique stigmatisante, qui vise toujours les mêmes ! (*M. Ronan Kerdraon et Mme Laurence Cohen applaudissent.*)

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Très bien !

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

M. Jean Desessard. Je ne pourrai pas voter l'amendement présenté par nos camarades communistes (*Sourires.*), et cela pour les raisons avancées par M. le rapporteur général, même si la vision politique qui nous a été exposée est intéressante.

C'est à vous, monsieur le ministre, que mon intervention s'adresse en premier lieu. Votre discours fut brillant, vibrant même, surtout quand vous avez dit votre détermination à vous attaquer au faux chômeur comme à celui qui l'emploie ! Il donnait envie de vous applaudir !

Maintenant, la vraie question est là : vous donnez-vous les moyens de vos ambitions ?

Mme Catherine Génisson. Voilà !

M. Jean Desessard. Prenons les inspecteurs du travail : leurs effectifs diminuent.

M. Xavier Bertrand, ministre. C'est faux !

M. Jean Desessard. Mais si !

M. Xavier Bertrand, ministre. Le plan Larcher est appliqué scrupuleusement !

M. Jean Desessard. Répondez-moi de façon précise : les moyens octroyés aux contrôleurs de l'URSSAF enregistrent-ils une augmentation ou une diminution ?

Puisque vous affichez votre volonté de lutter contre la fraude, en particulier contre le travail clandestin, il est légitime de vous demander si le Gouvernement consacre véritablement les moyens pour mettre en application le discours que vous venez de prononcer, avec brio d'ailleurs. En d'autres termes, les actes suivent-ils ?

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Monsieur Desessard, ce que demandent prioritairement les agents de terrain, ce sont des moyens juridiques et informatiques, car la principale difficulté à laquelle ils sont confrontés réside dans le cloisonnement des informations. Ils pâtissent de ne pouvoir accéder à l'ensemble des renseignements concernant les prestations, ignorant même parfois le train de vie des bénéficiaires.

Je l'ai dit et je le répète très clairement, avec tout le respect que je porte à mes collaborateurs : tout cela, je l'ai appris des contrôleurs. S'ils souhaitent bien sûr être plus nombreux, ils insistent surtout sur l'absolue nécessité d'avoir accès aux informations.

À mon sens, la manière dont sont pratiqués les contrôles en France n'est pas la meilleure. C'est là le vrai sujet. On contrôle quasiment tout le monde de la même façon – je caricature à peine –, alors qu'il faudrait davantage s'intéresser, par exemple, aux très gros prescripteurs.

Le médecin qui prescrit cinq fois plus d'arrêts de travail n'abuse pas forcément de la situation. Néanmoins, il est légitime de lui demander des explications. Peut-être soutiendra-t-il que sa patientèle comprend plus de salariés que de retraités, contrairement à ce que connaît son confrère installé à un autre endroit.

Mesdames, messieurs les sénateurs, personne n'est fraudeur par principe. J'affirme simplement que certains comportements requièrent plus d'informations que d'autres.

Or c'est l'informatique qui est l'outil le plus à même d'assurer le meilleur ciblage.

Mme Catherine Génisson. Pas seulement.

M. Xavier Bertrand, ministre. Tout doit se faire, bien sûr, dans le respect des préconisations de la CNIL.

Ce n'est pas une question d'argent ou de recrutements supplémentaires. J'y insiste, les agents ont avant tout besoin de moyens informatiques, pour décloisonner les sources d'information, et juridiques.

Je rappelle qu'un amendement relatif à l'isolement a été voté à l'Assemblée nationale, sur l'initiative du député Dominique Tian. En effet, l'une des fraudes les plus constatées, qui n'est pas forcément la plus importante en volumes et en sommes déboursées, porte sur ce que l'on appelle le « faux isolement ».

Il arrive ainsi qu'une personne déclare vivre seule avec des enfants alors qu'elle est en concubinage ou en couple. Cette fraude ne représente, me direz-vous, que quelques centaines d'euros par mois, mais elle constitue une forme de désincitation à la reprise d'activité.

Voilà pourquoi la fraude est aussi l'ennemie de la valeur travail. Tant que la notion d'isolement économique n'est pas mieux définie, les contrôleurs ne peuvent pas intervenir dans les meilleures conditions. Ce sont eux qui me l'ont dit en m'exposant les difficultés auxquelles ils sont confrontés.

Au-delà des moyens informatiques et juridiques, il faut une volonté politique, et j'en viens à votre intervention, monsieur Teulade.

Pour ma part, je crois à la politique par la preuve. Vous vous dites favorable à la lutte contre la fraude ? Nous verrons bien quels sont les amendements que vous voterez et quelle attitude vous adopterez.

Vous n'aviez même pas fini votre démonstration qu'aussitôt vous nous avez fait votre grande sortie sur les cadeaux fiscaux ! C'est mon ami Éric Woerth qui, avec moi, s'est le plus engagé sur toutes les questions relatives à la lutte contre la fraude, notamment sur l'évasion fiscale.

Pourquoi chercher à minorer les actions menées, sous prétexte que les sommes récupérées ne sont pas énormes ? La fraude, quel que soit son montant, c'est du vol.

Les gens acceptent de faire des efforts, mais souhaitent que tout le monde en fasse de même. J'étais en Haute-Saône jeudi dernier et je me suis rendu dans une usine, comme cela m'arrive toutes les semaines. Or le premier sujet à être venu en discussion, c'est le travail, la valeur travail, et tous ceux que j'ai rencontrés m'ont tenu le même discours : « Nous savons pertinemment, et vous aussi, monsieur le ministre, qu'il y a des situations dans lesquelles les gens fraudent. Que faites-vous pour y remédier ? »

Voilà pourquoi, monsieur Teulade, dans notre système de protection sociale, que vous connaissez bien, il n'est pas possible d'accepter que certains, quels que soient leurs statuts, dérogent aux règles du jeu. C'est aussi simple que cela.

En la matière, personne n'a de leçons à donner, je le concède bien volontiers. Nous sommes tous d'accord pour afficher notre volonté de lutter contre la fraude. Soit, mais nous verrons bien à la fin qui a voté quoi : rien de plus, rien de moins !

Cela permettra à chacun d'être comptable de ses actes et de ses votes. Il ne faut pas être gêné, car, vous savez, sur ce sujet, il n'y a pas, aux yeux de la population, de clivage gauche-droite.

M. Jean Desessard. Cela dépend qui l'on contrôle, monsieur le ministre !

M. Xavier Bertrand, ministre. Tous ceux dont le comportement le nécessite doivent être contrôlés.

Si ce clivage existe parmi les élus, je suis curieux de voir qui est connecté avec la réalité et qui ne l'est pas.

M. le président. Monsieur Watrin, l'amendement n° 134 rectifié est-il maintenu ?

M. Dominique Watrin. Je prends en considération les arguments selon lesquels la suppression de l'article ne serait pas tout à fait conforme à notre proposition. Pour autant, je pense que nous avons porté un débat, certes limité à cette heure avancée de la nuit, mais qui est véritablement utile et qui devrait, d'ailleurs, être poursuivi à d'autres occasions.

En effet, il a quand même été démontré, chiffres à l'appui, que ce n'est pas la fraude qui réglera le problème des déficits. Nous avons également entendu des chiffres montrant que le travail dissimulé et la fraude aux cotisations patronales, pour autant qu'on puisse les connaître, pèsent beaucoup plus lourd que les fraudes sur les prestations.

Or il ne me semble pas que M. le ministre ait répondu à cette question.

M. Jean Desessard. Absolument !

M. Dominique Watrin. Alors qu'il a systématiquement évoqué les prestations des allocataires, il n'a jamais donné de réponse sur le travail dissimulé, ni sur les cotisations patronales.

Si l'on veut mener le combat contre la fraude, il faut, me semble-t-il, lutter contre toutes les fraudes, en particulier contre celles qui causent le plus de mal à nos comptes sociaux. *(Très bien ! et applaudissements sur les travées du groupe CRC et du groupe socialiste-EELV.)*

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

M. le président. L'amendement n° 134 rectifié est retiré.

La parole est à M. le ministre.

M. Xavier Bertrand, ministre. Depuis que j'ai pris mes fonctions dans ce ministère, j'ai moi-même présidé des comités de lutte contre la fraude, et ceux-ci ont bien évidemment porté sur le travail dissimulé par les employeurs et sur la fraude aux cotisations. Leur champ ne se limitait pas aux prestations !

Parmi les députés très impliqués sur le sujet, Dominique Tian lui-même rappelle que, dans l'estimation de 4 milliards d'euros réalisée par la Cour des comptes, il y a, au-delà de la question des prestations, celle des cotisations, lesquelles peuvent monter à 20 milliards d'euros.

Par ailleurs, j'ai été choqué, monsieur Teulade, de vous entendre affirmer que la fraude aux prestations ne jouerait pas sur les déficits, au motif que la somme en cause serait assez constante. Non, monsieur le sénateur, ce n'est pas une fatalité ! Ou alors, il faut reconnaître que la réalité est connue mais qu'on ne s'y attaque pas !

Pour ma part, je ne fais pas de la politique pour avoir ce genre de comportement. Je ne détourne pas les yeux ! Je ne dis pas que cela a toujours existé et qu'on va continuer de la même façon, en veillant simplement à ce que le problème ne s'aggrave pas !

Un sujet fait d'ailleurs débat aujourd'hui. Regardez ce qui se passe en matière d'arrêts de travail. Celui dont l'arrêt de travail est considéré comme abusif et qui a perçu des indemnités indûment reprend le travail, et c'est tout. Naturellement, ce

n'est pas moi qui me prononce sur le caractère abusif, ou non, de cet arrêt de travail : c'est le médecin conseil de la sécurité sociale, au vu de critères qui sont connus et applicables à tout le monde.

La personne concernée reprend donc le travail sans qu'on ne lui demande rien. Mesdames, Messieurs les sénateurs de gauche, trouvez-vous cela normal ? Moi, non ! Je trouve cela choquant.

M. Jean Desessard. Le médecin conseil ne va pas voir les gens !

M. Xavier Bertrand, ministre. Le médecin conseil ne contrôle pas ?

M. Jean Desessard. Il contrôle bizarrement...

M. Xavier Bertrand, ministre. Monsieur le sénateur, il n'est pas bien de vous exprimer ainsi ! Faire allusion à des « contrôles bizarres », c'est mettre en cause ceux qui sont des médecins et qui, eux non plus, ne font pas leur travail n'importe comment. Or ils établissent qu'il existe entre 10 % et 15 % d'arrêts de travail de longue durée abusifs, pour ne pas utiliser un autre mot. La proportion est considérable.

À l'issue de ces arrêts, les personnes concernées reprennent le travail, et c'est tout. Pour ma part, je pense qu'il faut demander le remboursement de tout ou partie des salaires et de la prise en charge perçus par la personne en arrêt de travail abusif, constaté comme tel par le médecin conseil. Cela aura un effet dissuasif, je l'assume clairement.

Toutefois, en parallèle, seront prises des mesures qui, je ne le cache pas, ne plairont peut-être pas, même en dehors de cet hémicycle, car certains les trouveront compliquées, et qui viseront le signataire de l'arrêt de travail.

Mme Catherine Génisson. Absolument !

M. Xavier Bertrand, ministre. J'en ai tout à fait conscience. Je m'en suis entretenu avec des syndicats de médecins qui écoutent attentivement mes propos et réagissent. Je suis prêt à le dire devant toute assemblée médicale, quelle qu'elle soit.

Je le répète, il ne s'agit pas d'avoir la même attitude à l'égard de tous les médecins, mais un comportement de surprescription mérite que l'on s'interroge : le rapport à la patientèle explique-t-il cette attitude ? En tout état de cause, tout le monde doit savoir que, en matière de lutte contre la fraude, nous allons passer à la vitesse supérieure.

M. le président. L'amendement n° 73 rectifié, présenté par M. Watrin, Mmes Cohen et David, M. Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 23

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au troisième alinéa (2°), les mots : « le tact et la mesure » sont remplacés par les mots : « un plafond dont le montant est défini par décret » ;

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Certains professionnels réalisent des dépassements d'honoraires qui contraignent les patients, notamment les plus modestes, à renoncer aux soins. C'est particulièrement vrai dans certaines villes, où il est quasiment impossible de consulter des professionnels de santé en secteur 1.

L'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale prévoit bien que ces dépassements doivent être limités, mais il fait référence à une formule plus que floue, celle de « tact et mesure ».

