

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2019-2020

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du samedi 30 novembre 2019

(31^e jour de séance de la session)



SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. JEAN-MARC GABOUTY

Secrétaires :

Mme Catherine Deroche, M. Daniel Dubois.

1. **Procès-verbal** (p. 17172)
2. **Financement de la sécurité sociale pour 2020.** – Adoption en nouvelle lecture d'un projet de loi modifié (p. 17172)

Discussion générale :

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État auprès du ministre de l'action et des comptes publics

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales

Exception d'irrecevabilité (p. 17175)

Motion n° 237 de Mme Laurence Cohen. – Mme Laurence Cohen ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe ; Mme Agnès Buzyn, ministre ; M. Yves Daudigny ; M. René-Paul Savary ; M. Guillaume Arnell. – Rejet par scrutin public n° 50.

Discussion générale (*suite*) (p. 17178)

Mme Michelle Gréaume

Mme Colette Mélot

M. Alain Milon

M. Yves Daudigny

Mme Véronique Guillotin

M. Martin Lévrier

Mme Jocelyne Guidez

Mme Corinne Féret

Clôture de la discussion générale.

PREMIÈRE PARTIE (p. 17186)

Article 1^{er} – Adoption. (p. 17186)

Article 2 et annexe A – Adoption. (p. 17187)

Vote sur l'ensemble de la première partie (p. 17191)

Adoption de la première partie du projet de loi.

DEUXIÈME PARTIE (p. 17191)

Article 3 (p. 17191)

Amendements identiques n°s 111 de M. Maurice Antiste et 186 de Mme Laurence Cohen. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 112 de M. Maurice Antiste. – Rejet.

Amendements identiques n°s 13 de la commission, 70 rectifié de Mme Nathalie Delattre, 131 de M. Yves Daudigny et 187 de Mme Laurence Cohen. – Adoption des quatre amendements.

Amendement n° 113 de M. Maurice Antiste. – Devenu sans objet.

Adoption de l'article modifié.

Article 4 (p. 17193)

Amendement n° 188 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 5 – Adoption. (p. 17194)

Article 6 (p. 17195)

Amendement n° 114 de M. Maurice Antiste. – Rejet.

Adoption de l'article.

Vote sur l'ensemble de la deuxième partie (p. 17196)

Adoption de l'ensemble de la deuxième partie du projet de loi, modifié.

TROISIÈME PARTIE (p. 17196)

Article 7 (p. 17196)

Amendements identiques n°s 62 rectifié de M. Jean-François Rapin, 71 rectifié de Mme Nathalie Delattre et 123 de M. Olivier Henno. – Adoption des amendements n°s 62 rectifié et 71 rectifié, l'amendement n° 123 n'étant pas soutenu.

Amendement n° 115 de M. Maurice Antiste. – Devenu sans objet.

Amendement n° 68 rectifié de Mme Véronique Guillotin. – Retrait.

Amendement n° 116 de M. Maurice Antiste. – Rejet.

Adoption de l'article modifié.

Article 8 (p. 17199)

Amendement n° 14 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 189 de Mme Laurence Cohen. – Devenu sans objet.

Adoption de l'article modifié.

Articles 8 *bis*, 8 *ter* et 8 *quater* – Adoption. (p. 17201)

Article 8 *quinquies* (p. 17201)

Amendement n° 158 de M. Victorin Lurel. – Adoption de l'amendement rédigeant l'article.

Amendement n° 63 de Mme Catherine Conconne. – Devenu sans objet.

Article 9 (p. 17202)

Amendement n° 190 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 191 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendements identiques n°s 15 de la commission, 75 rectifié de Mme Nathalie Delattre et 133 de M. Yves Daudigny. – Adoption des trois amendements.

Adoption de l'article modifié.

Article 9 *bis* – Adoption. (p. 17203)

Article 9 *ter* (p. 17204)

Amendement n° 232 de M. François Patriat. – Non soutenu.

Amendement n° 178 de M. Daniel Laurent. – Adoption.

Amendements identiques n°s 39 de M. Franck Montaugé et 103 rectifié de M. Claude Bérit-Débat. – Non soutenus.

Amendement n° 184 rectifié *ter* de Mme Nathalie Delattre. – Retrait.

Adoption de l'article modifié.

Articles 9 *quater* et 9 *quinquies* – Adoption. (p. 17205)

Suspension et reprise de la séance (p. 17205)

PRÉSIDENCE DE M. VINCENT DELAHAYE

Article 10 (p. 17205)

Amendement n° 192 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 11 (p. 17209)

Amendement n° 57 rectifié de M. Michel Canevet. – Non soutenu.

Amendement n° 58 de M. Michel Canevet. – Non soutenu.

Amendement n° 120 de M. Maurice Antiste. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article 12 – Adoption. (p. 17212)

Article 13 (p. 17213)

Amendement n° 193 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 14 (p. 17213)

Mme Laurence Cohen

Mme Nathalie Goulet

Adoption de l'article.

Article 15 (p. 17214)

Mme Michelle Gréaume

Amendement n° 170 de M. Olivier Henno. – Retrait.

Amendement n° 16 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 171 de M. Olivier Henno. – Retrait.

Adoption de l'article modifié.

Article 16 – Adoption. (p. 17218)

Article 17 (p. 17218)

Mme Corinne Féret

Amendements identiques n°s 17 de la commission, 78 rectifié de Mme Nathalie Delattre et 134 de M. Yves Daudigny. – Adoption des trois amendements.

Amendement n° 195 de Mme Laurence Cohen. – Devenu sans objet.

Amendement n° 159 de M. Yves Daudigny. – Rejet.

Amendement n° 18 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 18 (p. 17222)

Mme Monique Lubin

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État

Amendement n° 197 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 19 et annexe C (p. 17223)

Amendement n° 198 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Adoption de l'ensemble de l'article et de l'annexe.

Article 20 – Adoption. (p. 17225)

Article 21 (p. 17226)

Mme Laurence Cohen

M. René-Paul Savary

Adoption de l'article.

Article 22 – Adoption. (p. 17227)

Article 23 et annexe B (p. 17227)

Amendements identiques n^{os} 135 de Mme Monique Lubin et 199 de Mme Laurence Cohen. – Rejet des deux amendements.

Amendement n^o 238 du Gouvernement. – Adoption.

Adoption de l'ensemble de l'article et de l'annexe, modifié.

Vote sur l'ensemble de la troisième partie (p. 17234)

M. René-Paul Savary

M. Yves Daudigny

Mme Laurence Cohen

Adoption, par scrutin public n^o 51, de l'ensemble de la troisième partie du projet de loi, modifié.

QUATRIÈME PARTIE (p. 17234)

Article 24 A (p. 17234)

Amendement n^o 200 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n^o 160 de Mme Victoire Jasmin. – Rejet.

Mme Catherine Deroche

Mme Véronique Guillotin

Adoption de l'article.

Article 24 (p. 17235)

Mme Nathalie Goulet

Amendement n^o 201 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 91 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing et 136 de M. Yves Daudigny. – Retrait de l'amendement n^o 91 rectifié *bis*; rejet de l'amendement n^o 136.

Amendement n^o 92 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Retrait.

Amendement n^o 122 de M. Maurice Antiste. – Rejet.

Amendement n^o 66 rectifié de Mme Nassimah Dindar. – Adoption.

Mme Nathalie Goulet

Adoption de l'article modifié.

Article 25 (p. 17241)

Mme Colette Mélot

Amendement n^o 202 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n^o 93 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Retrait.

Amendement n^o 206 de Mme Esther Benbassa. – Adoption.

Amendement n^o 67 rectifié de Mme Nassimah Dindar. – Adoption.

Amendement n^o 59 de M. Michel Canevet. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 26 – Adoption. (p. 17247)

Article 26 *bis* (p. 17249)

Amendement n^o 207 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n^o 138 de M. Bernard Jomier. – Adoption.

Amendement n^o 139 de M. Bernard Jomier. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Articles 26 *ter* et 27 – Adoption. (p. 17252)

Article 28 (p. 17253)

Amendement n^o 19 de la commission. – Adoption.

Amendement n^o 20 de la commission. – Adoption.

Amendement n^o 95 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Retrait.

Amendement n^o 34 de M. Philippe Mouiller. – Adoption.

Amendement n^o 96 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Retrait.

Amendements identiques n^{os} 140 de M. Yves Daudigny et 208 de Mme Laurence Cohen. – Adoption des deux amendements.

Amendement n^o 97 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Devenu sans objet.

Amendement n^o 209 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n^o 210 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 106 rectifié *bis* de Mme Corinne Imbert et 141 de M. Yves Daudigny. – Adoption des deux amendements.

Amendement n^o 35 de M. Philippe Mouiller. – Adoption.

Amendement n^o 211 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Adoption de l'article modifié.

Articles 28 *bis* et 28 *ter* – Adoption. (p. 17263)

Article 29 (p. 17264)

Amendement n^o 21 de la commission. – Adoption.

Amendement n^o 22 de la commission. – Adoption.

Amendement n^o 212 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n^o 142 de M. Bernard Jomier. – Adoption.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État

Adoption de l'article modifié.

Article 29 *bis* (p. 17269)

Amendement n° 213 de Mme Esther Benbassa. – Rectification.

Amendement n° 213 rectifié de Mme Esther Benbassa. – Rejet.

Amendement n° 79 rectifié de Mme Nathalie Delattre. – Non soutenu.

Mme Laurence Cohen

Mme Laurence Rossignol

Adoption de l'article.

Article 30 (p. 17270)

Amendement n° 128 rectifié *bis* de M. René-Paul Savary. – Retrait.

Amendement n° 155 de M. Yves Daudigny. – Retrait.

Amendement n° 23 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 24 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 31 (p. 17274)

Amendement n° 214 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendements identiques n°s 25 de la commission et 143 de M. Yves Daudigny. – Adoption des deux amendements.

Adoption de l'article modifié.

Article 32 (p. 17275)

Amendements identiques n°s 98 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing, 144 de M. Yves Daudigny, 215 de Mme Laurence Cohen et 233 de Mme Patricia Schilling. – Adoption des quatre amendements.

Amendement n° 145 de M. Yves Daudigny. – Rejet.

Adoption de l'article modifié.

Article 33 (p. 17278)

Mme Michelle Gréaume

Adoption de l'article.

Article 34 (p. 17278)

Amendement n° 146 de M. Yves Daudigny. – Retrait.

Amendement n° 216 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 64 de Mme Catherine Conconne. – Rejet.

Amendement n° 147 de M. Yves Daudigny. – Retrait.

Amendement n° 26 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 148 de M. Yves Daudigny. – Retrait.

Amendement n° 234 de M. Michel Amiel. – Retrait.

Adoption de l'article modifié.