Lors de l'examen du PLFSS pour 2011, nous avons déjà déposé cet amendement et Mme Bachelot-Narquin nous avait affirmé qu'il existait une disposition réglementaire précisant ce qu'étaient le tact et la mesure. Nous lui avons alors fait confiance et avons retiré cet amendement.

Si nous le déposons à nouveau aujourd'hui, c'est que la disposition réglementaire en question ne nous satisfait pas. En effet, elle prévoit que : « Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières. » Autant dire que cette définition n'apporte rien de plus que la fameuse formule floue « tact et mesure »,...

M. Jean Desessard. Voilà !

Mme Laurence Cohen. ... et qu'elle laisse les professionnels de santé libres de déterminer leurs honoraires en leur âme et conscience, allais-je dire.

Certaines caisses d'assurance maladie considèrent, de leur côté, qu'un honoraire ne respecte pas le tact et la mesure lorsqu'il est supérieur au dépassement constaté dans un même département. Voilà tout de même une curieuse conception ! En effet, si tous les professionnels décidaient d'augmenter simultanément le prix de leurs consultations, le niveau de « tact » et de « mesure » s'accroîtrait mécaniquement et autoriserait l'augmentation des dépassements.

Pour éviter cette situation, il faut que fassent l'objet d'une sanction les médecins exposant les assurés à des dépassements d'honoraires supérieurs à un plafond qui serait défini par décret. Tel est l'objet de notre amendement.

M. Jean Desessard. Bravo !

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'amendement vise à insérer un alinéa dans cet article pour prévoir que le montant maximal du dépassement d'honoraires devra être fixé par décret.

Il permet, une nouvelle fois – et c'est tant mieux ! – d'aborder un sujet qui, à notre avis, est préoccupant, et même central, celui des dépassements d'honoraires.

Je comprends parfaitement le désir exprimé par nos collègues auteurs de cet amendement de fixer un plafond à ces dépassements.

Pour autant, je ne suis pas tout à fait certain que cette disposition ait sa place dans l'article dont nous débattons actuellement. Je tiens aussi à souligner, si nous devons traiter ce sujet complètement et au fond, que le plafond pourrait susciter un appel d'air, attirant vers ce montant tous les professionnels de santé qui se situaient à un niveau inférieur.

Je demande donc le retrait de cet amendement, faute de quoi je serais contraint d'émettre un avis défavorable, bien que je partage largement la philosophie de cette disposition et que je souhaite, moi aussi, agir sur ce problème.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Mesdames, messieurs les sénateurs de la majorité, il y a tout même une légère incohérence à rejeter le secteur optionnel et à déposer un tel amendement !

Le secteur optionnel n'est pas la panacée, mais il vise à attirer les médecins du secteur 2 pour permettre aux patients de disposer davantage de tarifs opposables ou, du moins, d'être pris en charge par la sécurité sociale et par les assurances complémentaires. Les députés reviendront sur ce sujet en commission mixte paritaire.

J'ai lancé un plan d'action en concertation avec le conseil de l'ordre sur ce qui n'est pas compatible avec « le tact et la mesure ». Nous prévoyons notamment un décret. Mais vous, ce que vous voulez, c'est tout encadrer, tout fixer, on le voit bien !

J'attire votre attention sur un point, qu'il faut bien comprendre : dans l'exercice libéral, il y a un mot qui, à mes yeux, n'est pas anecdotique, c'est le terme « libéral ».

Du reste, chacun doit exercer ces responsabilités pour encadrer cet exercice. Interrogez le président du conseil de l'ordre des médecins, M. Michel Legmann : il n'a pas l'intention de rester les bras ballants sur ce sujet !

Nous allons avancer. Toutefois, lorsque nous trouvons des solutions comme le secteur optionnel, que vous les repoussez et que vous présentez ensuite un tel amendement, cela pose tout de même un problème de cohérence.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Catherine Génisson. Nous n'allons pas reprendre le débat sur le secteur optionnel.

M. Xavier Bertrand, ministre. Quel dommage ! (*Sourires sur les travées de l'UMP.*)

Mme Catherine Génisson. Toutefois, que je sache, ce secteur ne s'adresse pas aux médecins généralistes.

Je pense vraiment qu'il existe des dérives. Il faut le dire, une minorité est responsable de pratiques totalement exagérées et inacceptables, lesquelles rejaillissent finalement sur l'ensemble de la profession médicale et la discréditent. Nous sommes vraiment ici en dehors de l'éthique médicale.

Monsieur le ministre, je voudrais revenir sur vos propos relatifs à la lutte contre la fraude.

Vous avez souligné qu'il était important d'utiliser les moyens informatiques, notamment les registres. Certes ! Mais il existe quand même un niveau de fraude qui nécessite l'intervention humaine, me semble-t-il. Quand on veut chercher le travail au noir, quand on veut traquer les comportements anormaux, il arrive un moment où l'on a besoin soit du médecin conseil, soit de l'inspecteur du travail. Les registres, si perfectionnés soient-ils, ne suffisent pas à détecter les fraudes. Aller sur le terrain, c'est souvent utile. Et là, monsieur le ministre, je pense vraiment qu'on manque sérieusement de moyens !

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Madame la sénatrice, je vais vous relater une anecdote pour confirmer l'intérêt d'aller sur le terrain.

Il fut une époque où les contrôles des fraudes à l'allocation de parent isolé étaient précédés d'un courrier, qu'envoiaient les agents des caisses d'allocations familiales aux bénéficiaires pour préciser le jour et l'heure de leur venue. Ne croyez-vous pas qu'il y avait là une incompatibilité avec le contrôle?

Cette mesure avait été prise par une ministre déléguée à la famille qui s'appelait Ségolène Royal!

Mme Catherine Génisson. Elle était trop bien élevée! (*Sourires sur les travées du groupe socialiste-EELV.*)

M. Xavier Bertrand, ministre. J'ai mis un terme à cette pratique.

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

M. Jean Desessard. Monsieur le ministre, il est trop tard pour engager une discussion sur les méthodes actuelles de vérification des fraudes, même s'il y aurait beaucoup à dire! Parfois, au lieu d'aller voir les malades, on les convoque, alors qu'ils sont incapables de se déplacer, mais passons!

Monsieur le ministre, vous n'avez pas répondu – pas plus, d'ailleurs, que M. le rapporteur général – à la question posée par mes collègues communistes: qu'apportent les mots « tact et mesure »? Le problème est réel dans une société aujourd'hui individualiste.

Du tact, les patrons en ont. Ils gagnent deux cent fois plus que les ouvriers, mais avec mesure et tact!

Monsieur le ministre, vous vous êtes trompé quand vous avez évoqué tout à l'heure l'effet de la publication du montant de certaines rémunérations par le ministère des affaires sociales. Il n'est pas vrai, ou plus vrai, que les patrons aient honte de gagner beaucoup d'argent. Au contraire, c'est devenu un concours entre eux!

D'ailleurs, l'une des raisons pour lesquelles ils veulent privatiser les entreprises publiques, c'est qu'ils y gagnent dix fois moins que dans le secteur complètement libéral, alors qu'ils ont les mêmes diplômes, les mêmes responsabilités, voire plus de salariés sous leurs ordres.

On assiste maintenant à un concours dont l'enjeu est de gagner le plus possible. Et les discussions entre patrons portent sur leurs rémunérations respectives et sur l'intérêt de privatiser les entreprises nationalisées à seule fin d'augmenter le salaire de leurs dirigeants. Il n'y a plus de mesure et on ne sait pas où le tact. C'est le règne du sang-gêne!

La formule « tact et mesure » n'apporte pas grand-chose en matière de contrôle, puisque c'est cela que vous avez évoqué. À moins de vouloir pratiquer des contrôles « avec tact et mesure », ce qui mériterait quelques explications!

On le voit bien, cette notion est floue. Enfin, je le répète, monsieur le ministre, monsieur le rapporteur général, vous n'avez pas répondu s'agissant de la dimension opérationnelle de la formule, à laquelle l'amendement déposé par nos camarades communistes vise à substituer la création d'un plafond.

M. le président. Madame Cohen, l'amendement n° 73 rectifié est-il maintenu?

Mme Laurence Cohen. Je ne sais pas si notre proposition est l'outil le plus adéquat en l'occurrence. Il y a doute, j'en conviens. Cela étant, il ne s'agit pas ici d'une attaque contre la médecine libérale. Moi-même, j'exerce en libéral.

Ce secteur ne pose pas de problème. Ce qui est en cause, c'est le constat des dépassements auxquels on oppose une formule extrêmement subjective.

Nous avons déjà présenté un amendement similaire, et la réponse que nous avait faite alors Mme la ministre ne nous avait pas du tout satisfaits. Pour autant, nous avons voulu jouer le jeu pour permettre à la situation de s'améliorer éventuellement. Or notre espoir a été déçu.

La réponse que vous nous apportez ce soir, monsieur le ministre, est certes différente de celle qui nous a été donnée précédemment, mais il n'en demeure pas moins qu'elle reste imprécise. Si les professionnels de santé agissent tous avec « tact et mesure », pourquoi les dépassements d'honoraires abusifs sont-ils toujours aussi nombreux et pourquoi ne prend-on aucune mesure énergique pour les empêcher?

Pour toutes ces raisons, je maintiens mon amendement, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 73 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 352, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé:

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé:

... - L'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime est complété par les mots: « ainsi qu'aux deux dernières phrases du neuvième alinéa de ce même article ».

La parole est à M. le ministre.

M. Xavier Bertrand, ministre. Il s'agit de procéder à une harmonisation.

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 cet amendement de coordination.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 352.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 63, modifié.

(L'article 63 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 63

M. le président. L'amendement n° 111 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé:

Après l'article 63

Insérer un article additionnel ainsi rédigé:

La seconde phrase du premier alinéa du V de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots: « ainsi qu'un représentant des usagers choisi parmi le collège des représentants des usagers ».

La parole est à M. Dominique Watrin.

M. Dominique Watrin. Cet amendement a pour objet de reconnaître aux usagers le droit de siéger au sein des commissions des pénalités des caisses primaires d'assurance maladie.

Ces commissions sont appelées à prononcer un avis sur les sanctions que le directeur entend infliger à un professionnel de santé, à un établissement de santé, à un employeur ou à un assuré. Pour que cet avis soit valablement rendu, nous proposons qu'au moins un représentant des usagers siège dans ces commissions.

Cette reconnaissance parachèverait le rôle des représentants d'usagers au sein des organismes locaux d'assurance maladie et lèverait une ambiguïté née des différentes lectures des textes relatifs à la composition de ces commissions.

Cette mesure serait également utile pour inciter les directeurs de CPAM, en cas de dépassements d'honoraires abusifs, à prononcer des sanctions, ce qui est actuellement très rare.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Les caisses locales d'assurance maladie et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail peuvent prononcer une pénalité, notamment à l'encontre des professionnels et des établissements de santé, dans un certain nombre de cas énumérés à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

La pénalité ne peut être prononcée qu'après avis d'une commission composée au sein du conseil d'administration de l'organisme. Lorsqu'est en cause un professionnel ou un établissement, les représentants de la même profession ou des établissements concernés participent à cette commission.

Les auteurs de cet amendement proposent que, dans ce cas, un représentant des usagers siège également dans cette commission consultative. Cela étant, il n'existe pas, au sein du conseil des caisses, un collège de représentants des usagers. C'est pourquoi je propose à son auteur de bien vouloir rectifier son amendement en supprimant les mots « choisis parmi le collège des représentants des usagers ».

Cette rectification ne modifierait en rien cet amendement sur le fond.

M. le président. Monsieur Watrin, que pensez-vous de la suggestion de M. le rapporteur général ?

M. Dominique Watrin. J'y souscris, monsieur le président, et je rectifie l'amendement n° 111 rectifié en ce sens.

M. le président. Je suis donc saisi d'un amendement n° 111 rectifié *bis*, présenté par Mmes Cohen et David, MM. Watrin, Fischer et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, et qui est ainsi libellé :

Après l'article 63

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La seconde phrase du premier alinéa du V de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « ainsi qu'un représentant des usagers ».

Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Xavier Bertrand, ministre. Les commissions des pénalités existent et elles comptent en leur sein trois représentants des usagers sur les cinq membres qui les constituent.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 111 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 63.

L'amendement n° 272, présenté par Mmes Lepage et Conway Mouret, MM. Leconte, Yung et les membres du groupe socialiste, apparentés et groupe Europe Écologie Les Verts rattaché, est ainsi libellé :

Après l'article 63

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Les retraités français établis hors de France doivent fournir une fois par an à leurs caisses de retraite un justificatif d'existence.

II. – Sous réserve de l'appréciation de la situation locale par les autorités consulaires françaises, les justificatifs d'existence peuvent être télétransmis.

III. – La suspension du versement de la pension de retraite des Français établis hors de France ne peut avoir lieu qu'à l'expiration d'un délai minimum d'un mois à compter de la date fixée par la caisse de retraite pour l'envoi du justificatif d'existence.

La parole est à M. Ronan Kerdraon.

M. Ronan Kerdraon. Après l'Alsace-Moselle, je vais maintenant m'intéresser aux retraités français résidant à l'étranger. C'est bien la preuve que le Breton est particulièrement ouvert sur les autres ! (*Sourires.*)

Le présent amendement vise tout d'abord à harmoniser la fréquence avec laquelle les retraités français résidant à l'étranger sont contraints de fournir un justificatif d'existence.

En effet, ce document leur est demandé chaque trimestre. Il semble pourtant que l'alignement sur la fréquence, annuelle, applicable dans les pays européens serait largement suffisant, d'autant plus que l'article 1983 du code civil, s'il reconnaît aux bénéficiaires d'une pension de retraite la nécessité de justifier de leur existence, n'en précise nullement la périodicité.

Or il ne faut pas oublier que nous parlons ici de retraités qui ne vivent pas en France, ni même dans l'Union européenne. L'envoi trimestriel peut donc représenter une réelle contrainte. Je pense notamment aux soucis de transport pour se rendre au bureau de poste local alors que l'on vit dans une région éloignée ou isolée, mais aussi aux contraintes financières pour les personnes les plus précaires, nombreuses, je puis vous l'assurer, qui doivent s'acquitter plusieurs fois par an du paiement d'un envoi en recommandé avec accusé de réception.

Les affiliés des caisses de retraite sont, en outre, tributaires du bon acheminement de leur envoi, sous peine d'une suspension brutale de leur pension qui les précipite, du jour au lendemain, dans une précarité encore plus grande.

Par ailleurs, la mise en place par le Gouvernement d'un dispositif de contrôle prévoyant l'agrément de personnes physiques ou morales exerçant leur activité dans les pays situés en dehors de l'Union européenne auxquelles les organismes de sécurité sociale s'adressent directement pour effectuer les constatations nécessaires apporte de réels avantages. Elle s'inscrit positivement dans la lutte contre la fraude qui a été engagée.

Toutefois, précisément, dans ces conditions, n'est-il pas inopportun de maintenir une différence de traitement en fonction du lieu de résidence ?

Une harmonisation de la fréquence de présentation de ces justificatifs d'existence serait réellement bienvenue.

Pareillement, et c'est l'objet de la seconde partie de notre amendement, il conviendrait de permettre aux retraités français vivant à l'étranger de transmettre leurs justificatifs d'existence par voie informatique.

Enfin, dans le même esprit, il importe de prévenir toute suspension brutale du versement de la pension de retraite des personnes établies hors de France, eu égard à la situation particulière dans laquelle elles se trouvent et que je viens d'évoquer.

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 les conditions dans lesquelles les Français établis hors de France transmettent à leur caisse de retraite un justificatif d'existence.

Actuellement, ce justificatif est remis tous les ans, tous les semestres ou tous les trimestres selon le pays de résidence. À des fins d'harmonisation, il est proposé qu'il soit transmis tous les ans, éventuellement par voie électronique.

La commission s'en remet à la sagesse du Sénat.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 272.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 63.

Article 63 bis (nouveau)

Après le mot : « ne », la fin du dernier alinéa de l'article L. 262-9 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigée : « vit pas en couple de manière notoire et permanente et qui notamment ne met pas en commun avec un conjoint, concubin ou partenaire de pacte civil de solidarité ses ressources et ses charges. Lorsque l'un des membres du couple réside à l'étranger, n'est pas considéré comme isolé celui qui réside en France. » – *(Adopté.)*

Article 63 ter (nouveau)

Après le 2° de l'article L. 333-1 du code de la consommation, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° Les dettes ayant pour origine des manœuvres frauduleuses commises au préjudice des organismes de protection sociale énumérés à l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale.

« L'origine frauduleuse de la dette est établie soit par une décision de justice, soit par une sanction prononcée par un organisme de sécurité sociale dans les conditions prévues aux articles L. 114-17 et L. 162-1-14 du même code. » – *(Adopté.)*

Article 63 quater (nouveau)

Après la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale, sont insérées deux phrases ainsi rédigées :

« Ces échanges peuvent notamment porter sur les montants des prestations en espèces servies par les organismes mentionnés au premier alinéa. Cette nouvelle fonctionnalité est mise en œuvre avant la fin de l'année 2012. »

M. le président. L'amendement n° 49, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 2, seconde phrase

Remplacer les mots :

avant la fin de l'année 2012

par les mots :

après avis de la commission nationale de l'informatique et des libertés

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Dans le cadre de l'intensification de sa politique de lutte contre la fraude, le Gouvernement a souhaité élargir le périmètre des données contenues dans le répertoire national commun de la protection sociale, le RNCPS, au montant des prestations en espèces servies par les organismes de sécurité sociale. Tel est l'objet de l'article 63 quater.

La commission estime que cette mesure doit impérativement être assortie de toutes les garanties en termes de sécurité et de confidentialité. C'est pourquoi elle demande que sa mise en œuvre n'intervienne qu'après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, la CNIL.

Je ne doute pas que le Gouvernement avait l'intention de requérir cet avis, mais il nous semble plus prudent que cela soit écrit noir sur blanc dans la loi.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Cet amendement est évidemment satisfait dans la mesure où la CNIL est appelée à se prononcer sur toute mesure de ce genre. En l'occurrence, cette autorité a rendu un avis favorable en avril 2009.

Aussi, je demande à la commission de bien vouloir retirer son amendement.

M. le président. Monsieur le rapporteur général, l'amendement n° 49 est-il maintenu ?

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Oui, je le maintiens, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 49.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 63 quater, modifié.

(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse par le bureau, le Sénat, par assis et levé, adopte l'article 63 quater.)

Article 63 quinques (nouveau)

Après l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-12-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 114-12-3. – L'obtention frauduleuse, notamment à l'aide de faux documents ou de fausses déclarations, d'un numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques entraîne la déchéance immédiate du droit à l'ensemble des prestations qui ont été versées ou prises en charge précédemment par les organismes de protection sociale et le réexamen du droit aux prestations versées par

les organismes mentionnés à l'article L. 114-12. Le cas échéant, le service en charge du répertoire national d'identification des personnes physiques procède à l'annulation du numéro d'inscription obtenu frauduleusement.

« Le service gérant le répertoire mentionné à l'article L. 114-12-1 est immédiatement informé par l'autorité, le service ou l'organisme qui a découvert la fraude, qui peut aussi en informer directement les organismes de protection sociale concernés.

« Le service gérant le répertoire mentionné au même article L. 114-12-1 transmet immédiatement cette information aux directeurs des organismes de protection sociale et aux agents comptables auprès desquels la personne concernée est inscrite.

« La même information est transmise au service gérant les numéros d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques afin que celui-ci procède à l'annulation du numéro frauduleusement obtenu. »

M. le président. L'amendement n° 220, présenté par M. Milon, Mmes Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mmes Cayeux et Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mme Giudicelli, M. Gournac, Mmes Hummel, Jouanno et Kammermann, MM. Laménie, Lorrain et Pinton, Mme Procaccia et MM. Savary et Villiers, est ainsi libellé :

Alinéa 2, première phrase

Remplacer les mots :

déchéance immédiate du droit à l'ensemble des prestations qui ont été versées ou prises en charge précédemment par les organismes de protection sociale et le réexamen du droit aux

par les mots :

suspension du versement des prestations dans les conditions prévues à l'article L. 161-1-4 et le réexamen du droit à l'ensemble des

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. L'article 63 *quinquies* vise à clarifier les conséquences de l'obtention frauduleuse d'un numéro d'inscription au répertoire, un NIR, au moyen de fausses déclarations et de faux documents.

Cet amendement a pour objet de suspendre les prestations lorsqu'un organisme de sécurité sociale met en évidence l'existence de fausses déclarations ou de faux documents ayant permis de justifier d'une identité fictive ou usurpée. Dans le droit en vigueur, c'est la déchéance qui est prononcée.

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 substituer à la notion de déchéance du droit à prestations celle de suspension du versement des prestations assorties d'un réexamen du dossier.

La commission émet un avis favorable.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Le Gouvernement émet un avis très favorable sur ce très bon amendement !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 220.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 63 *quinquies*, modifié.

(L'article 63 quinquies est adopté.)

Article 63 *sexies* (nouveau)

Après le mot : « demandeur », la fin de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « de pièces justificatives, la présentation de faux documents ou de fausses informations ou l'absence réitérée de réponse aux convocations d'un organisme de sécurité sociale entraînent la suspension, selon le cas, soit du délai d'instruction de la demande pendant une durée maximale fixée par décret, soit du versement de la prestation jusqu'à la production des pièces demandées ou la réponse à la convocation adressée. » – *(Adopté.)*

Article 64

I. – L'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La seconde phrase du septième alinéa est supprimée ;

2° Après le mot : « ainsi », la fin du dernier alinéa est ainsi rédigée : « qu'aux articles L. 725-3 à L. 725-4 du code rural et de la pêche maritime. »

II. – Le chapitre VI du titre VII du livre III du même code est complété par des articles L. 376-4 et L. 376-5 ainsi rédigés :

« *Art. L. 376-4.* – La caisse de sécurité sociale de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur.

« L'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée au premier alinéa ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre du recours subrogatoire prévu à l'article L. 376-1, une pénalité qui est fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.

« Le deuxième alinéa du présent article est également applicable à l'assureur du tiers responsable lorsqu'il ne respecte pas l'obligation d'information de la caisse prévue au septième alinéa de l'article L. 376-1. Une seule pénalité est due à raison du même sinistre.

« La contestation de la décision de la caisse de sécurité sociale relative au versement de la pénalité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de la caisse.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État.

« *Art. L. 376-5 (nouveau).* – Les caisses de sécurité sociale peuvent exiger le remboursement des dépenses à servir au titre notamment des prestations de rente, pension et frais futurs sous forme d'un capital constitutif évalué dans les conditions prévues au présent code. »

III. – L'article L. 454-1 du même code est ainsi modifié :

1° La seconde phrase du cinquième alinéa est supprimée ;

2° Après le mot : « ainsi », la fin du dernier alinéa est ainsi rédigée : « qu'aux articles L. 725-3 à L. 725-4 du code rural et de la pêche maritime. »

IV. – Le chapitre IV du titre V du livre IV du même code est complété par des articles L. 454-2 et L. 454-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 454-2.* – La caisse d'assurance maladie de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur.

« L'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée au premier alinéa du présent article ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre des recours subrogatoires prévus aux articles L. 454-1, L. 455-1 et L. 455-1-1, une pénalité qui est fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.

« Le deuxième alinéa du présent article est également applicable à l'assureur du tiers responsable lorsqu'il ne respecte pas l'obligation d'information de la caisse prévue au cinquième alinéa de l'article L. 454-1. Une seule pénalité est due à raison du même sinistre.

« La contestation de la décision de la caisse d'assurance maladie relative au versement de la pénalité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de la caisse.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État.

« *Art. L. 454-3 (nouveau).* – Les caisses de sécurité sociale peuvent exiger le remboursement des dépenses à servir au titre notamment des prestations de rente, pension et frais futurs sous forme d'un capital constitutif évalué dans les conditions prévues au présent code. »

M. le président. L'amendement n° 239, présenté par Mme Procaccia, est ainsi libellé :

Alinéas 10 et 20

Supprimer ces alinéas.