Article 35 (p. 17284)

Amendement n° 180 rectifié *bis* de M. Xavier Iacovelli. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article 35 *bis* – Adoption. (p. 17284)

Article 36 (p. 17284)

Amendement n° 162 de Mme Laurence Rossignol. – Rejet.

Amendement n° 69 rectifié de Mme Véronique Guillotin. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 37 (p. 17287)

Amendement n° 217 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 150 de M. Yves Daudigny. – Adoption.

Amendement n° 163 de Mme Victoire Jasmin. – Adoption.

Amendement n° 235 de M. Dominique Théophile. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 37 *bis* – Adoption. (p. 17292)

Article 38 (p. 17292)

Mme Michelle Gréaume

M. Philippe Mouiller

Adoption de l'article.

Articles 38 *bis* et 38 *ter* – Adoption. (p. 17293)

Article 39 (p. 17293)

M. Bernard Jomier

Adoption de l'article.

Article 39 *bis* – Adoption. (p. 17294)

Article 40 (p. 17295)

Amendement n° 124 de Mme Florence Lassarade. – Retrait.

Amendement n° 83 de M. Michel Savin. – Retrait.

Amendement n° 125 de Mme Florence Lassarade. – Retrait.

Amendement n° 27 rectifié de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 40 *bis* – Adoption. (p. 17297)

Article 41 (p. 17297)

Mme Michelle Gréaume

Amendement n° 219 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Amendement n° 84 de M. Michel Savin. – Retrait.

Amendement n° 176 de M. Jean-Jacques Lozach. – Retrait.

Amendement n° 28 de la commission. – Adoption de l'amendement rédigeant l'article.

Amendement n° 177 de M. Jean-Jacques Lozach. – Devenu sans objet.

Articles 41 *bis* et 41 *ter* – Adoption. (p. 17300)

Article 42 (p. 17300)

Amendement n° 220 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 49 rectifié de M. Michel Canevet. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article 43 (p. 17303)

Amendement n° 38 rectifié de Mme Annie Delmont-Koropoulis. – Adoption.

Amendement n° 29 de la commission. – Retrait.

Amendement n° 2 de M. Yves Daudigny. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 44 (p. 17306)

Amendement n° 165 de M. Bernard Jomier. – Rejet.

Amendement n° 110 rectifié *ter* de M. Claude Kern. – Adoption.

Amendement n° 36 de M. Jean-Marie Morisset. – Retrait.

Adoption de l'article modifié.

Article 44 *bis* (p. 17309)

Amendement n° 108 rectifié *ter* de M. Claude Kern. – Adoption.

Amendement n° 109 rectifié *ter* de M. Claude Kern. – Retrait.

Adoption de l'article modifié.

Article 45 (p. 17311)

Mme Michelle Gréaume

Amendement n° 130 rectifié de Mme Jocelyne Guidez. – Adoption.

Amendement n° 1 rectifié *bis* de Mme Jocelyne Guidez. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 45 *bis* (p. 17315)

Amendement n° 175 de Mme Jocelyne Guidez. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 46 (p. 17316)

Amendements identiques n° 9 rectifié de Mme Nicole Bonnefoy et 30 de la commission. – Adoption des deux amendements rédigeant l'article.

Amendement n° 181 rectifié de M. Daniel Gremillet. – Devenu sans objet.

Amendement n° 80 rectifié *bis* de Mme Nathalie Delattre. – Devenu sans objet.

Amendement n° 166 de M. Victorin Lurel. – Devenu sans objet.

Amendement n° 182 rectifié de M. Daniel Gremillet. – Devenu sans objet.

Article 47 – Adoption. (p. 17321)

Article 48 (p. 17322)

Mme Michelle Gréaume

Amendement n° 167 de Mme Laurence Rossignol. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article 49 (p. 17326)

Amendement n° 156 de Mme Laurence Rossignol. – Rejet.

Amendement n° 221 de Mme Laurence Cohen. – Adoption.

Amendement n° 55 rectifié de M. Michel Canevet. – Devenu sans objet.

Amendement n° 236 de Mme Patricia Schillinger. – Retrait.

Adoption de l'article modifié.

Articles 49 *bis* et 50 – Adoption. (p. 17327)

Article 51 (p. 17328)

Amendement n° 222 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Adoption de l'article.

Articles 51 *bis* à 51 *quinquies* – Adoption. (p. 17328)

Article 52 (p. 17329)

Amendements identiques n° 31 de la commission, 151 de M. Yves Daudigny et 223 de Mme Laurence Cohen. – Adoption des trois amendements supprimant l'article.

Amendement n° 6 de Mme Sylviane Noël. – Devenu sans objet.

Article 53 (p. 17331)

Amendement n° 224 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 54 (p. 17332)

Amendement n° 32 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 225 de Mme Laurence Cohen. – Devenu sans objet.

Amendement n° 152 de Mme Corinne Féret. – Devenu sans objet.

Adoption de l'article modifié.

Article 55 – Adoption. (p. 17334)

Article additionnel après l'article 55 (p. 17335)

Amendement n° 102 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Retrait.

Article 56 (p. 17336)

Amendement n° 33 de la commission. – Après une demande de priorité de la commission, adoption.

Amendements identiques n° 7 de Mme Sylviane Noël, 153 de Mme Monique Lubin et 226 de Mme Laurence Cohen. – Devenus sans objet.

Adoption de l'article modifié.

Articles 57, 57 *bis* et 58 – Adoption. (p. 17338)

Article 59 (p. 17339)

Mme Laurence Cohen

M. Yves Daudigny

Amendements identiques n° 40 rectifié *ter* de M. Philippe Mouiller, 154 de M. Yves Daudigny et 227 de Mme Laurence Cohen. – Adoption, par scrutin public n° 52, des trois amendements supprimant l'article.

Amendement n° 228 de Mme Laurence Cohen. – Devenu sans objet.

Amendement n° 229 de Mme Laurence Cohen. – Devenu sans objet.

Amendement n° 12 de Mme Sylviane Noël. – Devenu sans objet.

Article 60 (p. 17342)

Mme Corinne Féret

Adoption de l'article.

Article 61 (p. 17343)

Mme Corinne Féret

Adoption de l'article.

Articles 62, 63 et 64 – Adoption. (p. 17343)

Vote sur l'ensemble de la quatrième partie (p. 17343)

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

Vote sur l'ensemble (p. 17344)

Mme Laurence Cohen

M. René-Paul Savary

Mme Élisabeth Doineau

Mme Véronique Guillotin

Mme Colette Mélot

M. Martin Lévrier

M. Yves Daudigny

Adoption, par scrutin public n° 53, du projet de loi, modifié.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État

3. **Ordre du jour** (p. 17346)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. JEAN-MARC GABOUTY

vice-président

Secrétaires :

**Mme Catherine Deroche,
M. Daniel Dubois.**

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

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2020

Adoption en nouvelle lecture d'un projet de loi modifié

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion en nouvelle lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture (projet n° 151, rapport n° 153).

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

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, monsieur le président de la commission des affaires sociales, monsieur le rapporteur général, mesdames, messieurs les rapporteurs, mesdames, messieurs les sénateurs, il est d'usage, en nouvelle lecture, de ne pas refaire une présentation des grandes mesures d'un texte déjà débattu en première lecture. Aujourd'hui, l'exercice revêt un caractère particulier.

Comme l'ai déjà dit ici même, je regrette que les circonstances de la première lecture ne nous aient pas permis d'aller au bout de l'examen de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). J'aurais naturellement préféré que la situation soit différente, mais nous n'étions pas prêts, à ce moment-là. J'espère, à présent, que nous aurons le débat que ce texte mérite.

De nouvelles annonces ont été présentées, la semaine dernière, pour investir dans l'hôpital et soutenir la transformation engagée par Ma santé 2022 – une transformation que je sais soutenue par beaucoup d'entre vous. Il s'agit de redonner de la souplesse et des marges de manœuvre pour améliorer le quotidien des hospitaliers et accélérer la transformation.

Nous avons eu, vous avez eu, l'occasion de dire les difficultés que traverse l'hôpital, notamment public. La mobilisation du 14 novembre dernier a montré l'épuisement, voire la colère, des personnels soignants comme non soignants.

Ces mesures s'articulent autour de trois axes principaux.

Le premier vise à restaurer l'attractivité des métiers et à fidéliser les soignants. Il s'agit donc de mieux reconnaître les personnels en accompagnant les débuts de carrière pour restaurer la capacité des hôpitaux à recruter.

Il nous faut ensuite concentrer l'effort sur la revalorisation des métiers en tensions, qu'il s'agisse de tensions territoriales, comme à Paris et dans la petite couronne, où une prime de 800 euros sera attribuée aux hospitaliers, ou bien de tensions sectorielles, notamment pour le métier d'aide-soignant. Ceux des aides-soignants exerçant dans les services qui prennent en charge les personnes âgées bénéficieront ainsi de la prime assistant de soins en gérontologie. Par ailleurs, les aides-soignants pourront désormais accéder, dans le cadre d'un grade de fin de carrière, à la catégorie B.

Il nous faut également récompenser l'investissement et l'engagement collectifs avec la création d'une prime d'intéressement, à la main des responsables, de manière à pouvoir récompenser des équipes qui s'engagent sur le terrain autour de projets relatifs à la qualité du service ou à la transformation.

L'ensemble de ces mesures sera financé par un effort supplémentaire de 300 millions d'euros sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2020, soit 1,5 milliard d'euros d'ici à la fin du quinquennat.

Le deuxième axe consiste à rétablir le dialogue et la souplesse de la gestion dans le quotidien de l'hôpital.

L'hôpital public a connu des évolutions majeures dans son organisation, qui ont parfois donné aux équipes le sentiment d'une mise à l'écart de la prise de décision et d'une perte de sens. La stratégie de transformation Ma santé 2022 vise à renforcer le dialogue et le sens du collectif au sein des hôpitaux.

Pour ce faire, le personnel soignant sera mieux intégré à la gouvernance des hôpitaux et le management de proximité sera renforcé et valorisé. Des mesures de simplification du fonctionnement quotidien seront aussi prévues, notamment en termes de formalités de recrutement ou bien de protocole de coopération décentralisée entre les professionnels au sein d'un établissement.

Enfin, des mesures seront prises pour lutter contre l'intérim médical, dont vous savez qu'il s'est déployé depuis plusieurs années dans des conditions devenues insupportables pour les équipes ayant la charge d'assurer la continuité du fonctionnement des hôpitaux.

Notre troisième axe consiste à réinvestir l'hôpital public en lui donnant des moyens nouveaux et de la visibilité dans le temps.

Les tarifs hospitaliers seront en hausse – *a minima* – de 0,2 % jusqu'à la fin du quinquennat après la première campagne positive exceptionnelle de 2019, interrompant ainsi dix années de baisses successives.