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 234, présenté par M. Milon, Mmes Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mmes Cayeux et Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mme Giudicelli, M. Gournac, Mmes Hummel, Jouanno et Kammermann, MM. Laménie, Lorrain et Pinton, Mme Procaccia et MM. Savary et Villiers, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

V. – Après le quatrième alinéa de l'article L. 752-23 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le cinquième alinéa de l'article L. 454-1 et les articles L. 454-2 et L. 454-3 du code de la sécurité sociale sont applicables aux non salariés agricoles. »

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Cet amendement de précision rédactionnelle a pour objet de rendre applicables aux non-salariés agricoles, dans le cas d'un accident du travail, les dispositions du IV de l'article 64, lesquelles prévoient, d'une part, qu'un assureur qui n'aurait pas informé l'organisme de sécurité sociale de l'accident ou de la transaction conclue et de la

possibilité de demander le remboursement des dépenses à venir sous forme de capital sera redevable d'une pénalité, d'autre part, que cette pénalité sera aussi due par l'assureur du tiers responsable lorsque celui-ci ne respecte pas l'obligation d'information de la caisse prévue au cinquième alinéa de l'article L. 454-1.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement a pour objet d'étendre au code rural, donc aux caisses des non-salariés agricoles, les dispositions de l'article 64 relatives à la pénalité applicable aux assureurs qui n'informent pas les organismes de sécurité sociale des accidents survenus ou des transactions conclues.

La commission émet un avis favorable.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Même avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 234.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 64, modifié.

(L'article 64 est adopté.)

Article 65

Au début de l'article L. 114-11 du code de la sécurité sociale, sont ajoutés quatre alinéas ainsi rédigés :

« Dans l'exercice de leurs missions respectives, les organismes de sécurité sociale, les services de l'État chargés des affaires consulaires ainsi que l'établissement mentionné à l'article L. 452-1 du code de l'éducation se communiquent toutes informations qui sont utiles :

« 1° À l'appréciation et au contrôle des conditions d'ouverture ou de service des prestations et des aides qu'ils versent ;

« 2° Au recouvrement des créances qu'ils détiennent ;

« 3° Aux vérifications par les autorités consulaires des conditions de délivrance des documents d'entrée et de séjour sur le territoire français. » – *(Adopté.)*

Article 65 bis (nouveau)

Après le cinquième alinéa de l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les documents et informations sont communiqués à titre gratuit dans les trente jours qui suivent la réception de la demande. » – *(Adopté.)*

Article 66

I. – La section 2 bis du chapitre III bis du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 133-6-7-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-6-7-1.* – À défaut de chiffre d'affaires ou de recettes ou de déclaration de chiffre d'affaires ou de revenus au cours d'une période d'au moins deux années civiles consécutives, un travailleur indépendant est présumé ne plus exercer d'activité professionnelle justifiant son affiliation au régime social des indépendants. Dans ce cas, la radiation peut être décidée par l'organisme de sécurité sociale dont il relève, sauf opposition formulée par l'intéressé dans le cadre d'une procédure contradictoire dont les modalités sont précisées par

décret en Conseil d'État. Elle prend effet au terme de la dernière année au titre de laquelle le revenu ou le chiffre d'affaires est connu.

« L'organisme qui prononce cette radiation en informe les administrations, personnes et organismes destinataires des informations relatives à la cessation d'activité prévues à l'article 2 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle. Lorsque le travailleur indépendant est inscrit à un ordre professionnel, celui-ci en est également informé. »

II. – Le 2° de l'article L. 8221-3 du code du travail est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cette situation peut notamment résulter de la non-déclaration d'une partie de son chiffre d'affaires ou de ses revenus ou de la continuation d'activité après avoir été radié par les organismes de protection sociale en application de l'article L. 133-6-7-1 du code de la sécurité sociale. » – *(Adopté.)*

Article 66 bis (nouveau)

La sous-section 5 de la section 1 du chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 243-3-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 243-3-2. – Lorsqu'un dirigeant d'une société, d'une personne morale ou de tout autre groupement ayant fait l'objet d'une verbalisation pour travail dissimulé est responsable des manœuvres frauduleuses ou de l'inobservation grave et répétée des obligations sociales qui ont rendu impossible le recouvrement des cotisations, contributions et sanctions pécuniaires dues par la société, la personne morale ou le groupement, ce dirigeant peut être déclaré solidairement responsable du paiement de ces cotisations, contributions et sanctions pécuniaires par le président du tribunal de grande instance.

« À cette fin, le directeur de l'organisme créancier assigne le dirigeant devant le président du tribunal de grande instance du lieu du siège social.

« Le présent article est applicable à toute personne exerçant en droit ou en fait, directement ou indirectement, la direction effective de la société, de la personne morale ou du groupement.

« Les voies de recours qui peuvent être exercées contre la décision du président du tribunal de grande instance ne font pas obstacle à ce que le directeur de l'organisme créancier prenne à l'encontre du dirigeant des mesures conservatoires en vue de préserver le recouvrement de la créance sociale. » – *(Adopté.)*

Article 67

Le second alinéa du II de l'article L. 8221-6 du code du travail est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Dans ce cas, la dissimulation d'emploi salarié est établie si le donneur d'ordre s'est soustrait intentionnellement par ce moyen à l'accomplissement des obligations incombant à l'employeur mentionnées à l'article L. 8221-5.

« La personne qui a fait l'objet d'une condamnation pénale pour travail dissimulé en application du présent II est tenue au paiement des cotisations et contributions sociales à la charge des employeurs, calculées sur les sommes versées au salarié au titre de la période pour laquelle la dissimulation d'emploi salarié a été établie. »

M. le président. L'amendement n° 351, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Alinéa 3

1° Remplacer les mots :

la personne

par les mots :

le donneur d'ordre

2° Remplacer le mot :

tenue

par le mot :

tenu

3° Remplacer les mots :

au salarié

par les mots :

aux personnes mentionnées au I

La parole est à M. le ministre.

M. Xavier Bertrand, ministre. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 351.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 67, modifié.

(L'article 67 est adopté.)

Article 67 bis (nouveau)

Le dernier alinéa de l'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale est supprimé. – *(Adopté.)*

Article 67 ter (nouveau)

Le dernier alinéa de l'article L. 242-1-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les mots : «, au titre de l'assurance vieillesse, » sont supprimés ;

2° Après la première occurrence du mot : « alinéa », sont insérés les mots : « en matière d'ouverture des droits et de calcul des ressources au titre des prestations servies par les organismes de sécurité sociale ». – *(Adopté.)*

Article 67 quater (nouveau)

Après l'article L. 243-7-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 243-7-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 243-7-4. – Dès lors qu'un procès-verbal de travail illégal a été établi et que la situation et le comportement de l'entreprise ou de ses dirigeants mettent en péril le recouvrement des cotisations dissimulées, l'inspecteur du recouvrement peut dresser un procès-verbal de flagrante sociale comportant l'évaluation du montant des cotisations dissimulées. »

« Ce procès-verbal est signé par l'inspecteur et par le responsable de l'entreprise. En cas de refus de signer, mention en est faite au procès-verbal.

« L'original du procès-verbal est conservé par l'organisme chargé du recouvrement et une copie est notifiée au contrevenant.

« Au vu du procès-verbal de travail illégal et du procès-verbal de flagrance sociale, le directeur de l'organisme de recouvrement peut solliciter du juge de l'exécution l'autorisation de pratiquer sur les biens du débiteur l'une ou plusieurs mesures conservatoires mentionnées aux articles 74 à 79 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 portant réforme des procédures civiles d'exécution. » – (*Adopté.*)

Article additionnel après l'article 67 *quater*

M. le président. L'amendement n° 141 rectifié, présenté par Mmes Cayeux et Debré, M. Gournac, Mme Procaccia, M. Milon, Mmes Jouanno et Bruguière, M. Savary, Mme Giudicelli, M. Cardoux, Mme Deroche, MM. Laménié et Lorrain et Mme Kammermann, est ainsi libellé :

Après l'article 67 *quater*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 243-3-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 243-3-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 243-3-2.* - Le directeur de l'organisme créancier peut, préalablement à l'envoi de la mise en demeure prévue à l'article L. 244-2, demander à un huissier de justice d'obtenir du redevable qu'il s'acquitte auprès de lui du montant de sa dette.

« Les frais de recouvrement sont versés directement par le redevable à l'huissier de justice. Le montant des frais, qui restent acquis à l'huissier de justice, est calculé selon un taux proportionnel aux sommes recouvrées, fixé par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre de la justice ».

La parole est à Mme Catherine Deroche.

Mme Catherine Deroche. Le présent amendement, qui a été cosigné par plusieurs de mes collègues, vise à instaurer un dispositif transposant la faculté offerte en matière de recouvrement amiable fiscal à la sphère sociale, afin de permettre aux URSSAF qui le souhaitent de confier à un tiers, en l'occurrence à un huissier de justice, le recouvrement amiable de créances d'entreprises.

Cette mesure répond ainsi à deux impératifs.

Le premier est une meilleure efficacité des recouvrements des cotisations sociales, en externalisant une mission que certaines URSSAF n'ont pas les moyens humains et matériels de remplir efficacement : les huissiers de justice seraient directement chargés par elles des recouvrements amiables – courriers, appels et interventions auprès des cotisants débiteurs. L'état actuel des comptes sociaux nécessite en effet que tous les paiements dus aux URSSAF soient effectués dans les meilleurs délais.

Le second impératif est une information plus importante et plus rapide, par les huissiers de justice, des cotisants débiteurs, en particulier les primo-cotisants, quant aux délais de recouvrement, procédures applicables, droit des URSSAF.

L'introduction de ce nouvel article dans le code de la sécurité sociale permettrait ainsi un meilleur recouvrement des cotisations sociales.

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 étendre la procédure de recouvrement amiable actuellement utilisée par l'administration fiscale à la sphère sociale afin de permettre aux URSSAF qui le souhaitent de confier à un huissier de justice le recouvrement amiable auprès de cotisants débiteurs.

La commission s'en remet à la sagesse du Sénat, mais elle écoutera avec attention l'avis du Gouvernement.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Sagesse !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 141 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 67 *quater*.

Article 68

Le II de l'article L. 561-29 du code monétaire et financier est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le service peut transmettre aux organismes mentionnés à l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale des informations en relation avec les faits mentionnés au I de l'article L. 561-15 du présent code, qu'ils peuvent utiliser pour l'exercice de leurs missions. – (*Adopté.*)

Article additionnel après l'article 68

M. le président. L'amendement n° 233, présenté par M. Milon, Mmes Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mmes Cayeux et Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mme Giudicelli, M. Gournac, Mmes Hummel, Jouanno et Kammermann, MM. Laménié, Lorrain et Pinton, Mme Procaccia et MM. Savary et Villiers, est ainsi libellé :

Après l'article 68

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 861-10 du code de la sécurité sociale est complété par un VI ainsi rédigé :

« VI. - En cas de fraude dans la demande d'attribution, l'autorité qui a attribué la protection complémentaire en matière de santé porte plainte en se constituant partie civile dans les conditions prévues à l'article L. 114-9. »

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. La délégation donnée par le préfet au directeur de la caisse locale d'assurance maladie est limitée à l'instruction de la demande de la couverture maladie universelle complémentaire, la CMUC, son attribution ou son refus d'attribution, et n'entraîne pas délégation pour déposer une plainte pénale à l'encontre des bénéficiaires suspectés de fraude dans la demande d'attribution de la CMUC, notamment en cas de fausses déclarations ou fourniture de faux documents.

Les chiffres en la matière restent importants. Pour la CMU complémentaire, 588 cas de fraudes ont été détectés en 2008, pour un préjudice de plus de 442 000 euros ; 693 cas ont été recensés en 2009, pour un préjudice de plus de 650 000 euros et 588 cas ont été relevés en 2010, pour un préjudice d'un peu moins de 568 000 euros.

Aussi, et dans un souci d'efficacité en matière de lutte contre la fraude, il est proposé de permettre aux organismes d'assurance maladie de déposer une plainte pénale, avec constitution de partie civile, en cas de découverte d'une fraude dans l'attribution de la CMUC.

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement a pour objet de permettre aux organismes d'assurance maladie de déposer une plainte pénale en cas de découverte d'une fraude dans l'attribution de la CMUC.

La commission n'est pas favorable à cet amendement. Au même article du code de la sécurité sociale, l'article L. 361-10, il existe déjà plusieurs dispositions tendant à lutter contre la fraude en matière de CMUC.

Mon cher collègue, bien que ce soit là le dernier des quelque trois cent soixante amendements que le Sénat ait eu à examiner pendant la discussion du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, je suis au regret de devoir émettre un avis défavorable.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 233.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'ensemble de la quatrième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

(La quatrième partie du projet de loi est adoptée.)

Vote sur l'ensemble

M. le président. Avant de mettre aux voix l'ensemble du projet de loi, je donne la parole à M. le rapporteur général.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, nous avons commencé l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 il y a exactement une semaine, et il est temps de dresser le bilan de nos travaux.

Premier constat : le Sénat s'est clairement opposé au projet du Gouvernement.

Le Sénat s'est d'abord dressé contre la première partie du projet de loi sur les comptes de l'année 2010. Nous voulions en effet dénoncer le déficit historique de 2010, soit 28 milliards d'euros pour le régime général et le Fonds de solidarité vieillesse, le FSV. Comme l'a indiqué la Cour des comptes, la crise n'explique qu'une partie de ce déficit. Plus des deux tiers ont une origine structurelle liée aux 10 milliards d'euros de déficits annuels constatés, année après année, depuis 2004. C'est bien la majorité présidentielle actuelle qui en porte l'entière responsabilité.

Je précise, pour que ce soit bien clair, que notre vote ne remet nullement en cause l'excellent travail de certification des comptes réalisé par la Cour des comptes ; il marque simplement notre opposition résolue à la politique portée par ces comptes.

Le Sénat s'est ensuite opposé à la deuxième partie du PLFSS, celle qui concerne les comptes de l'exercice en cours, c'est-à-dire l'année 2011.

Là encore, le niveau des déficits – plus de 20 milliards d'euros pour le régime général et le FSV –, le transfert de 65 milliards d'euros de dettes à la caisse d'amortissement de la dette sociale, la CADES, et l'absence totale de mesures de redressement des comptes à caractère structurant nous ont conduits à rejeter les comptes rectifiés proposés par le Gouvernement.

Le Sénat s'est également opposé à l'équilibre présenté pour 2012, et cela pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, le cadrage économique, même rectifié à la marge pour 2012, est, tous les observateurs le disent, irréaliste : une croissance du PIB de 1 % et de la masse salariale de 3 % en 2012 est, selon toutes les prévisions effectuées et rendues publiques, excessivement optimiste ; nos partenaires européens n'hésitent même plus à nous le reprocher.

Ensuite, ce PLFSS maintient un niveau de déficit bien trop élevé, de près de 18 milliards d'euros, pour le régime général et le FSV en 2012.

Enfin, le présent projet de loi de financement n'apporte pas une seule des solutions nécessaires à la sauvegarde de notre système de protection sociale ; il ne résout ni la question des déficits, ni celle du manque structurel de recettes des branches maladie et famille ou du FSV, ni le problème, pourtant fondamental, de l'accès aux soins, ni la douloureuse question du reste à charge, ni les problèmes financiers des hôpitaux, bref aucun des sujets qui appellent des réponses urgentes !

Le Sénat s'est aussi opposé à l'accumulation irresponsable des déficits sociaux. Ceux-ci ont atteint des sommets : plus de 70 milliards d'euros en trois ans pour le régime général et le FSV. La dette sociale a doublé depuis 2007 et nous la transférons, sans états d'âme, à nos enfants et petits-enfants ! Et le Gouvernement continue à laisser filer les déficits : l'annexe B montre qu'ils s'établiront encore à plus de 10 milliards d'euros par an jusqu'en 2015.

Je le répète, cette politique de court terme n'est plus acceptable. Les enjeux sont trop graves. Nous ne pouvons plus continuer à fabriquer de la dette à partir de nos dépenses courantes.

C'est pourquoi la majorité de gauche du Sénat a clairement rejeté le projet du Gouvernement.

Néanmoins, elle a aussi voulu montrer qu'une autre politique était possible. Elle a donc décidé d'imposer sa vision d'un budget différent de la sécurité sociale.

Le Sénat a imposé une gestion plus responsable des comptes ; il a réduit d'au moins 3,5 milliards d'euros le déficit de la sécurité sociale pour 2012 et les années suivantes.

Nous avons considéré comme nécessaire d'adopter, dès cette année, des mesures à caractère pérenne et non pas ponctuel, à la différence de ce qu'a trop souvent fait le Gouvernement, pour commencer à diminuer de façon significative les déficits.

L'abrogation des exonérations applicables aux heures supplémentaires de la loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, dite « TEPA », qui permet d'apporter 3,5 milliards d'euros à la sécurité sociale, est la mesure phare de nos propositions. Il s'agit en effet de supprimer un dispositif à la fois coûteux et inefficace. Certes, les dispositions que nous avons adoptées auront des conséquences pour certains de nos concitoyens, mais nous assumons nos responsabilités, car, pour nous, la priorité est claire, c'est l'emploi !

Le Sénat a imposé une nouvelle politique en matière de ressources afin de combler le manque structurel de recettes de la sécurité sociale, régulièrement dénoncé par la Cour des comptes.

Cette augmentation des recettes s'est faite de manière responsable.

D'une part, les mesures proposées par la commission et nos collègues des différents groupes de la majorité sénatoriale ont consisté à réduire des niches sociales existantes, sur lesquelles des marges de progression ont été repérées depuis longtemps. Il en est ainsi du forfait social, des stock-options et des attributions gratuites d'actions, des retraites chapeaux et des parachutes dorés.

D'autre part, nous avons aussi cherché à rendre plus efficaces ces niches, en commençant à mieux cibler les allègements généraux de cotisations sociales, afin de limiter les effets d'aubaine.

J'ouvre une parenthèse pour répondre à Mme la ministre du budget qui nous a accusés d'avoir créé dix-sept nouvelles taxes. Mais c'est faux, c'est totalement faux !

Sur les dix-neuf mesures ajoutées en matière de recettes, seules quatre sont véritablement nouvelles, toutes les autres ne sont que des réductions de niches existantes.

M. Xavier Bertrand, ministre. Il en reste quinze !

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Et sur ces quatre nouvelles taxes, deux ont été adoptées à l'unanimité par le Sénat : la création d'une contribution patronale additionnelle sur les bonus des *traders* et l'instauration d'une taxe sur les produits cosmétiques au profit de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'AFSSAPS. Nous ne pouvons accepter une telle déformation de la vérité !

Le Sénat a par ailleurs imposé un meilleur accès aux soins.

Nous avons abrogé l'augmentation de la taxe sur les assurances complémentaires votée en septembre dernier, et nous avons plus que largement gagé cette perte de 1,1 milliard d'euros pour les comptes sociaux.

Nous avons également exonéré de cette taxe les contrats responsables couvrant les étudiants.

Nous avons supprimé l'article visant à mettre en place un secteur optionnel, car nous ne voulons pas légitimer des dépassements d'honoraires contre lesquels nous sommes bien décidés à lutter.

Nous avons voté, sur l'initiative des groupes communiste et socialiste, la restriction des financements publics aux maisons de santé qui appliquent les tarifs opposables et le tiers payant.

Nous avons refusé le raboutage annoncé des indemnités journalières.

Nous souhaitons aussi supprimer la franchise sur les boîtes de médicaments – nous l'avions annoncé – et mettre un terme à la convergence tarifaire entre les secteurs hospitaliers, public et privé. Malheureusement, l'article 40 de la Consti-

tution nous a empêchés de le faire. Les contraintes constitutionnelles et organiques rendent en effet impossible la mise au point d'un véritable contre-projet.

La brièveté des délais, depuis le renouvellement des instances sénatoriales, et l'absence de moyens techniques de chiffrage ont rendu difficile la construction d'une complète solution de rechange au texte qui nous a été proposé. Malgré tout, la nouvelle majorité du Sénat est parvenue à imprimer réellement sa marque sur ce projet de loi de financement de la sécurité sociale. Le texte que nous allons voter dans quelques instants ne ressemble en rien à celui que nous a présenté le Gouvernement.

Il représente pour nous l'esquisse – l'esquisse seulement, car nombre de mesures ne peuvent figurer dans ce projet de loi, soit du fait de l'article 40 de la Constitution, soit en raison de leur caractère réglementaire, ce qui est fréquemment le cas en matière de sécurité sociale – de ce que pourrait représenter un véritable projet de gauche pour la sécurité sociale, un projet fondé sur les valeurs de sécurité et de solidarité, un projet qui ne renie pas les acquis d'un système hérité du Conseil national de la Résistance et que nous avons le devoir, vis-à-vis de nos concitoyens, de préserver au plus haut niveau. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste-EELV et du groupe CRC, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

M. le président. La parole est à Mme Muguette Dini, pour explication de vote.

Mme Muguette Dini. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 proposé par le Gouvernement et amendé par l'Assemblée nationale visait à améliorer le budget de la sécurité sociale en favorisant quelques recettes supplémentaires et en prévoyant des économies nouvelles. Même si les membres du groupe de l'Union centriste et républicaine s'attendaient à ce que ce texte soit plus performant, ils l'auraient voté.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, tel qu'il ressort des travaux menés par la majorité du Sénat, apparaît totalement transformé, dans un sens qui nous semble déraisonnable, pour ne pas dire surréaliste ! C'est la raison pour laquelle, vous le comprendrez, nous voterons contre.

M. le président. La parole est à Mme Anne-Marie Escoffier.

Mme Anne-Marie Escoffier. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, sans reprendre les arguments qui ont déjà été développés, je voudrais souligner que je n'ignore pas le contexte difficile auquel nous sommes tous solidairement confrontés. Il est donc nécessaire de faire preuve d'un grand réalisme pour que ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 garantisse l'équilibre entre la préservation des droits des citoyens, surtout les plus fragilisés, et la mise en place d'économies incontournables qu'il nous faut accepter, en discernant les cibles les plus appropriées.

Je me félicite ce soir de la qualité d'écoute des uns et des autres que j'ai relevée, même si nous n'avons pas défendu le même modèle de société. Certes, je suis obligée de constater, à l'issue de ce débat, que nous avons des positions différentes, mais nous avons trouvé quelques points de convergence.

Le groupe du RDSE se réjouit de l'adoption de certaines mesures qu'il avait préconisées, ce dont je ne peux que me féliciter. Au-delà de quelques-uns de ces amendements qui ont été acceptés, je voudrais relever combien les débats ont permis de modifier profondément le texte proposé par le Gouvernement et adopté par l'Assemblée nationale.

Bien que le projet de loi que nous allons voter ce soir ne réponde pas pleinement à nos objectifs et ne garantisse pas l'équilibre souhaité par nous tous, malgré les économies que nos amendements ont visé à générer, en dépit donc d'une certaine imperfection, ce texte comporte de nombreuses dispositions fort opportunes qui ont amélioré sa rédaction initiale.

Dans ces conditions, le groupe du RDSE, dans sa quasi-totalité, votera le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 dans cette nouvelle forme. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste-EELV et du groupe CRC.*)

M. le président. La parole est à M. Ronan Kerdraon.

M. Ronan Kerdraon. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, le texte dont nous avons débattu au cours de ces derniers jours est le dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale de la législature.

Lorsqu'il nous est arrivé de l'Assemblée nationale, nous l'avons analysé avec objectivité, réalisme et pragmatisme. Il s'inscrivait dans la lignée des précédents : insuffisance des mesures visant à augmenter les recettes, absence d'une réforme structurelle dans les différentes branches, adoption d'une série de dispositions visant à réaliser des économies qui pénaliseraient les personnes les plus modestes, enfin et surtout abandon de la réforme de l'aide à l'autonomie.

En définitive, ce texte n'apportait pas de solutions à la hauteur des enjeux. Il ne résolvait pas durablement la question des déficits, ni celle du manque structurel de recettes des branches maladie et famille ou du Fonds de solidarité vieillesse, le FSV, sans compter qu'il reposait sur des bases erronées.

Cette analyse nous avait conduits à lui accorder un « triple I », comme « indigent, irresponsable et irréaliste ».

La majorité sénatoriale l'a très clairement rejeté en le transformant totalement.

À l'occasion des débats qui se sont tenus dans cet hémicycle, nous avons adopté, comme l'a souligné M. le rapporteur général, une attitude responsable.

Au final, nous devons – nous, membres de la majorité sénatoriale de gauche – répondre à la question suivante : avons-nous réussi à modifier profondément la nature du texte qui nous était proposé ? Bref, avons-nous répondu aux attentes de nos compatriotes ?

Dans les moyens alloués par la Constitution, nous pouvons répondre par l'affirmative, et je vais m'en expliquer.

Nous avons abrogé l'article 1^{er} de la loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, dite « loi TEPA », qui n'a d'ailleurs créé ni emplois ni revenus significatifs pour les intéressés.

M. Xavier Bertrand, ministre. C'est cela...

M. Ronan Kerdraon. Nous avons supprimé la taxe sur les mutuelles, qui allait peser, une fois de plus, sur les assurés les plus modestes, y compris la taxe sur les mutuelles étudiantes.

Nous avons augmenté les taxes sur les formes les plus inégalitaires du capital : stock-options, retraites chapeaux et autres parachutes dorés.