L'investissement du quotidien sera une priorité. Il s'agit de permettre aux hôpitaux d'acheter du matériel indispensable pour le travail des soignants dans leur quotidien. En 2020, 150 millions d'euros seront donc fléchés vers l'investissement courant, au lieu d'être engagés dans de nouveaux grands projets immobiliers, pour répondre au besoin actuel le plus fort. Cet effort de 150 millions d'euros sera reconduit en 2021 et en 2022.

À partir de 2020, 10 milliards d'euros de dettes seront repris aux hôpitaux en trois ans afin d'alléger les charges des établissements. Cette décision de rupture permettra aux hôpitaux de réduire leur déficit et de retrouver rapidement les moyens d'investir et de se moderniser.

Ce PLFSS porte, au-delà de l'Ondam, un ensemble de mesures dont chacun peut être fier. Je pense en particulier au congé de proche aidant, à la lutte contre les ruptures d'approvisionnement de médicaments, à la création du fonds d'indemnisation des victimes des produits phytosanitaires, mesures qui ont été travaillées initialement au Sénat. Il est heureux que cet hémicycle puisse en débattre aujourd'hui.

Mesdames, messieurs les sénateurs, une protection sociale du XXI^e siècle doit créer de nouveaux droits pour faire face à de nouveaux risques. Ce PLFSS s'inscrit dans cette ambition. (*M. Martin Lévrier applaudit.*)

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. Olivier Dusopt, *secrétaire d'État auprès du ministre de l'action et des comptes publics.* Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le président de la commission des affaires sociales, monsieur le rapporteur général, mesdames, messieurs les rapporteurs de branches, mesdames, messieurs les sénateurs, nous nous retrouvons pour étudier en nouvelle lecture le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 dans un contexte singulier, comme vient de le rappeler Mme Buzyn.

Je ne reviendrai pas sur les différents événements de la première lecture. Je forme simplement le vœu que nous puissions engager des débats apaisés et constructifs pour enrichir ce projet de loi de financement.

Avant d'entrer dans le débat, il faut souligner que ce texte tient compte, comme vous le souhaitiez, des mesures exceptionnelles prises en faveur de l'hôpital la semaine dernière. Il en est ainsi du relèvement de l'Ondam pour 2020 de 0,15 point, pour le porter de 2,3 % à 2,45 %, ce qui représente 300 millions d'euros supplémentaires et permet de porter l'Ondam hospitalier de 2,1 % à 2,4 %.

Concernant les équilibres généraux et les articles dits de « recettes », je ne reviendrai pas dans le détail sur toutes les mesures que nous avons déjà eu l'occasion d'évoquer en première lecture.

Je veux néanmoins évoquer quelques points saillants du débat entre votre assemblée et le Gouvernement. À commencer par l'article 3 et les dispositions de non-compensation des mesures d'urgence économiques et sociales. Nous savons l'opposition renouvelée du Sénat et je préfère dire d'emblée – peut-être pour gagner du temps lors des explications de vote – que le Gouvernement restera sur sa position en émettant un avis défavorable sur les amendements adoptés par la commission des affaires sociales tendant à la suppression de cet article.

Nous avons longuement débattu de ce point en première lecture et je ne crois pas utile, à ce stade, de redéployer l'intégralité des arguments qui sous-tendent la position du Gouvernement. Je relèverai seulement un chiffre : sur les 17 milliards d'euros de mesures prises à la suite du grand débat, 14 milliards ont été financés par l'État.

Les échanges que nous avons eus cet automne soulignent la nécessité d'avoir prochainement un débat sur l'avenir des relations entre l'État et la sécurité sociale. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

Je souhaite également insister sur l'article 7 et l'obligation pour une entreprise d'avoir conclu un accord d'intéressement pour pouvoir bénéficier de l'exonération de la prime exceptionnelle.

Cette mesure, qui s'inscrit en cohérence avec la politique du Gouvernement – notamment depuis la loi Pacte – de promouvoir l'intéressement et la participation dans les entreprises, permet de renforcer le pouvoir des salariés de manière pérenne durant toute la durée de l'accord d'intéressement et pas uniquement pour la seule année du versement de la prime exceptionnelle.

J'ai aussi en tête certaines mesures d'assouplissement – notamment celle qui concerne les établissements et services d'aide par le travail (ÉSAT) – reprises par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture. Nous aurons également l'occasion d'y revenir.

Le Gouvernement sera vigilant sur la question des niches sociales. Comme je l'avais souligné en première lecture, il sera défavorable aux amendements visant à proposer la création ou l'extension de niches déjà existantes. Il nous semble bien plus nécessaire de mener un travail d'évaluation et d'ajustement de ce type de dépenses sociales.

J'en viens maintenant aux équilibres financiers de ce texte que les mesures sur l'hôpital ne remettent pas fondamentalement en cause, puisque nous assumons des dépenses nouvelles de 3 milliards d'euros sur trois ans. Celles-ci doivent permettre d'offrir aux soignants des conditions de travail satisfaisantes en dégageant des moyens supplémentaires dans la durée. Elles permettront également aux établissements d'investir et de se transformer.

Ces dépenses supplémentaires seront intégrées à la trajectoire des finances publiques présentée dans la loi de programmation des finances publiques au premier semestre 2020. Ce texte précisera les orientations du Gouvernement en matière de recettes et de dépenses publiques pour les prochaines années.

Un mot, pour terminer, sur la reprise de dette des hôpitaux dont vous aurez à connaître dans un projet de loi qui sera déposé début 2020. L'allègement de la dette de 10 milliards d'euros en trois ans est d'abord un fait historique et une

mesure exceptionnelle: cela va permettre de dégager des marges de manœuvre pour les hôpitaux afin qu'ils puissent réduire leur déficit et investir.

Au bout de trois ans, la reprise de dette va alléger la charge des hôpitaux de 800 millions à 1 milliard d'euros par an, en fonction de la dette reprise et des taux d'intérêt afférents. Il s'agit d'une bouffée d'oxygène bienvenue. Cette reprise de dette ne se traduira pas par une augmentation parallèle de la dette publique, dans la mesure où la dette des hôpitaux y est déjà comptabilisée, au regard des instances et de nos partenaires européens.

Nous serons vigilants, aux côtés des établissements, pour que les marges de manœuvre supplémentaires dégagées contribuent non pas à recréer de la dette, mais bien à accélérer la transformation de l'hôpital public que le plan Ma santé 2022 avait engagée et qui doit être mise en œuvre jusqu'à son terme.

Nous assumons ces choix budgétaires. Notre rythme d'ajustement budgétaire est certes différent de celui qui était envisagé en 2017, mais il tient compte à la fois du ralentissement économique mondial, des difficultés sociales que traverse notre pays et des priorités que nous assumons de financer.

Ce texte s'inscrit dans la continuité de la politique que nous menons depuis plus de deux ans, à la fois pour baisser les impôts et pour soutenir le pouvoir d'achat des Français. Il est en cohérence avec nos objectifs. Il nous permet d'aller plus loin et d'apporter des réponses à la crise longue que traverse l'hôpital public. Ces mesures exceptionnelles et nécessaires seront complétées par d'autres textes encore à venir, comme la loi de programmation ou le projet de loi spécifique à la reprise de la dette. (*M. Martin Lévrier applaudit.*)

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, l'examen de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale par le Sénat a été un peu plus mouvementé qu'à l'accoutumée.

Notre assemblée a ainsi considéré, lors de la première lecture, ne pas être en mesure de se prononcer de façon suffisamment éclairée. En effet, le Gouvernement devait annoncer, la semaine suivante, un certain nombre de mesures concernant l'hôpital susceptibles de peser sur les comptes de la sécurité sociale alors que nous ne disposions d'aucun élément chiffré.

De même, la commission mixte paritaire, convoquée la veille de l'annonce du plan gouvernemental, a rapidement constaté son désaccord politique et le caractère un peu vain de l'exercice dans ce contexte particulier. De ce fait, l'Assemblée nationale a été saisie, en nouvelle lecture, du texte qu'elle avait adopté en première lecture. Elle a adopté dans la même version qu'en première lecture quarante-sept articles, soit la moitié d'entre eux.

Elle en a modifié quarante-sept autres, en reprenant une vingtaine des amendements du Sénat – le plus souvent, des amendements rédactionnels ou de précision, mais parfois des mesures un peu plus substantielles.

Ainsi, à l'article 7, relatif à la prime exceptionnelle, nos collègues députés ont repris l'amendement de la commission tendant à assurer que les associations et fondations reconnues d'utilité publique soient exemptées de conclure un accord d'intéressement, ainsi que l'amendement de Mme Guillotin visant à en exempter les ÉSAT.

Je pense également à l'amendement de Mme Lassarade et aux amendements de M. Savary à l'article 10 ayant pour objet d'enlever certaines cotisations de caisses de retraite de professions médicales du recouvrement unifié.

À l'article 28, l'Assemblée nationale a repris l'amendement de la commission tendant à préciser explicitement l'obligation faite au distributeur de mentionner au patient concerné que le dispositif médical remis en bon état d'usage est bien le même que celui qui a été prescrit.

De même, à l'article 34, elle a repris l'amendement de la commission visant à étendre à tous les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur l'obligation d'information des autorités de la suspension ou de l'arrêt de commercialisation par les établissements pharmaceutiques.

Je pense encore à l'amendement de notre commission à l'article 49 tendant à prévoir que le manquement à l'obligation de déclaration relative aux disponibilités d'accueil de l'assistant maternel ne puisse constituer un motif de suspension de l'agrément ou le seul motif de son retrait. Mme Doineau sera satisfaite...

En outre, l'Assemblée nationale a intégré, à l'article 59 et dans divers articles récapitulatifs, la hausse de l'Ondam de 300 millions d'euros correspondant à la première année du plan Hôpital annoncé par le Gouvernement.

Aucune mesure de hausse de recettes ou de baisse de dépenses n'ayant accompagné ce plan, ces 300 millions d'euros augmentent le déficit de la sécurité sociale pour 2020. Celui-ci serait désormais de 5,4 milliards d'euros sur le périmètre habituel du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), et même de 5,9 milliards en intégrant l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Surtout, il est inquiétant de constater que le rapport annexé au PLFSS prévoit désormais des comptes en déficit au moins jusqu'en 2023 : encore 1,8 milliard d'euros à cette date pour les régimes obligatoires et le FSV, malgré une prévision de recettes assez optimiste aux yeux de la commission.

Une telle situation ne fait que renforcer plusieurs des analyses exprimées par le Sénat. Je pense en particulier à la nécessité de renoncer au principe de non-compensation. En effet, on ne saurait demander à la sécurité sociale de financer toujours plus de dépenses de nature assurantielle tout en la privant de ressources au nom de politiques gouvernementales d'augmentation du pouvoir d'achat.