M. Xavier Bertrand, ministre. M. Fabius !

M. Ronan Kerdraon. Ces recettes, qui ne sont pas, comme l'a prétendu Mme Péresse, des prélèvements supplémentaires sur le dos des Français, nous permettent de diminuer le déficit des comptes sociaux de 3,5 milliards d'euros, soit une réduction

de 13,5 milliards d'euros, là où vous nous proposiez 10 milliards. En outre, elles rétablissent une réelle équité sociale.

Contrairement à ce que vous proclamez à l'envi, la gauche a à cœur de réduire les déficits sans affaiblir la protection sociale qui est due à chacun de nos concitoyens.

Au final, chacun peut constater que ce budget de la sécurité sociale n'est plus le vôtre, mais qu'il préfigure les choix qu'une majorité de gauche pourrait proposer aux Français en 2012.

Le Sénat, dans sa nouvelle configuration, a imposé des orientations réalistes et protectrices sur lesquelles vous aurez le plus grand mal à revenir.

C'est pourquoi, avec conviction et détermination, les sénatrices et sénateurs socialistes voteront ce budget porteur d'espoir. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste-EELV et du groupe CRC, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

Mme Isabelle Pasquet. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, après plusieurs jours de travail, nous voilà enfin parvenus au terme de l'examen de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

En réalité, tout est fait pour que le projet de loi adopté par les assemblées demeure semblable à celui qui a été déposé par le Gouvernement. C'est la raison pour laquelle, n'ignorant rien du sort qui sera réservé au texte élaboré par le Sénat en commission mixte paritaire, nous voterons contre la rédaction qui devrait être présentée au Sénat à l'issue de celle-ci.

D'ailleurs, l'examen de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 s'inscrit cette année dans un contexte particulier, marqué par l'annonce gouvernementale à la presse d'un plan de rigueur, transposé partiellement dans ce texte et qui devrait trouver prochainement toute son ampleur avec l'examen d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale rectificative, qui rend caduques, dès aujourd'hui, certaines des dispositions qui sont contenues dans le projet que nous nous apprêtons à voter.

L'application de l'article 40 de la Constitution, ainsi que de la loi organique relative aux lois de finances, la LOLF, rend difficile l'examen des projets de loi de financement de la sécurité sociale et des projets de loi de finances, dans la mesure où les parlementaires ne peuvent pas intervenir sur les dépenses.

Le mode de fonctionnement de notre assemblée laisse ainsi supposer que les parlementaires de l'opposition au Gouvernement, bien que majoritaires au Sénat, n'auraient rien à dire et à proposer sur le volet « dépenses ». À titre d'exemple, nous regrettons que la commission des finances ait censuré les amendements que nous avons déposés concernant les franchises médicales et la convergence tarifaire.

L'application de ces dispositions, de portée constitutionnelle, nous a donc empêché de faire la démonstration que les franchises médicales étaient des mesures injustes, singulièrement pour les accidentés et les malades du travail, qui supportent financièrement la responsabilité des employeurs fautifs.

Le carcan institutionnel nous a également empêchés de revenir sur la convergence tarifaire, qui étrangle littéralement les établissements publics de santé, en leur transposant un mode de financement et des tarifs appliqués au secteur commercial, alors même que cliniques commerciales et hôpitaux publics ne sont pas soumis aux mêmes contraintes, puisqu'ils n'ont pas les mêmes missions.

Il ne s'agit là, mes chers collègues, que de deux exemples, mais je pourrais également rappeler que n'avons pu, pour les mêmes raisons, proposer une hausse de l'ONDAM, pourtant indispensable pour l'équilibre financier des hôpitaux, donc pour la qualité des soins et l'amélioration des conditions de travail des agents hospitaliers.

Pourtant, la nouvelle configuration sénatoriale a partiellement, je dis bien partiellement, modifié la donne sur le volet « recettes » tout du moins.

Comment, par exemple, au moment de voter ce projet de loi, ne pas nous rappeler l'adoption des amendements que nous avons déposés abrogeant l'article 1^{er} de la loi TEPA, qui exonère de cotisations sociales les heures supplémentaires consenties par les employeurs ? Comment ignorer que la Haute Assemblée a, contre l'avis du Gouvernement et de l'opposition sénatoriale, supprimé le doublement de la taxe sur les mutuelles solidaires et responsables, qui aurait eu pour conséquence d'accroître le prix des mutuelles, ou encore décidé l'exonération totale de cette taxe pour les contrats souscrits par des étudiants ?

Nous nous souvenons également que, sur notre initiative, le Sénat a adopté une série d'amendements destinés à assurer un financement plus solidaire de notre protection sociale en accroissant les taxations portant sur les retraites chapeaux, les stock-options ou les parachutes dorés.

Nous nous réjouissons également qu'une disposition importante ait été adoptée en matière d'égalité salariale entre les femmes et les hommes, puisque, désormais, plus aucune exonération de cotisation sociale ne pourra être consentie si les employeurs pratiquent une discrimination financière entre les genres.

D'autres mesures importantes ont été prises, comme l'obligation faite aux médecins qui participent à la permanence de soins de respecter les tarifs opposables, les garanties apportées aux salariés en matière d'indemnités journalières, en cas d'arrêts maladie ou encore en ce qui concerne l'accès à la réparation intégrale pour les accidentés du travail en raison de la faute inexcusable de l'employeur.

Ainsi, au final, le Sénat aura permis le gain de quelque 5 milliards d'euros, sans pour autant pouvoir décider de la manière de les affecter, ce que nous regrettons. Nous aurons tout de même permis de contribuer à une réduction du déficit de la sécurité sociale pour 2012 de l'ordre de 30 %, ce que le Gouvernement s'est toujours trouvé incapable de faire, par manque de courage et de détermination.

Démonstration est faite, pour les dispositions sur lesquelles peuvent intervenir les sénateurs, c'est-à-dire les recettes, que des voies différentes de celles qui sont prônées par votre majorité et les agences de notation sont possibles.

Ne pas adopter ce texte, tel qu'il est issu de nos travaux, reviendrait à renoncer à ces sources de financement. Nous nous y refusons et laissons le soin aux députés de l'UMP d'expliquer à nos concitoyens que notre protection sociale peut se priver des ressources supplémentaires que nous lui avons apportées aujourd'hui.

Pour toutes ces raisons, le groupe CRC votera en faveur de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC et du groupe socialiste-EELV, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Monsieur le président, permettez-moi tout d'abord de vous remercier pour votre présidence, menée, tout au long de ces débats, avec « tact et mesure ». (*Sourires.*)

Je remercie également les ministres et les rapporteurs de leurs interventions. Ils ont pris le temps d'expliquer leurs positions et de répondre à nos questions.

Ce débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 est paradoxal pour nous, écologistes : on nous dit qu'il faut dépenser moins, qu'il faut faire des économies – c'est la question qui est revenue sans cesse au cours de cette semaine –, et, par ailleurs, on le sent bien, on veut favoriser un secteur économique.

S'il doit y avoir croissance dans notre société, c'est bien dans le secteur des services à la personne – je pense notamment à l'assistance aux personnes âgées et, plus généralement, à tout ce qui peut améliorer le bien-être de la population. S'il y a un secteur qu'il faut développer, c'est bien le secteur de la santé !

Autant il me paraît idiot de développer inutilement les transports ou de gaspiller les ressources naturelles, autant il ne faut pas redouter une croissance des services à autrui.

Paradoxalement, pendant une semaine, nous nous sommes demandé comment dépenser moins, alors que l'on pourrait au contraire se soucier du développement de ces champs d'activité. Il me semble donc que l'organisation de notre débat sur le PLFSS ne permet pas de refléter fidèlement le poids économique de ce secteur.

Le voyage d'étude effectué en Californie par une délégation de la commission des affaires sociales en septembre 2009 a renforcé ma conviction. Nous avons en effet visité des hôpitaux et, à chaque fois, leurs *managers* – c'est ainsi que les directeurs de ces établissements se décrivent – nous présentaient le fonctionnement des hôpitaux comme des usines, en calculant le chiffre d'affaires de telle chambre dans tel service à partir de son taux d'occupation. Ils ont compris que, tout comme l'industrie automobile à Détroit, la santé est un secteur économique important !

Je vous rassure, camarades communistes, loin de moi l'idée de prendre l'économie américaine pour modèle, et c'est pourquoi je disais au début de mon intervention que ce débat était paradoxal. Mais arrêtons de considérer la santé comme un secteur dont il faudrait impérativement réduire les charges, comme un simple service rendu aux usagers ; c'est avant tout un secteur économique d'importance qu'il convient de développer !

Pour autant, je suis d'accord pour dénoncer les abus, qu'ils viennent des laboratoires après au gain et ou des médecins, qui demandent des dépassements d'honoraires.

De même, comme l'a souligné ma collègue Aline Archimbaud lors de la discussion générale, il faudrait s'attaquer à ces causes pathogènes que sont notre mode d'alimentation, notre mode de vie ou nos conditions de travail. Il y aurait beaucoup à faire dans ce domaine de la prévention, et le PLFSS devrait aussi être l'occasion d'aborder ce coût pour la collectivité que représente aujourd'hui notre façon de consommer et, surtout, de produire.

En conclusion, eu égard aux avancées importantes intervenues au cours de ce débat, les écologistes voteront le PLFSS dans la rédaction résultant des travaux du Sénat. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste-EELV et du groupe CRC, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

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

M. Alain Milon. Après avoir écouté attentivement mes collègues de gauche, je souhaite faire entendre une autre voix.

Finalement, que reste-t-il du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 après le passage au Sénat ?

M. Xavier Bertrand, *ministre*. Des impôts en plus !

M. Alain Milon. Pas grand-chose !

L'ensemble des tableaux d'équilibre et des parties consacrées aux exercices 2010 et 2011 ainsi que les prévisions de recettes et les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2012 ont été rejetés. Au passage, en votant contre la première partie du projet de loi, vous avez refusé de prendre en compte la certification des comptes de la sécurité sociale opérée par la Cour des comptes pour l'année 2010.

Mes chers collègues, vous avez créé une multitude de taxes – dix-sept, très exactement – pour un montant de plus de 5 milliards d'euros. Elles touchent particulièrement les entreprises et les revenus du travail, et je souhaite revenir sur les plus symboliques d'entre elles.

Vous avez ainsi supprimé le dispositif d'exonération des heures supplémentaires instauré par la loi TEPA d'août 2007. Cette mesure bénéficie à 9 millions de salariés, qui gagnent 1 500 euros par mois en moyenne et qui perçoivent, grâce à cette disposition, de l'ordre de 450 euros de plus par an. Pour notre part, nous préférons soutenir la hausse du pouvoir d'achat.

Vous pénalisez les bas salaires et les emplois peu qualifiés en limitant les allègements de charges aux seules entreprises employant moins de 25 % de salariés à temps partiel. Or, nous l'avons rappelé, ce dispositif a permis de préserver 800 000 emplois. Fixer un seuil à 25 % nous semble donc excessif.

Pour financer la suppression des heures supplémentaires, vous avez augmenté le forfait social dans des proportions singulières, pour le faire passer à 11 %. Je rappelle que le forfait social porte sur les rémunérations accessoires comme l'intéressement, la participation, les prestations de retraite supplémentaire, les plans d'épargne d'entreprise et les plans d'épargne pour la retraite collectifs.

Enfin, vous avez augmenté les taux de prélèvements, que ce soit sur les stock-options, les actions gratuites, les retraites chapeaux, les parachutes dorés ou les revenus du capital. Vous avez ignoré les mesures qui ont été adoptées au cours des dernières années. C'est pourtant nous qui avons soumis ces différents types de rémunérations à des prélèvements sociaux, à un niveau de taxation que nous avons rapproché de celui qui est appliqué aux salaires ordinaires.

Par ailleurs, vous avez adopté une mesure qui ampute d'un milliard d'euros le budget de la sécurité sociale, ce qui, dans un contexte budgétaire contraint, ne nous paraît pas opportun : il s'agit de la taxation des contrats d'assurance maladie solidaires et responsables à un taux de 3,5 % au lieu de 7 %. Vous considérez que la hausse de la taxation contribuerait à aggraver les difficultés d'accès aux soins. Pour notre part, nous estimons que les compagnies d'assurance ou les mutuelles ne sont pas contraintes de répercuter cette hausse. En effet, les frais de gestion des assureurs complémentaires sont extrêmement élevés : 28 % pour les assurances privées – dans ce cas, ils comprennent les honoraires des agents généraux d'assurances –, 18 % pour les institutions de prévoyance et 21 % pour l'ensemble des mutuelles. De plus, selon l'Autorité de contrôle prudentiel, l'ensemble du secteur présente un excédent de l'ordre de 3 milliards d'euros de réserves libres de tout engagement prudentiel.

Enfin, il est important de rappeler que les Français les plus fragiles ne sont pas concernés par cette mesure, puisqu'ils bénéficient de la CMUc ou de l'aide à la complémentaire santé. Nous souhaitons donc que ce secteur participe à l'effort national.

S'agissant des dépenses, vous n'avez pas fait preuve d'une grande originalité : vous n'avez fait aucune proposition d'économie et vous n'avez eu de cesse de supprimer les articles du PLFSS tel qu'il a été voté par les députés.

Je ne comprends toujours pas pourquoi vous avez refusé la création du secteur optionnel. Alors que vous nous faites de longs discours sur les difficultés d'accès aux soins, vous refusez une mesure concrète qui intéresse directement les patients.

La suppression du dépistage précoce de la surdité m'a profondément choqué. En effet, plus on dépiste tôt les défauts d'audition, plus vite on peut tenter d'y remédier et donc faciliter la parole et l'intégration sociale de l'enfant.

Vous avez également rejeté la consultation des fédérations régionales hospitalières sur l'accord préalable pour les soins de suite et de réadaptation.

L'article relatif à l'expérimentation dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les EHPAD, visant à améliorer la qualité et l'efficacité des soins, a subi le même sort. Nous pensons au contraire que le fait de soutenir les établissements qui font le choix d'expérimenter des modalités nouvelles d'accompagnement et de prise en charge des personnes âgées constitue une avancée et va dans le bon sens.

Je terminerai mon intervention en abordant la question de la politique familiale, qui a été largement critiquée sur les travées de gauche.

Les chiffres sont pourtant éloquentes. Alors que la politique familiale représentait 4,7 % du PIB au début du quinquennat, elle est aujourd'hui passée à 5,1 %. Quant à l'objectif des dépenses de la branche famille, il s'élève dans ce PLFSS pour 2012 à 57,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires et à 56,6 milliards pour le régime général : les dépenses consacrées à la famille augmenteront donc de 2,8 % alors que la situation budgétaire de notre pays est très contrainte.

Mes chers collègues, nous redoutions que vous ne vous opposiez systématiquement à toutes les mesures de soutien à l'activité adoptées depuis 2007 ; nous ne sommes pas déçus ! Nous n'avons retrouvé ni tact ni mesure dans les dispositions que vous avez adoptées. M. Desessard prétend que nous voulons dépenser moins. Nous souhaitons au contraire dépenser mieux. Fixer une croissance de l'ONDAM à 2,5 %, c'est permettre de dépenser en 2012 4,3 milliards d'euros de plus pour la santé des Françaises et des Français.

Il est évident que, après le constat que je viens de dresser, nous ne vous suivrons pas sur la voie de ce PLFSS tel qu'il ressort des travaux de la Haute assemblée, et que l'UMP votera contre ce texte. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

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

M. Jean-Pierre Caffet, *rapporteur pour avis*. À cette heure tardive, je serai bref, mais je ne peux m'empêcher de réagir aux propos de M. Milon.

Tout au long du débat, le Gouvernement a répété comme une litanie qu'il cherchait à réaliser des économies lorsque nous ne faisons que créer des impôts et des taxes nouvelles.

Pourtant, si l'on reprend le cadrage général de ce PLFSS, l'on constate que les déficits n'ont été maîtrisés ni en 2010, année où le déficit a atteint un record historique, ni en 2011, et qu'ils ne le seront pas davantage en 2012.

Et sur les 8 milliards d'euros de mesures de redressement que vous avez proposées pour réduire le déficit tendanciel en 2012, 2 milliards seulement proviennent d'économies, 6 milliards résultant de ressources et de taxes nouvelles. L'ensemble des économies en dépenses ne représentent donc que le quart des mesures de redressement présentées par le Gouvernement.

Le procès que vous nous avez fait pendant une semaine est donc totalement infondé.

Ensuite, il faut mettre fin au délire concernant les dizaines de taxes que nous aurions créées au cours de ce débat !

M. Xavier Bertrand, ministre. Juste 17 !

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. Mais c'est faux, monsieur Bertrand ! S'agissant du forfait social, c'est vous qui avez proposé de le faire passer de 6 à 8 % ; nous l'avons juste porté à 11 %.

M. Xavier Bertrand, ministre. Vous aimez les impôts, assumez-le !

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. Mais nous n'avons pas créé cette taxe, que je sache ! Elle existait déjà ! Nous avons simplement utilisé ce forfait social pour gager une partie de la suppression de la taxe sur les mutuelles, laquelle est également une création du gouvernement auquel vous appartenez, monsieur Bertrand.

Nous n'avons créé aucune taxe ; nous avons utilisé celles qui existaient déjà !

M. Xavier Bertrand, ministre. Sacrée différence !

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. Nous n'acceptons pas ce procès que vous nous intentez sur les économies et les créations de taxes.

D'autant qu'en matière de taxes, comme j'ai déjà eu l'occasion de le dire à Mme Péresse, vous êtes probablement l'un des meilleurs gouvernements de ces dernières décennies. En l'espace d'un quinquennat, vous en avez créé une trentaine, dont l'une des dernières en date, qui n'est pas la moins insolite, porte sur les mollusques, les poissons et les crustacés ! (*Sourires.*)

M. Xavier Bertrand, ministre. En la matière, la période 1997-2002 est également une belle référence !

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. Quoi qu'il en soit, ne nous accusez pas d'avoir inventé de nouvelles taxes dans ce PLFSS, car il n'en est rien !

En réalité, nous avons dessiné une nouvelle architecture de la protection sociale, et c'est bien cela qui semble vous déranger, monsieur le ministre. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste-EELV et du groupe CRC.*)

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

Mme Annie David, présidente de la commission des affaires sociales. Je ne m'étendrai pas sur le fond, et je souscris bien évidemment aux propos de MM. les rapporteurs.

Au terme de cette longue semaine de débats, qui a débuté par une suspension de séance afin que les ministres puissent nous expliquer les mesures annoncées par le Premier ministre dans son nouveau plan, je voudrais adresser mes félicitations et mes remerciements les plus sincères à M. le rapporteur général, Yves Daudigny, ainsi qu'à toute l'équipe de rapporteurs : ils ont fait preuve, quelques semaines seulement après leur nomination, d'une remarquable maîtrise de ces questions complexes, ce qui nous a permis d'avoir des échanges de très bonne qualité, tant en séance qu'en commission.

Je tiens également à remercier l'ensemble des présidents de séance qui nous ont accompagnés au cours de cette semaine : vous-même, monsieur Carle, mais aussi Bariza Khiari – c'était l'une de ses premières séances au plateau –, Didier Guillaume, Thierry Foucaud, Jean-Léonce Dupont et Jean-Pierre Raffarin.

M. le président. Merci !

Mme Annie David, présidente de la commission des affaires sociales. Nos débats ont été riches, parfois agités, mais ils sont restés malgré tout toujours courtois, pleins de tact et de mesure.

Je remercie également tous nos collègues de leurs contributions à ce texte, pleines de conviction et d'énergie, ce qui a rendu ce débat tout à fait intéressant.

Et je n'oublie pas les administrateurs de la commission – ils ont notamment permis aux nouveaux rapporteurs de mieux appréhender ce PLFSS – ainsi que l'ensemble du personnel du Sénat : en effet, si les parlementaires peuvent écrire la loi dans de bonnes conditions, c'est notamment grâce à tous ceux qui les entourent.

Nous avons donc construit un texte qui, s'il est certes nouveau, ne constitue pas pour autant un PLFSS de substitution ou un PLFSS alternatif au texte présenté par le Gouvernement. C'est en tout cas un texte dans lequel les sénatrices et sénateurs de gauche se reconnaissent davantage et auquel ils croient.

Soyez assurés, mes chers collègues, que notre souci a toujours été de veiller aux intérêts des générations à venir et de nous préoccuper de la santé et de la protection sociale de l'ensemble de nos concitoyens.

Enfin, je salue également l'ensemble des ministres qui se sont succédé au banc du Gouvernement et qui ont accepté le débat dans des conditions parfois compliquées pour eux, le contexte étant quelque peu nouveau.

Mes chers collègues, nous avons accompli un travail intéressant, et le vote qui va intervenir dans un instant devrait marquer de notre empreinte cette première année de notre majorité au Sénat. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC et du groupe socialiste-EELV, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

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

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Au moment où nous arrivons au terme de ce débat, vous comprendrez mon émotion.

Je tiens à remercier Mme la présidente de la commission et à lui dire combien je suis touché des paroles agréables qu'elle vient de prononcer à mon égard ; je m'associe bien évidemment aux remerciements adressés aux différents présidents de séance, aux ministres qui se sont succédé au banc du Gouvernement, à l'ensemble des rapporteurs et à l'ensemble de mes collègues de la majorité et de l'opposition dans cet hémicycle.

Permettez-moi d'avoir un mot particulier pour l'ensemble des collaborateurs de la commission qui, depuis de nombreuses semaines, consacrent à l'examen de ce texte la totalité de leurs journées, du matin jusqu'au soir. Je tiens à leur dire combien il a été agréable et enrichissant de travailler avec eux pendant ces dernières semaines. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste-EELV et du groupe CRC, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Comme Mme la présidente de la commission des affaires sociales l'a indiqué, ces débats ont été empreints de courtoisie et de respect mutuels, ce qui nous a autorisés à nous dire un certain nombre de vérités. On ne sort de l'ambiguïté qu'à ses dépens : c'est fait pour la majorité sénatoriale. Le résultat est clair : plus de dépenses, plus de prélèvements. (*M. Jean Desessard rit.*) Le candidat socialiste a du mal à sortir de l'ambiguïté, vous l'avez fait pour lui ! L'ONDAM progresse ainsi de 3,8 %, dans un pays qui se situe dans la moyenne la plus élevée de tous les pays de l'OCDE pour les dépenses.

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. Il n'y a plus d'ONDAM !

M. Xavier Bertrand, ministre. S'agissant des recettes, c'est la même chose. La France opère déjà plus de prélèvements que les autres pays et vous, vous les augmentez encore. Il faut le dire très clairement : vous faites comme si la crise n'existait pas, comme si nous n'avions pas tous l'impérieuse nécessité de réduire les dépenses !

Tous les ménages et tous les entrepreneurs de France le savent : quand il rentre moins d'argent, il faut que sorte moins d'argent. C'est juste une règle de bon sens.

Or, vous faites tout le contraire ! Mais le vrai courage politique n'est pas d'augmenter les prélèvements, car cela, tout le monde sait le faire. D'ailleurs – je me permets de le dire –, l'impôt est d'une certaine façon dans votre ADN ! On constate ainsi la différence spectaculaire en matière d'augmentations de prélèvements et d'impôts entre les régions que vous gérez, d'une part, et l'Alsace, d'autre part, et la même chose se vérifie dans de très nombreux départements.

M. Jean Desessard. Mais oui, bien sûr...

M. Xavier Bertrand, ministre. Vous l'assumez !

Nous sommes dans un pays où nous payons trop d'impôts et où nous dépensons trop. Nous disons quant à nous que nous pouvons dépenser mieux et dépenser moins. C'est une vraie différence entre nous.

Il était important que les choses soient claires à la fin de ce débat au Sénat. Nous n'avons pas la même conception : pour notre part, nous pensons qu'il faut aussi être capable, pour préserver le modèle social français, de dépenser moins et de dépenser mieux ; vous, vous pensez que l'on doit dépenser davantage en prélevant davantage : vous êtes totalement à contre-courant !

Permettez-moi de vous dire que, si je vous respecte, je ne partage pas pour autant votre conception ; en tout cas, je ne suis pas sûr que les Français vous suivront dans cette voie. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. On verra !

M. le président. Personne ne demande plus la parole?...

Je mets aux voix l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 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° 37 :

Nombre de votants	340
Nombre de suffrages exprimés	339
Majorité absolue des suffrages exprimés	170
Pour l'adoption	175
Contre	164

Le Sénat a adopté. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste-EELV et du groupe CRC, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

4

NOMINATION DE MEMBRES D'UNE ÉVENTUELLE COMMISSION MIXTE PARITAIRE

M. le président. Mes chers collègues, pour le cas où le Gouvernement déciderait de provoquer la réunion d'une commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 que nous venons d'adopter, il va être procédé à la nomination des membres de cette commission mixte paritaire.