Cela n'aboutira qu'à créer toujours plus de déficits et à repousser toujours plus loin les perspectives d'en finir avec la dette sociale. Il me semble, mes chers collègues, que c'est le rôle du Sénat que de l'affirmer haut et fort, clairement, et de l'inscrire dans un texte que nous voterons.

Permettez-moi de citer un courrier que les deux rapporteurs généraux des commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat ont récemment reçu du Premier ministre, en réponse à leur interpellation sur le sujet des non-compensations. M. Édouard Philippe nous donne

l'assurance « qu'aucun autre transfert ou non-compensation n'est envisagé par le Gouvernement pour 2021 ou 2022 ». Nous en prenons acte et ne l'oublierons pas.

Par ailleurs, le Premier ministre dit entendre notre souhait de « discuter des principes et de la doctrine des relations financières entre l'État et la sécurité sociale, ce que permettra le prochain projet de loi de programmation des finances publiques ».

Madame la ministre, monsieur le secrétaire d'État, nous aurons donc l'occasion de poursuivre ce débat dès le printemps prochain.

Cette nouvelle lecture devrait nous permettre d'aborder des articles que nous n'avons pas examinés en séance publique en première lecture. La commission affirmera ainsi sa volonté de réindexer, dès 2020, l'ensemble des prestations et allocations de sécurité sociale sur l'inflation, qu'il s'agisse notamment des allocations familiales, de l'allocation aux adultes handicapés ou des pensions de retraite.

À cet égard, la contrainte de « l'entonnoir » ne permettra au Sénat que de livrer une vision tronquée de ses propositions, puisque d'importantes mesures d'économies, comme le recul de l'âge légal de départ à la retraite, ne pourront être présentées dans le cadre de cette nouvelle lecture.

Enfin, le Sénat pourra se prononcer en toute connaissance de cause sur l'article 59, qui fixe le niveau de l'Ondam pour 2020.

En tant que rapporteur général, je serai, bien entendu, le fidèle interprète des votes de la commission, laquelle a estimé insuffisante la hausse de 300 millions d'euros par rapport à la première lecture.

Toutefois, en introduction de nos débats, il me semble important de rappeler ce qu'est l'Ondam. Ce n'est pas un taux – de 2,3 % ou 2,45 % –, c'est un montant de dépenses publiques, soit 205,6 milliards d'euros en 2020, en hausse de 5,2 milliards d'euros par rapport à 2019. Je pense qu'aucun autre budget public n'affiche une telle augmentation, très nettement supérieure à la croissance de la richesse nationale, année après année. Cela représente 1,8 milliard supplémentaire pour les hôpitaux.

Gardons ces chiffres en tête quand certains d'entre nous parlent de « miettes » ou d'« austérité »... (*Murmures amusés sur les travées du groupe CRCE.*) Vous vous êtes reconnue, madame Cohen?... (*Sourires.*)

Mme Laurence Cohen. Tout à fait, monsieur le rapporteur général, et nous assumons dans la bonne humeur, comme vous le voyez! (*Nouveaux sourires.*)

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Car c'est une chose, et une chose légitime, de dire que, ponctuellement, le geste en faveur des hôpitaux aurait pu être un peu plus fort. C'en serait une autre de nier la nécessité même de contrôler la hausse tendancielle des dépenses de santé de plus de 4 % par an et que nous serions très vite incapables de financer.

Voilà, madame la ministre, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, l'état d'esprit de la commission tandis que s'ouvrent ces débats. Je devine que nous serons en désaccord sur plusieurs points importants – c'est la règle – et que l'Assemblée nationale, au bout du compte, ne suivra pas toujours le Sénat lors de la lecture définitive. Mais il me semble important que nous puissions avoir ces échanges et que le Sénat soit en mesure de livrer sa propre vision le plus

rapidement possible. (*Applaudissements sur les travées du groupe UC, ainsi que sur des travées des groupes Les Indépendants, RDSE, Les Républicains et SOCR.*)

M. le président. Nous passons à la discussion de la motion tendant à opposer l'exception d'irrecevabilité.

Exception d'irrecevabilité

M. le président. Je suis saisi, par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, d'une motion n° 237.

Cette motion est ainsi rédigée :

En application de l'article 44, alinéa 2, du règlement, le Sénat déclare irrecevable le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, de financement de la sécurité sociale pour 2020 (n° 151, 2019-2020).

Je rappelle que, en application de l'article 44, alinéa 7, du règlement du Sénat, ont seuls droit à la parole sur cette motion l'auteur de l'initiative ou son représentant, pour dix minutes, un orateur d'opinion contraire, pour dix minutes également, le président ou le rapporteur de la commission saisie au fond et le Gouvernement.

En outre, la parole peut être accordée pour explication de vote, pour une durée n'excédant pas deux minutes et demie, à un représentant de chaque groupe.

La parole est à Mme Laurence Cohen, pour la motion.

Mme Laurence Cohen. Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, lors de l'examen en première lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, notre groupe avait déjà déposé une motion tendant à l'irrecevabilité constitutionnelle, au motif que les exonérations massives de cotisations sociales et leur non-compensation intégrale par l'État remettent en question l'autonomie financière de la sécurité sociale.

Nous récidivons pour cette nouvelle lecture, car, si le non-respect de la loi Veil du 25 juillet 1994 est toujours de mise, vous remettez maintenant en cause l'organisation des travaux parlementaires telle que prévue à l'article 47-1 de la Constitution. Deux motifs graves qui justifient cette motion d'irrecevabilité constitutionnelle.

Madame la ministre, monsieur le secrétaire d'État, je le dis avec solennité : que cherche le Gouvernement en refusant de voir la réalité de terrain ? Les mesures que vous avez annoncées avec le Premier ministre ne font pas le compte. Et même si ce plan Investir dans l'hôpital public est une première victoire des personnels en lutte, leur colère ne retombe pas. Fort justement, car les mesures demeurent largement insuffisantes par rapport aux besoins en matière de santé.

D'ailleurs, aujourd'hui même est une journée d'initiatives locales dans les établissements et autour, avant la mobilisation du 17 décembre et, auparavant, celle du 5 décembre, qui promet d'être de grande ampleur avec une participation forte du monde de la santé.

En annonçant des mesures en deçà des besoins réels de l'hôpital, sans doute dans l'espoir d'affaiblir le mouvement social, vous affaiblissez aussi dangereusement le Parlement. Nous avons assisté en direct, ici, au Sénat, en première lecture du PLFSS, à vos attermoissements et au peu de cas que vous faites de notre Haute Assemblée. Ce n'est pas un procès d'intention, c'est une réalité que chacune et chacun peut vérifier en suivant la retransmission de nos travaux.

La publication, l'avant-veille de l'examen du budget de la sécurité sociale, d'un article dans le *Journal du dimanche* faisant état de la préparation d'un « plan ambitieux pour l'hôpital » a profondément entaché l'examen en première lecture du budget de la sécurité sociale.

Madame la ministre, vous nous avez affirmé, aux côtés du secrétaire d'État Dussopt, que ces fuites dans la presse ne venaient pas de vous et que vous respectiez trop les parlementaires que nous sommes pour ne pas nous informer de modifications qui pourraient remettre en cause le budget que nous examinons.

Mais cela, c'était deux jours avant la formidable mobilisation des professionnels de santé du 14 novembre, toutes catégories confondues, après une grève de plus de huit mois. Alors que le Sénat poursuivait la discussion du budget de la sécurité sociale, le Président de la République annonçait bien un « plan conséquent pour l'hôpital public ». Tant pis pour la représentation nationale qui discutait d'un texte obsolète et, de fait, d'un budget insincère.

Nous avons alors décidé, à l'unanimité, d'interrompre nos débats et de repousser l'examen du PLFSS 2020 à la nouvelle lecture, car il s'agissait d'une véritable mascarade démocratique.

Comment croire que vous n'avez rien anticipé ? Comment croire les propos que vous avez tenus devant la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, affirmant que vous n'étiez pas prêts en première lecture ? Pas prêts, après plus de huit mois de mobilisation des hôpitaux ? Soyons sérieux !

La réalité, c'est que vous avez attendu de voir le niveau de la mobilisation des personnels hospitaliers du 14 novembre pour décider de la taille de l'enveloppe de votre plan pour l'hôpital.

Ce plan Investir dans l'hôpital public est donc le quatrième plan d'urgence en quatorze mois pour l'hôpital. Il vient après le plan Ma santé 2022, présenté en septembre 2018, et voté par le Parlement ; après les mesures pour les urgences annoncées en juillet 2019 ; et après le plan d'urgence de septembre dernier. Finalement, je me demande si s'adresser à vous, madame la ministre, revient à s'adresser à la ministre de la santé ou à la ministre de la planification... (*Sourires.*)

Plus sérieusement, votre plan prévoit d'augmenter l'Ondam hôpital de 2,1 % à 2,4 %, soit 300 millions d'euros de plus. Monsieur le rapporteur général, voyez un peu dans quel marché de dupes nous sommes : faut-il rappeler ici, mes chers collègues, que le Gouvernement avait initialement prévu de priver les hôpitaux publics de 1 milliard d'euros en 2020 ? Donc, si je calcule bien, avec vos largesses, vous le privez tout de même de 700 millions d'euros !

M. Yves Daudigny. Tout à fait !

Mme Laurence Cohen. C'est très au-dessous des revendications syndicales des collectifs Inter-Urgences et Inter-Hôpitaux, qui demandent un Ondam au niveau de l'évolution naturelle des dépenses à 4,5 %, soit 5 milliards d'euros de plus.

Malgré le niveau de colère et de mobilisation justifié des personnels, vous refusez de débloquent les moyens indispensables pour répondre aux besoins de santé. Il s'agit bien d'un marché de dupes, car le relèvement de l'Ondam pour 2020, obtenu de haute lutte, est au-dessous du niveau de l'Ondam de l'an dernier, qui était de 2,5 %. Vous annoncez des moyens supplémentaires, mais vous maintenez la compression des dépenses de santé de l'hôpital public.

Dans une tribune publiée mercredi 13 novembre dans la presse, près de 2 000 professionnels de santé en pédiatrie se sont élevés contre le manque de moyens dans les hôpitaux, notamment dans les services où sont soignés les enfants. Que répondez-vous au professeur Rémi Salomon, chef de service pédiatrie de l'hôpital Necker, quand il dénonce : « alors que l'épidémie de bronchiolite débute, on est obligés de transférer des enfants en dehors des hôpitaux parisiens » ? Tout le monde a bien conscience qu'il s'agit d'une prise de risque pour ces petits patients.