La liste des candidats établie par la commission des affaires sociales a été affichée conformément à l'article 12 du règlement.

Je n'ai reçu aucune opposition.

En conséquence, cette liste est ratifiée et je proclame représentants du Sénat à cette commission mixte paritaire :

Titulaires : Mme Annie David, MM. Yves Daudigny, Jean-Pierre Caffet, Ronan Kerdraon, Mme Chantal Jouanno, M. Alain Milon et Mme Muguette Dini ;

Suppléants : Mme Christiane Demontès, M. Gérard Dériot, Mmes Catherine Deroche, Anne-Marie Escoffier, MM. Jean-Pierre Godefroy, Marc Laménie et Mme Isabelle Pasquet.

Cette nomination prendra effet si M. le Premier ministre décide de provoquer la réunion de cette commission mixte paritaire et dès que M. le Président du Sénat en aura été informé.

5

ORDRE DU JOUR

M. le président. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée à aujourd'hui, mardi 15 novembre 2011 :

De quatorze heures trente à dix-sept heures :

1. Proposition de loi relative à la prévention et l'accompagnement pour l'organisation des soirées en lien avec le déroulement des études (n° 421, 2010-2011).

Rapport de M. André Reichardt, fait au nom de la commission des lois (n° 86, 2011 2012).

De dix-sept heures à dix-sept heures quarante-cinq :

2. Questions cribles thématiques sur « la désindustrialisation ».

De dix-huit heures à dix-neuf heures trente :

3. Suite de l'ordre du jour de l'après-midi.

À vingt et une heures trente :

4. Proposition de loi organique portant application de l'article 68 de la Constitution (n° 69, 2009-2010).

Rapport de M. Jean-Pierre Sueur, fait au nom de la commission des lois (n° 84, 2011-2012).

Texte de la commission (n° 85, 2011-2012).

Personne ne demande la parole?...
La séance est levée.

(La séance est levée le mardi 15 novembre 2011, à trois heures.)

Le Directeur du Compte rendu intégral

FRANÇOISE WIART

ANNEXE AU PROCES VERBAL

de la séance

du lundi 14 novembre 2011

Scrutin n° 37

*sur l'ensemble du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de
financement de la sécurité sociale pour 2012*

Nombre de votants	340
Suffrages exprimés	339
Pour	176
Contre	163

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE SOCIALISTE, APPARENTÉS, ET GRUPE EUROPE ÉCOLOGIE-LES VERTS RATTACHÉ (140) :

Pour : 139

N'a pas pris part au vote : 1 M. Jean-Pierre Bel - Président du Sénat

GRUPE UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (132) :

Contre : 130

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Jean-Claude Carle - qui présidait la séance, M. Alain Fouché

GRUPE DE L'UNION CENTRISTE ET RÉPUBLICAINE (31) :

Contre : 26

N'ont pas pris part au vote : 5 MM. Marcel Deneux, Yves Détraigne, Mmes Nathalie Goulet *, Jacqueline Gourault, M. Joël Guerriau *

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (21) :

Pour : 21

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Pour : 16

Contre : 1 M. Gilbert Barbier

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GRUPE (7) :

Contre : 6

Abstention : 1 M. Jean Louis Masson

Ont voté pour :

Leila Aïchi
Nicolas Alfonsi
Jacqueline Alquier
Michèle André
Serge Andreoni
Maurice Antiste

Jean-Étienne
Antoinette
Alain Anziani
Aline Archimbaud
Éliane Assassi
David Assouline

Bertrand Auban
Dominique Bailly
Delphine Bataille
Jean-Michel Baylet
Marie-France Beauflis
Esther Benbassa

Claude Bérit-Débat
Michel Berson
Jacques Berthou
Alain Bertrand
Jean Besson
Michel Billout
Marie-Christine
Blandin
Maryvonne Blondin
Éric Bocquet
Nicole Bonnefoy
Nicole Borvo Cohen-
Seat
Yannick Botrel
Corinne Bouchoux
Didier Boulaud
Christian Bourquin
Martial Bourquin
Bernadette Bourzai
Michel Boutant
Nicole Bricq
Jean-Pierre Caffet
Pierre Camani
Claire-Lise Campion
Jean-Louis Carrère
Françoise Cartron
Luc Carvounas
Bernard Cazeau
Yves Chastan
Jean-Pierre
Chevenement
Jacques Chiron
Karine Claireaux
Laurence Cohen
Yvon Collin
Gérard Collomb
Pierre-Yves Collombat
Hélène Conway
Mouret
Jacques Cornano
Roland Courteau
Cécile Cukierman
Ronan Dantec
Yves Daudigny
Marc Daunis
Annie David
Michel Delebarre
Jean-Pierre Demerliat
Michelle Demessine
Christiane Demontès
Jean Desessard
Félix Desplan
Évelyne Didier
Claude Dilain
Claude Domeizel
Odette Duriez

Josette Durrieu
Vincent Eblé
Anne-Marie Escoffier
Philippe Esnol
Frédérique Espagnac
Alain Fauconnier
Christian Favier
Jean-Luc Fichet
Jean-Jacques Filleul
Guy Fischer
François Fortassin
Thierry Foucaud
Jean-Claude Frécon
André Gattolin
Catherine Génisson
Jean Germain
Samia Ghali
Dominique Gillot
Jacques Gillot
Jean-Pierre Godefroy
Brigitte Gonther-
Maurin
Gaëtan Gorce
Jean-Noël Guérini
Didier Guillaume
Claude Haut
Edmond Hervé
Odette Herviaux
Robert Hue
Claude Jeannerot
Philippe Kaltenbach
Ronan Kerdraon
Bariza Khiari
Virginie Klès
Yves Krattinger
Georges Labazée
Joël Labbé
Françoise Laborde
Serge Larcher
Françoise Laurent-
Perrigot
Gérard Le Cam
Jean-Yves Leconte
Jacky Le Menn
Claudine Lepage
Jean-Claude Leroy
Michel Le Scouarnec
Alain Le Vern
Marie-Noëlle
Lienemann
Jeanny Lorgeoux
Jean-Jacques Lozach
Roger Madec
Philippe Madrelle
Jacques-Bernard
Magner

François Marc
Marc Massion
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
Isabelle Pasquet
Jean-Marc Pastor
Georges Patient
François Patriat
Daniel Percheron
Jean-Claude Peyronnet
Bernard Piras
Jean-Vincent Placé
Jean-Pierre Plancade
Roland Povinelli
Gisèle Printz
Marcel Rainaud
Daniel Raoul
François Rebsamen
Daniel Reiner
Thierry Repentin
Jean-Claude Requier
Alain Richard
Roland Ries
Gilbert Roger
Yves Rome
Laurence Rossignol
Patricia Schillinger
Mireille Schurch
Jean-Pierre Sueur
Simon Sutour
Catherine Tasca
Michel Teston
René Teulade
Jean-Marc Todeschini
Robert Tropeano
Richard Tuheïava
Raymond Vall
André Vallini
René Vandierendonck
Yannick Vaugrenard
François Vendasi
Paul Vergès
Michel Vergoz
Maurice Vincent
Dominique Watrin
Richard Yung

Ont voté contre :

Philippe Adnot

Jean-Paul Amoudry

Pierre André

Jean Arthuis	Muguette Dini	Benoît Huré	Jean-Jacques Pignard	André Reichardt	André Trillard
Gérard Bailly	Éric Doligé	Jean-François Husson	François Pillet	Bruno Retailleau	Catherine Troendle
Gilbert Barbier	Philippe Dominati	Jean-Jacques Hyest	Xavier Pintat	Charles Revet	François Trucy
Philippe Bas	Michel Doublet	Pierre Jarlier	Louis Pinton	Gérard Roche	Alex Türk
René Beaumont	Daniel Dubois	Sophie Joissains	Rémy Pointereau	Bernard Saugey	Jean-Marie
Christophe Béchu	Marie-Annick	Chantal Jouanno	Christian Poncelet	René-Paul Savary	Vanlerenberghe
Michel Bécot	Duchêne	Christiane	Ladislav Poniatowski	Michel Savin	Hilarion Vendegou
Claude Belot	Alain Dufaut	Kammermann	Hugues Portelli	Bruno Sido	René Vestri
Pierre Bernard-	André Dulait	Roger Karoutchi	Yves Pozzo di Borgo	Esther Sittler	Jean-Pierre Vial
Reymond	Ambroise Dupont	Fabienne Keller	Sophie Primas	Abdourahmane	André Villiers
Joël Billard	Jean-Léonce Dupont	Marc Laménie	Catherine Procaccia	Soilihi	François Zocchetto
Jean Bizet	Louis Duvernois	Élisabeth Lamure	Jean-Pierre Raffarin	Henri Tandonnet	
Jean-Marie Bockel	Jean-Paul Emorine	Gérard Larcher			
Pierre Bordier	Hubert Falco	Jean-Jacques Lasserre			
Natacha Bouchart	Jacqueline Farreyrol	Robert Lafoaullu			
Joël Bourdin	Françoise Férat	Daniel Laurent			
Jean Boyer	André Ferrand	Jean-René Leclerc			
Marie-Thérèse	Louis-Constant	Antoine Lefevre			
Bruguère	Fleming	Jacques Legendre			
François-Noël Buffet	Gaston Flosse	Dominique de Legge			
François Calvet	Michel Fontaine	Jean-Pierre Leleux			
Christian Cambon	Bernard Fournier	Jean-Claude Lenoir			
Jean-Pierre Cantegrit	Jean-Paul Fournier	Claude Léonard			
Vincent Capo-Canellas	Christophe-André	Philippe Leroy			
Jean-Noël Cardoux	Frassa	Valérie Létard			
Caroline Cayeux	Pierre Frogier	Jean-Louis Lorrain			
Gérard César	Yann Gaillard	Roland du Luart			
Pierre Charon	René Garrec	Michel Magras			
Alain Chatillon	Joëlle Garriaud-	Philippe Marini			
Jean-Pierre Chauveau	Maylam	Hervé Marseille			
Marcel-Pierre Cléach	Jean-Claude Gaudin	Pierre Martin			
Christian Cointat	Jacques Gautier	Hervé Maurey			
Gérard Cornu	Patrice Gélard	Jean-François Mayet			
Raymond Couderc	Bruno Gilles	Colette Mélot			
Jean-Patrick Courtois	Colette Giudicelli	Jean-Claude Merceron			
Philippe Dallier	Alain Gournac	Alain Milon			
Philippe Darniche	Sylvie Goy-Chavent	Aymeri de			
Serge Dassault	François Grignon	Montesquiou			
Isabelle Debré	François Grosdidier	Albéric de Montgolfier			
Robert del Picchia	Charles Guené	Catherine Morin-			
Vincent Delahaye	Pierre Hérisson	Desailly			
François Delattre	Michel Houel	Philippe Nachbar			
Gérard Dériot	Alain Houpert	Christian Namy			
Catherine Deroche	Jean-François	Louis Nègre			
Marie-Hélène Des	Humbert	Philippe Paul			
Esgaulx	Christiane Hummel	Jackie Pierre			

Abstention :

Jean Louis Masson.

N'ont pas pris part au vote :

Marcel Deneuve	Alain Fouché	Jacqueline Gourault
Yves Détraigne	Nathalie Goulet *	Joël Guerriau *

N'ont pas pris part au vote :

M. Jean-Pierre Bel - Président du Sénat et M. Jean-Claude Carle - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants	340
Nombre des suffrages exprimés	339
Majorité absolue des suffrages exprimés ..	170
Pour l'adoption	175
Contre	164

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus

* Lors de la séance du mardi 15 novembre 2011, Mme Nathalie Goulet a fait savoir qu'elle aurait souhaité voter pour ; M. Joël Guerriau a fait savoir qu'il aurait souhaité voter contre.

ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
03	Compte rendu 1 an	181,60
33	Questions 1 an	133,80
83	Table compte rendu 1 an	36,70
	DÉBATS DU SÉNAT	
05	Compte rendu 1 an	162,70
35	Questions 1 an	95,40
85	Table compte rendu 1 an	32,50
95	Table questions 1 an	21,40
	DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
07	Série ordinaire 1 an	1 223,60
	DOCUMENTS DU SÉNAT	
09	Un an	1 025,80

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 26 octobre 2010 publié au *Journal officiel* du 28 octobre 2010

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 : 3,10 €