À l'écoute de ce témoignage et à la lecture de cette tribune, votre plan d'urgence devrait comporter des ouvertures immédiates de lits, surtout quand on sait que 100 000 d'entre eux ont été fermés en vingt ans. Eh bien, pas du tout : vous persistez et vous signez dans vos choix mortifères pour l'hôpital. La réalité, c'est que vous ne répondez à aucune des revendications fondamentales des personnels qui sont attachés à l'hôpital et qui veulent des moyens réels pour améliorer la qualité des soins de leurs patients.

À l'exigence d'une augmentation de 300 euros par mois des salaires, vous répondez par une prime catégorielle pour l'Île-de-France de 800 euros pour 40 000 infirmières et aides-soignantes. Prime qui ne prend pas en compte le vécu de ces professionnels sur l'ensemble du territoire et pas seulement en Île-de-France – 800 euros, c'est 66 euros par mois, soit moins que le coût d'un pass Navigo ! De plus, une prime n'entre pas dans le calcul de la retraite, contrairement au salaire.

Voilà une manœuvre grossière pour essayer d'affaiblir la mobilisation en cherchant à opposer les personnels entre eux, mais aucun, parmi eux, n'est tombé dans le piège.

Alors qu'il manque partout des médicaux, des paramédicaux, des personnels dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), des agents administratifs, des agents techniques, il n'y a rien, dans le texte, sur l'embauche de personnels, pas plus que sur les conditions de travail des internes, qui seront d'ailleurs en grève illimitée à partir du 10 décembre !

Vous poursuivez sans ciller les fermetures de services, et d'hôpitaux, sous le vocable de « regroupement », malgré l'aggravation des déserts médicaux.

La France dépenserait trop pour la santé, contrairement à ses voisins, dites-vous ! Des économistes de la santé contredisent cette affirmation. Ils nous rappellent que les budgets contraints imposés ces dernières années à l'hôpital font que la part des dépenses de santé dans le PIB est aujourd'hui de 3,6 %, donc inférieure à la moyenne européenne, qui est de 4,1 %.

Votre leitmotiv est qu'il n'y a pas d'argent magique et que, par conséquent, vous devez respecter les contraintes budgétaires.

Mais, madame la ministre, faites cesser les exonérations de cotisations sociales et vous aurez de nouvelles recettes, la « modique » somme ainsi récoltée s'élevant à 66,4 milliards d'euros pour 2020.

Si vous cherchez des cotisants, sachez que nous avons la chance d'avoir, en France, la première fortune du monde, évaluée à 109,5 milliards d'euros, en la personne de M. Bernard Arnault, patron de LVMH !

Madame la ministre, comment ne pas dénoncer le fait que ces allègements et exonérations dépassent le montant des recettes de la branche famille ?

Comment ne pas dénoncer, une nouvelle fois, le fait que les cotisations sociales ne représentent plus que 50,7 % des recettes du budget de la sécurité sociale ?

J'ai dit au début de mon propos que votre plan « Investir pour l'hôpital public » était un marché de dupes, mais c'est, de surcroît, le bal des hypocrites ! Si vous renonciez ne serait-ce qu'à un tiers de ces exonérations, vous dégageriez 20 milliards d'euros pour l'hôpital, de quoi répondre à la crise aiguë qu'il connaît aujourd'hui.

Quant à la reprise de 10 milliards d'euros de la dette des hôpitaux, soit un tiers du total sur trois ans – un nouveau projet de loi sera présenté en 2020 pour en déterminer les conditions –, elle ne devra être qu'une première étape, et nous resterons vigilants quant à sa réalité, d'autant que les conditions de la reprise sont bien floues. Qui gagnera, en effet, cette loterie dans laquelle la reprise sera conditionnée à l'adoption de plans de suppressions de postes ?

Quel hôpital aura vos faveurs, alors que six hôpitaux sur dix sont en déficit et qu'un tiers des établissements publics, soit 319 hôpitaux, 19 centres hospitaliers régionaux (CHR) et 300 centres hospitaliers, sont aujourd'hui en situation de surendettement ?

On ne peut tergiverser : il est urgent d'assurer le financement d'investissements en faveur des établissements médico-sociaux et de santé, donc de revenir aux prêts à taux zéro.

Mes chers collègues, le contenu du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 dont nous discutons en nouvelle lecture et les conditions d'examen dans lesquelles nous nous retrouvons ce matin, avec une injonction implicite de légiférer très vite, contreviennent aux principes constitutionnels.

Nous vous invitons donc à adopter notre motion tendant à opposer l'exception d'irrecevabilité. Après le coup de semonce que nous avons adressé ensemble au Gouvernement, transformons l'essai ! (*Mme Michelle Gréaume et M. Jean-Louis Tourenne applaudissent.*)

M. le président. Y a-t-il un orateur contre la motion ?...

Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Madame Cohen, la non-compensation ne contrevient pas, en soi, à la Constitution : le principe de compensation intégrale relève de la loi. Le code de la sécurité sociale prévoit même les conditions dans lesquelles il est possible d'y déroger, en réservant le monopole de ces dérogations aux lois de financement de la sécurité sociale.

Par ailleurs, il importe que le Sénat puisse se prononcer sur ce PLFSS et donner ainsi sa propre vision – c'est ce que je disais sur les finances sociales.

En conséquence, la commission émet un avis défavorable sur cette motion.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Les membres du groupe socialiste et républicain partagent de nombreux éléments de diagnostic avec nos collègues du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Nous partageons également beaucoup des objectifs qu'ils ont défendus pour une nouvelle politique de santé. Nous avons d'ailleurs voté une motion analogue en première lecture.

Mais nous pensons, aujourd'hui, qu'il faut débattre, cela pour au moins deux raisons.

Le plan Hôpital est maintenant connu ; le nouvel Ondam et la majoration de 200 millions plus 100 millions d'euros sont parfaitement identifiés. Et nous devons avoir l'occasion de dire soit tout le bien, soit tout le mal que nous pensons de ce plan.

Nous pensons également que le Sénat et le bicamérisme – nous savons que nos collègues du groupe communiste y sont eux aussi très attachés – n'auraient rien à gagner, en termes d'image dans l'opinion publique, à interrompre cette discussion.

Nous ne voterons donc pas la motion qui vient d'être présentée.

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

M. René-Paul Savary. Notre groupe est également défavorable à cette motion. Certes, le déficit est organisé, pour ce qui concerne tant la branche vieillesse que la branche maladie, et nous pensons que le plan qui a été proposé ne convient pas.

C'est la raison pour laquelle nous souhaitons qu'une discussion ait lieu, afin que nous puissions avancer un certain nombre d'arguments au cours de cette journée de débats.

M. le président. La parole est à M. Guillaume Arnell, pour explication de vote.

M. Guillaume Arnell. Le groupe RDSE, fidèle à sa tradition, prône lui aussi le débat et s'oppose donc à cette motion.

Nous nous sommes exprimés en première lecture : sans être toujours d'accord avec les différentes prises de position exprimées, nous avons suivi la majorité sénatoriale, convaincus que nous étions qu'il était anormal de ne recevoir un certain nombre d'informations qu'à l'issue de nos votes, et non, comme cela eût été préférable, en amont de ceux-ci.

Nous sommes, cette fois, en nouvelle lecture, et le Sénat est en position de s'exprimer pleinement et de livrer sa perception de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Ainsi le groupe RDSE ne votera-t-il pas non plus cette motion.

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix la motion n° 237, tendant à opposer l'exception d'irrecevabilité.

Je rappelle que l'adoption de cette motion entraînerait le rejet du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Je rappelle également que l'avis de la commission est défavorable et que l'avis du Gouvernement est défavorable.

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 constater le résultat du scrutin.

(Mmes et MM. les secrétaires constatent le résultat du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 50 :

Nombre de votants	340
Nombre de suffrages exprimés	269
Pour l'adoption	16
Contre	253

Le Sénat n'a pas adopté.

Discussion générale *(suite)*

M. le président. Dans la suite de la discussion générale, la parole est à Mme Michelle Gréaume.

Mme Michelle Gréaume. Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, permettez-moi tout d'abord d'excuser ma collègue Cathy Apourceau-Poly, qui, pour des raisons familiales, ne peut être parmi nous pour intervenir ce matin.

Le 14 novembre dernier, les organisations syndicales et les collectifs des personnels de la santé étaient en grève. Devant l'ampleur de la mobilisation des blouses blanches, le Président de la République a senti la nécessité d'annoncer un « plan fort » pour l'hôpital.

Ni le Premier ministre ni vous, madame la ministre, n'avez fait l'économie des superlatifs. Vous avez dit de ce plan de crise qu'il était conçu pour sauver un « trésor national », et parlé d'un « signe inédit de confiance du Gouvernement envers l'hôpital public ».

Nous espérons qu'enfin vous aviez compris qu'il fallait stopper la réduction des dépenses publiques.

Mais nous avons vite déchanté.

En définitive, il s'agissait davantage de tenter d'endiguer le mouvement social, en lâchant un peu de lest, que d'apporter les réponses et les crédits à la hauteur des défis et des revendications, qui sont claires et justifiées, des personnels.

Vous annoncez une augmentation de 300 millions d'euros des crédits de l'hôpital pour 2020, sur un budget de 80 milliards d'euros, alors que les organisations syndicales estiment les besoins à 5 milliards d'euros par an ! Même la Fédération hospitalière de France réclame 1 milliard d'euros par an pour réinvestir. Au total, les économies que vous avez prévues sur le dos de l'hôpital public seront juste un peu moins élevées qu'elles devaient l'être. De l'argent en plus, en revanche, il n'y a pas.

Vous annoncez une prime de 800 euros annuels, soit 66 euros par mois, pour les infirmières et infirmiers, ainsi que pour les aides-soignantes et les aides-soignants gagnant moins de 1 900 euros.

Madame la ministre, prime ne vaut pas salaire ! Les collectifs Inter-Urgences exigent 300 euros de revalorisation salariale par mois pour tous les personnels médicaux et paramédicaux. Vous avez préféré cibler les personnels d'Île-de-France alors que l'ensemble du territoire est concerné, tentant ainsi de diviser les personnels entre eux.

Quant à la reprise de 10 milliards d'euros de la dette des hôpitaux, elle est suspendue à une nouvelle loi qui en fixera les conditions. Mais l'essentiel est déjà connu : les établissements devront solliciter une demande de reprise partielle de dettes, qui se fera en échange d'un engagement contractuel avec l'État.

Vous appliquez la stratégie que le FMI applique aux pays en crise : annulation partielle de dettes en échange d'une politique d'austérité, en lieu et place d'un vaste plan d'investissements pourtant indispensable.

Pourtant, tous les signaux sont au rouge. En France, désormais, six hôpitaux sur dix sont en déficit et un tiers des établissements publics en situation de surendettement, d'après la Cour des comptes.

Faut-il s'étonner de l'ampleur du mécontentement et, en particulier, de celui qui s'est exprimé le 14 novembre dernier ?

Je pourrais vous parler de ma région, des centaines de personnels en grève ou mobilisés au centre hospitalier de Douai comme à ceux de Tourcoing, de Valenciennes, de Lille, de Seclin. Je pourrais vous parler de celui de Lens, où les urgences sont en grève depuis des semaines, de bien d'autres encore.

Partout se donnent à entendre la même colère et les mêmes revendications, auxquelles votre plan ne répond pas : des moyens supplémentaires pour ouvrir des lits, embaucher du personnel et revaloriser les salaires.

Vous préférez continuer à faire des cadeaux aux plus riches et faire peser l'austérité sur les plus fragiles.

Qu'il s'agisse de la désindexation des pensions de retraite et des prestations familiales, de la suppression de la majoration des indemnités journalières pour les parents de familles nombreuses ou de l'absence de mesures pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile, votre obstination ne fait que réduire le pouvoir d'achat du plus grand nombre.

Madame la ministre, nous vous appelons à tenir compte des propositions alternatives que nous avons construites avec nos collègues députés du groupe de la Gauche démocrate et républicaine (GDR) et rassemblées en une proposition de loi portant mesures d'urgence pour la santé et les hôpitaux.

Nous avons transmis ce texte en septembre à votre ministère, et ma collègue Laurence Cohen vous l'a remis en main propre lors de votre audition par la commission des affaires sociales. Si vous aviez pris le temps de le lire, vous auriez vu qu'y figurent des propositions qui sont, aujourd'hui, les principales revendications des personnels mobilisés : l'augmentation du budget de la santé à hauteur de l'évolution naturelle des dépenses, la suppression de la taxe sur les salaires, l'instauration d'un moratoire contre les fermetures de lits, de services et d'établissements ou la redéfinition des missions des hôpitaux de proximité.

Madame la ministre, écoutez les personnels qui se mobilisent, et écoutez la représentation parlementaire, quand bien même elle est dans l'opposition ! Cela vous éviterait de défendre un PLFSS caduc, car en dehors de la vraie vie ! *(Applaudissements sur les travées du groupe CRCE.)*

M. le président. La parole est à Mme Colette Mélot.

Mme Colette Mélot. Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, nous sommes réunis pour examiner en nouvelle lecture le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, après avoir rejeté le texte en première lecture, dans l'attente des annonces du Gouvernement en faveur de l'hôpital public.

Ce plan d'urgence, annoncé le 20 novembre dernier, est l'expression d'un effort particulier pour aider le secteur hospitalier à se remettre à flot. Il s'agit non pas, comme certains le diront, de mesures anecdotiques ou d'un simple saupoudrage, mais d'un engagement fort du Gouvernement, qui démontre sa capacité d'écoute et sa réactivité.

Parmi ces engagements, la reprise d'un tiers de la dette du secteur représente un allègement de 10 milliards d'euros sur trois ans pour le budget des hôpitaux. Afin de faciliter les carrières du personnel soignant et de renforcer l'attractivité de ces métiers essentiels que sont ceux d'infirmier et d'aide-soignant, le Gouvernement prévoit une revalorisation des rémunérations et du cadre de travail.

La prime d'exercice territorial sera augmentée et étendue, et le personnel hospitalier travaillant en région parisienne bénéficiera d'une nouvelle prime annuelle. Dans l'idéal, cette prime devrait pouvoir profiter à l'ensemble des soignants, en tout point du territoire, mais nous sommes conscients des contraintes budgétaires qui obligent à de tels arbitrages.

D'autres mesures suivront pour réformer le statut du médecin à l'hôpital et moderniser la gouvernance hospitalière. Nous soutiendrons l'amendement du Gouvernement visant à encadrer le travail intérimaire et à renforcer le contrôle des rémunérations et des temps de travail.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie, inscrit à l'article 59 du présent texte, est relevé à hauteur de 2,45 % pour 2020. Cela représente une rallonge budgétaire de 300 millions d'euros dès l'année prochaine pour les établissements de santé. Suivront d'autres moyens, échelonnés sur trois ans, pour un total de 1,5 milliard d'euros. En complément, 150 millions d'euros seront directement alloués aux équipes soignantes pour financer les dépenses courantes, comme l'achat de nouveaux matériels.

Nous l'avions dit en première lecture : notre groupe soutient le texte du Gouvernement et les nombreuses avancées qu'il contient.

Madame la ministre, nous comprenons votre choix de faire porter à la sécurité sociale le poids des mesures sociales mises en œuvre par l'État. Il fallait, par des réponses d'urgence et de moyen terme, apaiser les tensions qui traversaient notre pays...

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Ces mesures ne changent rien !

Mme Colette Mélot. ... sans pour autant pénaliser la France au regard de ses engagements européens.

Notre seul désaveu porte sur votre choix de reconduire en 2020 la sous-revalorisation des prestations sociales à hauteur de 0,3 % de l'inflation. Les plus faibles retraites sont épargnées, mais le pouvoir d'achat de ménages les plus fragiles et des classes moyennes est pénalisé – nous le regrettons.

Le texte prévoit, pour 2020, des avancées importantes, dont les maîtres mots seraient : valorisation du travail, justice sociale et accès aux soins.

L'indemnisation du congé de proche aidant, à l'article 45, permettra aux salariés, sans condition d'ancienneté, de consacrer trois mois à un proche sur l'ensemble de leur carrière. Il s'agit d'une deuxième étape importante, après celle de la création de ce congé en application de la loi du 28 décembre 2015 ; 8 millions de personnes, en France, pourraient en bénéficier.

Nous ne pouvons que saluer la création d'un fonds d'indemnisation pour les victimes de maladies professionnelles liées à l'utilisation de produits phytosanitaires, prévue à l'article 46. Nous sommes favorables à une couverture la plus complète possible des victimes.

Notre groupe est particulièrement sensible aux dispositions prises par le Gouvernement pour lutter contre les pénuries de médicaments.

Constatant que la France était exposée à des ruptures de stock de plus en plus fréquentes et dommageables pour la santé des patients, et à la demande de mon collègue Jean-Pierre Decool, nous avons été à l'initiative, en juillet 2018, de la création d'une mission d'information sur ce sujet.

L'article 34 prévoit notamment des obligations de stock, sur le continent européen, pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé a recensé, en 2017, 538 signalements concernant ce genre de médicaments, contre seulement 44 en 2008. Il est important de maintenir de telles obligations de stock sur l'ensemble de ces médicaments, et non uniquement sur ceux pour lesquels il n'existe pas d'alternative thérapeutique, afin de permettre au médecin de prescrire librement le remède le plus adapté à son patient.

Parmi les mesures importantes du texte, je citerai également : la réforme du financement de la psychiatrie et des hôpitaux de proximité ; la prise en charge des cotisations sociales des jeunes médecins s'installant en zone sous-dense pendant leurs deux premières années d'exercice ; la création d'un droit au transport et à l'hébergement pour les femmes enceintes les plus éloignées des maternités. Ces mesures contribueront à réduire les inégalités territoriales d'accès à la santé et aux soins.

Nous présenterons de nouveau les amendements que nous avons déposés en première lecture – quatre d'entre eux avaient été adoptés par le Sénat, en faveur des pompiers volontaires, des revenus des agriculteurs et de l'encadrement des pratiques de remboursement différencié.

Nous réservons notre vote final, qui sera fonction de l'issue des discussions. (*Applaudissements sur les travées du groupe LaREM.*)

M. le président. La parole est à M. Alain Milon. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.*)

M. Alain Milon. Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, permettez-moi tout d'abord de revenir quelques instants sur nos débats lors de la première lecture de ce PLFSS, que je pourrais qualifier de « grand-guignolesque » si les conditions de son examen n'étaient pas si graves pour nos institutions.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Très juste !

M. Alain Milon. Madame la ministre, monsieur le secrétaire d'État, je tiens à vous le dire solennellement : au cours de tous les PLFSS que j'ai examinés – ils représentent, à la longue, un certain nombre de millésimes, malheureusement pour moi (*Sourires.*) –, jamais je n'ai ressenti un tel mépris pour la représentation nationale.

Le Gouvernement a en effet cherché à donner un rôle totalement factice au Sénat, le laissant délibérer sur un texte frappé d'emblée de caducité et d'insincérité.

Je réitère la mise en garde que j'avais faite lors de mon intervention en première lecture : à trop vouloir se passer du Parlement et des corps intermédiaires, le Gouvernement finira par se retrouver seul face aux mouvements sociaux en cours ou à venir. Un tel face-à-face est dangereux,

soumis au risque inhérent aux mouvements de la rue, celui de conduire à la paralysie et à l'abandon des réformes, et, peut-être, à pire encore.

Or, nous le savons tous, notre pays a besoin de réformes ; malheureusement, plus nous avançons dans le quinquennat, plus les réformes structurelles s'éloignent.

J'en viens au projet de loi de financement de la sécurité sociale tel qu'il a été modifié par les députés et le Gouvernement.

Je fais trois constats : la non-compensation par l'État de la perte de recettes pour le budget de la sécurité sociale est toujours là ; le plan d'austérité, qui est notamment dirigé vers les retraités, les familles et le secteur de la santé, est toujours à l'ordre du jour ; l'inaction du Gouvernement s'agissant du déficit de la branche vieillesse se poursuit.

Premier constat : la non-compensation par l'État des recettes supprimées du fait des mesures prises en réponse au mouvement des « gilets jaunes » est confirmée.

Nous pensons que cette disposition marque une rupture dans le pacte d'autonomie de la sécurité sociale. L'instauration de ce que j'appelle la « bercysation » du financement de la sécurité sociale est une atteinte directe à notre modèle social.

Mme Laurence Cohen. Exact !

M. Alain Milon. En effet, le principe fondateur de notre protection sociale, en vertu duquel « chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins », reste parfaitement d'actualité.

Nous le voyons bien, ces milliards d'euros manquent cruellement au budget de la sécurité sociale, au moment même où il serait nécessaire de donner un nouveau souffle à l'hôpital – j'y reviendrai dans quelques instants.

Deuxième constat : cette situation de « déficit organisé » par le Gouvernement entraîne le maintien plus que contestable d'un plan d'austérité...

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Très juste ! Vous voyez, monsieur le rapporteur général, nous ne sommes pas les seuls à parler d'austérité !

M. Alain Milon. ... illustré par plusieurs mesures.

Je pense tout d'abord à la non-revalorisation des pensions à hauteur de l'inflation, qui va avoir pour effet une nouvelle baisse du pouvoir d'achat pour une partie des retraités.

Cette mesure est d'autant plus critiquable qu'elle s'avère fragile du point de vue du principe constitutionnel d'égalité, comme l'a souligné notre collègue René-Paul Savary dans son rapport.

Elle permet en effet à un assuré dont les revenus du capital sont importants mais la pension faible de bénéficier d'une revalorisation au niveau de l'inflation, alors qu'un autre assuré, dont les revenus globaux peuvent être moins importants mais dont la pension est supérieure à 2 000 euros, ne voit sa pension revalorisée que de 0,3 %.

Nous pensons donc que la question se pose, au regard du principe contributif, de savoir s'il n'y a pas, en l'espèce, rupture d'égalité.

Par ailleurs, la confirmation de la sous-indexation des prestations familiales met une nouvelle fois à mal la politique familiale.

Alors que la situation financière de la branche s'est améliorée depuis 2018, il est injuste que les familles subissent davantage de mesures pénalisantes pour leur pouvoir d'achat.

Je vous rappelle, mes chers collègues, que, depuis 2014, les familles ont subi : la modulation des allocations familiales, dont l'effet cumulé, depuis cette date, s'élève à 3,4 milliards d'euros ; la suppression du complément de libre choix d'activité majoré, qui représente 490 millions d'euros non perçus entre 2014 et 2019 ; la modulation de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), dont l'effet cumulé, toujours depuis 2014, s'élève à 870 millions d'euros ; l'alignement du montant et du plafond de l'allocation de base sur le complément familial, qui représente 260 millions d'euros entre 2018 et 2019.

Mme Catherine Deroche. Il faut sauver la branche famille !

M. Alain Milon. L'accumulation de ces mesures fait perdre à la branche famille son rôle essentiel de compensation des charges de famille.

Certes, le gouvernement actuel n'est pas à l'origine de toutes ces mesures, mais il n'a pas renoncé à l'héritage et n'a fait que poursuivre la casse de la politique familiale.

M. Philippe Mouiller. C'est grave !

M. Alain Milon. La majorité sénatoriale ne cesse de le rappeler : il est temps de mettre fin à ces mesures d'économies faites sur le dos des familles. Comme le souligne notre collègue Élisabeth Doineau dans son rapport, il est temps de reconstruire les moyens de relancer une politique familiale ambitieuse. Eu égard notamment à la baisse de 8,5 % en dix ans du nombre de naissances, il nous semble indispensable de changer de politique dans ce domaine.

Concernant le secteur de la santé – notre collègue Catherine Deroche l'a très bien dit en première lecture –, si nous reconnaissons, dans ce PLFSS, des avancées que nous soutiendrons, ce texte nous laisse cependant un goût d'inachevé au regard des enjeux inédits auxquels fait face notre système de santé.

Nous considérons que la réponse donnée à la crise de l'hôpital n'est pas à la hauteur des enjeux.

M. Philippe Mouiller. C'est grave !

M. Alain Milon. Depuis six mois, que fait le Gouvernement pour l'hôpital ? Il va de plan d'urgence en plan d'urgence : un premier plan pour les urgences, en juin dernier, et, à la clé, 70 millions d'euros sous forme de primes ; puis, en septembre, un nouveau plan, à 750 millions d'euros cette fois, mais sur trois ans, ces deux plans étant financés par un redéploiement de crédits.

Vient enfin un troisième plan de « soutien ». Cette fois, le montant annoncé est de 1,5 milliard d'euros sur trois ans, mais seulement 300 millions d'euros pour 2020. Ce plan, derechef, ne nous apparaît pas à la hauteur des enjeux. Ces 300 millions d'euros sont en effet à mettre en perspective avec les 800 millions d'euros d'économies que doivent réaliser les hôpitaux.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Exactement !

M. Alain Milon. Alors que le Sénat, en première lecture, avait proposé des recettes nouvelles pour la branche maladie, ces 300 millions d'euros sont financés par de la dette.

Quant à la reprise du tiers de la dette des hôpitaux, elle doit permettre à ces derniers de réduire leur déficit et de retrouver rapidement les moyens d'investir. Mais qui décidera de ces investissements ?

Les professionnels de santé attendaient un plan de sauvetage.

Or les revalorisations se sont transformées en primes ponctuelles, soumises à conditions. Qui plus est, ces primes ne seront pas destinées à l'ensemble des personnels hospitaliers : certaines d'entre elles ne concerneront que les personnels de quelques départements franciliens. Nous estimons qu'opposer les territoires n'est pas une bonne politique.

À passer le budget des hôpitaux sous la toise, à grand renfort de mesures de régulation censées nous permettre de tenir l'Ondam, tout le système craque. Il faut réarmer l'hôpital ! Le Gouvernement ne fait pas complètement ce choix.

À long terme, nous savons que les besoins de financement des hôpitaux vont s'accroître, car ceux-ci sont confrontés à une hausse structurelle de leurs dépenses, liée à l'évolution démographique, au vieillissement et à l'innovation médicale, ainsi qu'aux attentes des patients. Nous ne pouvons donc pas considérer les annonces faites par le Premier ministre comme des mesures d'ampleur ; elles n'ont d'ailleurs pas rassuré les professionnels de santé.

Nous considérons désormais que, sans une réforme systémique, les PLFSS se suivront à l'identique au désespoir des soignants et des soignés. Réformer l'hôpital est possible, selon nous, mais il faut faire preuve d'audace. Je livre à votre réflexion quelques pistes : nous pensons qu'il faut redonner leur autonomie aux hôpitaux, débureaucratiser l'hôpital et rendre le pouvoir à ceux qui soignent.

Réformer, c'est aussi accepter de donner une juste rémunération aux personnels pour rendre réellement les métiers attractifs. C'est également régionaliser l'organisation de la santé pour y impliquer les collectivités locales et se rapprocher des besoins de terrain.

Je terminerai mon intervention par un troisième constat : ce PLFSS traduit l'inaction du Gouvernement par rapport au déficit des régimes de retraite. Or il faut agir sans attendre une réforme systémique qui, peut-être, ne viendra pas.

Au motif de l'injustice des régimes spéciaux, le Gouvernement s'est lancé dans une vaste entreprise qui pourrait conduire à réformer tout le reste, en laissant de côté ces mêmes régimes qui ne rentreraient qu'un jour peut-être dans le système universel.

Ces derniers jours, le Gouvernement a renoncé à la fameuse « clause du grand-père », au profit d'une adaptation de la réforme des retraites « secteur par secteur ». Cela revient donc à conserver les inégalités qu'il s'agissait de supprimer...

En outre, alors que ce PLFSS présente une forte dégradation du solde de la branche vieillesse pour la période 2020-2023, la seule réponse proposée, cette année encore, est de sous-revaloriser les pensions.

Depuis plusieurs années, la majorité sénatoriale plaide pour un relèvement progressif de l'âge minimum légal de la retraite, seul à même de rétablir une trajectoire financière positive pour la décennie 2020. Si rien n'est fait, les retraités actuels continueront à voir leur pension diminuer et les futurs retraités auront des retraites beaucoup plus faibles.

M. René-Paul Savary. Exact !

M. Alain Milon. Cette paupérisation des retraités, nous n'en voulons pas ! Nous pensons que les Français sont prêts à entendre un discours de vérité. En revanche, la cacophonie gouvernementale actuelle ne fait que les angoisser.

En conclusion, le groupe Les Républicains adoptera un texte amendé en vue de donner plus de pouvoir d'achat aux retraités et aux familles et s'opposera à l'Ondam, qu'il considère sous-dimensionné par rapport aux besoins de l'hôpital. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains. – Mme Jocelyne Guidez applaudit également.*)

M. Philippe Mouiller. Bravo !

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, où en sommes-nous aujourd'hui de la déstructuration de la sécurité sociale ? L'automne 2018 annonçait un hiver 2019-2020 plein d'espoir fondé sur un équilibre retrouvé. Même si l'ombre de Bercy planait sur les excédents à venir, les plus optimistes rêvaient de crédits nouveaux renforçant le plan Ma santé 2022, apportant des remèdes solides à la crise de l'hôpital public, amorçant une grande loi de l'autonomie.

À l'automne 2019, une révolte sociale non maîtrisée, une conjoncture moins favorable qu'envisagé et surtout des choix politiques assumant une vision régressive de la sécurité sociale conduisent à un projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 qui creuse ce que j'appellerai un nouveau « trou politique » de la sécurité sociale, qui abaisse le pouvoir d'achat des familles et d'une partie des retraités, qui ignore, sinon méprise, les forces intermédiaires de la démocratie, syndicales et parlementaires, provoquant dans notre chambre haute un véritable gâchis – l'arrêt de l'examen des articles –, qui amène la présentation lyrique, après l'annonce du Président de la République, d'un plan pour l'hôpital public éloigné des attentes des acteurs des établissements de santé.

J'insisterai sur deux points.

Premièrement, la non-compensation des exonérations de cotisations par le budget de l'État n'est pas un simple acte technique. Comment ne pas voir dans le déficit ainsi créé la justification d'une « maîtrise » brutale, aujourd'hui ou demain, des dépenses de protection sociale ? Comment ne pas voir dans la baisse des recettes, qu'amplifie le transfert du financement de deux agences nationales, le moyen de forcer celle des dépenses ? Plus grave encore est la rupture du contrat social de 1944, qui marque un changement complet de philosophie de la « sécu ». Celle-ci ne doit pas, je l'ai souvent souligné, évoluer vers une institution à l'anglo-saxonne d'assistance aux plus défavorisés. Cela détruirait un pilier de solidarisation de la société et tarirait une source de démocratie sociale.

Deuxièmement, la détermination des collectifs Inter-Blocs, Inter-Urgences et Inter-Hôpitaux, des associations, des organisations syndicales médicales et paramédicales à poursuivre ensemble leur mobilisation ce samedi manifeste la forte déception ressentie le 17 novembre.

En effet, les revalorisations salariales annoncées sont très en deçà des attentes, avec une distribution de primes – surtout franciliennes – sans augmentation du point d'indice, alors que c'était l'une des principales revendications des infirmiers et aides-soignantes, dont les salaires sont parmi les plus bas de l'Union européenne. En outre, il n'y a pas de volonté affirmée de mettre fin aux fermetures de lits. En une vingtaine d'années, 100 000 lits ont été supprimés, au grand dam des urgentistes, qui dénoncent le manque de places pour hospitaliser leurs patients. Il n'y a pas non plus de volonté d'augmenter les effectifs pour faire face à la surcharge de travail, devenue la norme et reconnue au plus haut niveau de l'État. De surcroît, les moyens financiers nouveaux n'ont nullement la dimension historique

pourtant affirmée. L'Ondam connaît une hausse cumulée en trompe-l'œil de 1,5 milliard d'euros sur trois ans. Il passera de 2,5 % en 2019 à 2,45 % en 2020 et le sous-objectif « établissements de santé » progressera de 84,2 milliards d'euros en première lecture à 84,4 milliards d'euros, ce qui ne permettra d'engager aucun rattrapage des tours de vis donnés depuis tant d'années. Disant cela, j'assume la période 2012-2017, durant laquelle au moins les comptes ont été rétablis. Enfin, l'ampleur du décrochage de la psychiatrie publique est ignorée dans les mesures annoncées. La reprise d'une partie de la dette va dans le bon sens, madame la ministre, mais vous vous arrêtez en chemin et elle ne devra pas s'accompagner de mécanismes d'austérité. Il est urgent de poser la question de la place de l'hôpital, de ses missions, des valeurs et du sens que nous souhaitons voir inspirer notre système public hospitalier quand la médecine connaît des bouleversements majeurs.

Simone Veil s'exprimait en ces termes dans notre hémicycle, le 8 juin 1994: « Gardons-nous d'oublier notre bien commun qu'est la sécurité sociale! Gardons-nous de l'appréhender seulement sous l'angle des charges et des déficits! [...] La sécurité sociale, [...] c'est d'abord un immense progrès social et le plus puissant facteur de cohésion sociale qui existe en France et que nous avons le devoir de préserver pour les générations futures. »

Pour conclure, je laisse la parole à une infirmière de la région parisienne s'exprimant sur ses conditions de travail: « Ce qu'on nous fait faire est inhumain, et finit par nous rendre inhumains! » (*Applaudissements sur les travées du groupe SOCR.*)

M. le président. La parole est à Mme Véronique Guillotin. (*Applaudissements sur les travées du groupe RDSE – Mme Jocelyne Guidez applaudit également.*)

Mme Véronique Guillotin. Monsieur le président, madame la ministre, chers collègues, après une première lecture dont la fin a été précipitée par l'attente des annonces gouvernementales, nous voici réunis pour examiner le projet de loi en nouvelle lecture.

Ce PLFSS comporte de bonnes mesures. Certains risques seront mieux couverts grâce à la création d'un congé pour les proches aidants, d'un nouveau fonds d'indemnisation pour les victimes de maladies liées aux pesticides ou encore d'un service public de versement des pensions alimentaires.

Par ailleurs, 500 millions d'euros seront dégagés pour le grand âge et l'autonomie. De nouveaux financements combinés interviendront pour les hôpitaux. Un forfait de soin post-chirurgie du cancer, dispositif abondé à hauteur de 10 millions d'euros, est instauré. On pourrait aussi évoquer les efforts faits pour la psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation, les SSR.

Nous nous félicitons, enfin, de la reprise par les députés de certains amendements sénatoriaux, dont celui que j'ai défendu sur la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat dans les établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

Au titre des mesures du plan Hôpital, vous avez annoncé 1,5 milliard d'euros supplémentaires sur trois ans, la reprise du tiers de la dette de l'hôpital, à hauteur de 10 milliards d'euros, et une série de primes nouvelles pour certains soignants. S'agissant de la reprise de la dette, qui a été bien reçue par les établissements, des interrogations persistent, en particulier concernant les hôpitaux qui vont en bénéficier. Cette reprise partielle ne risque-t-elle pas de remplacer

certaines subventions aux opérations d'investissement? Un éclaircissement sur ce point, madame la ministre, serait le bienvenu.

Ce plan, complété par la pluriannualité des financements, tant attendue par les professionnels, est salué par les établissements hospitaliers publics, qui retrouvent des marges de manœuvre permettant d'améliorer le quotidien des soignants et des patients. On doit le saluer!

Toutefois, une incompréhension a émergé au sein des établissements privés à but non lucratif, qui assument pour la plupart des missions de service public. Sur certains territoires éloignés des CHU, ils peuvent même être les seuls établissements à proposer une offre de soins et à la structurer. Comme leurs homologues du secteur public, ils font face à des baisses considérables de tarifs depuis de trop nombreuses années, tout en supportant des charges plus élevées: par exemple, une prime de 100 euros au personnel coûte 146 euros à l'hôpital public, contre 201 euros à un établissement de santé privé d'intérêt collectif, un Espic. Madame la ministre, ces nouvelles mesures n'auraient-elles pas pu profiter à toutes les filières de soins qui concourent à une mission d'intérêt général?

Concernant la prime de 800 euros, si elle est la bienvenue pour les personnels qui la percevront, il apparaît inéquitable d'en limiter le bénéfice aux seuls soignants des hôpitaux de Paris et de la petite couronne. D'autres régions font face à de fortes pénuries de personnel et à un coût de la vie élevé. Je prendrai l'exemple, que je connais bien, des zones frontalières, qui pâtissent d'un différentiel important de salaires par rapport aux pays limitrophes, notamment en ce qui concerne les professions paramédicales. Quand le salaire d'une infirmière est en France de 1 700 euros, il est de 3 200 euros au Luxembourg, à ancienneté et à compétence égales. Ainsi, les professionnels que nous formons en France sont aspirés par les pays voisins. Certains établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) du nord de la Lorraine fonctionnent aujourd'hui avec zéro CDI d'infirmier et uniquement grâce à des intérimaires...

L'intérim, justement, est un problème qu'il faut absolument résoudre, et je vous sais combative sur le sujet, madame la ministre. Sa facture est évaluée à 500 millions d'euros par an, soit l'équivalent d'une centaine de milliers de postes d'infirmier.

Vous avez pris une mesure de plafonnement de la rémunération. Toutefois, aujourd'hui, faute d'application uniforme du décret, les établissements ayant tenté de s'y conformer s'en sont trouvés pénalisés. Au CHRU de Nancy, par exemple, dans la semaine suivant le début de l'application du décret, plus aucun intérimaire n'a accepté de revenir travailler. Certaines opérations ont dû être reportées, avec les risques que cela fait peser sur la santé des patients. Certes, le problème est complexe et je ne jette la pierre à personne, mais tout cet argent dépensé pour l'intérim ne pourrait-il pas être utilisé de meilleure manière, notamment pour revaloriser les salaires? Quelles autres propositions pouvez-vous faire pour améliorer cette situation si difficile?

Tant que nous n'aurons pas agi structurellement sur le niveau des salaires, il sera difficile de redonner de l'attractivité aux professions de santé, qui demandent rigueur et exigence et dont nous avons tant besoin. La revalorisation par prime est la bienvenue, mais elle ne devrait être qu'une étape vers la revalorisation des salaires. La France se classe au vingt-sixième rang des vingt-neuf pays membres de l'OCDE pour les

salaires des infirmiers. On pourrait également parler des salaires des praticiens hospitaliers ou des tarifs des consultations des médecins.

Cela étant, cette situation ne date pas d'hier. Qui pourrait affirmer pouvoir remédier, au travers d'un seul budget, à des décennies d'errements, de manque d'anticipation, à des années de tarification à l'activité, de baisse des tarifs et de non-revalorisation des salaires ?

Rappelons que l'Ondam, désormais fixé à 2,4 % pour 2020, s'établissait à 1,7 % en 2016. Nous sommes arrivés au bout de ce système qui demande toujours plus d'économies au secteur de la santé, et il est salutaire que le Gouvernement en ait pris conscience. La transformation du système de santé engagée doit contribuer, à moyen et long termes, à améliorer la situation.

Si le PLFSS, enrichi des mesures du plan Hôpital, ne résoudra pas d'un coup de baguette magique la crise que nous traversons, il constitue une première réponse, que nous saluons. La suite des débats déterminera notre vote final. *(Applaudissements sur les travées du groupe RDSE. – Mme Colette Mélot et M. Martin Lévrier applaudissent également.)*

M. le président. La parole est à M. Martin Lévrier.

M. Martin Lévrier. Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, cette nouvelle lecture du PLFSS pour 2020 se déroule dans un contexte un peu particulier. Alors que le Président de la République s'exprimait à Épernay sur la problématique de l'hôpital, notre chambre a brutalement décidé d'abréger, jeudi 14 novembre, la discussion du texte, protestant contre ce qu'une partie de ses membres considérait être une marque de « mépris » de l'exécutif envers le Parlement. *(Protestations sur les travées du groupe SOCR.)*

Mme Corinne Féret. C'était du mépris !

M. Martin Lévrier. Mes chers collègues, que fallait-il faire ? La situation actuelle est un bien triste héritage. *(Exclamations sur les travées du groupe Les Républicains.)* Depuis plus de quinze ans, plusieurs réformes ont profondément affecté le personnel en charge des patients : droits des malades, réforme de simplification, grands plans pour les hôpitaux, loi de modernisation de 2016... Et je ne parle pas de l'application des 35 heures sans contrepartie ! *(M. Bernard Jomier ironise.)* Un malaise s'est installé chez l'ensemble des personnels hospitaliers : leur ras-le-bol s'est exprimé cette année.

Mes chers collègues, que fallait-il faire ? Ignorer la pression budgétaire à laquelle l'hôpital public doit faire face depuis des années ? Ignorer le malaise qui couvait à l'hôpital public et qui a pris ces derniers mois une ampleur nouvelle ? Masquer le déficit d'investissement qui oblige à une vision court-termiste ? Négliger le personnel ? Nous lui devons tellement

Nous avons eu l'occasion de dire les difficultés que connaît l'hôpital public, et nous admettons tous leur réalité. Pour y répondre, les nécessaires mesures structurantes ont été prises avec la stratégie Ma santé 2022. Cependant, les dernières mobilisations ont montré l'épuisement, voire la colère, de ceux qui travaillent quotidiennement à l'hôpital. Répondre à l'important ne suffisait pas ; il fallait répondre à l'urgent immédiatement.

Le Président de la République, reprenant vos propos, madame la ministre, a rappelé que nous devons entendre les besoins exprimés par les personnels hospitaliers, afin d'accompagner leurs efforts et de poursuivre la transforma-

tion. À Épernay, il vous a demandé formellement d'accélérer la mise en œuvre, sous l'autorité du Premier ministre.

Présentées la semaine passée, les conclusions de ces travaux comportent une série de mesures visant à investir dans l'hôpital et à soutenir la transformation engagée par le plan Ma santé 2022. Ces mesures s'articulent selon trois axes principaux.

Premièrement, il faut « restaurer l'attractivité des métiers des soignants ». Cela passe par un meilleur accompagnement du personnel en début de carrière, pour restaurer la capacité des hôpitaux à recruter, par une meilleure revalorisation – les aides-soignants, par exemple, auront des possibilités d'accéder à la catégorie B de la fonction publique en fin de carrière – ou par le versement de trois sortes de primes : une prime territoriale de 800 euros, attribuée aux personnels hospitaliers de la région parisienne, où recruter est un souci majeur ; une prime sectorielle pour le personnel hospitalier qui exerce dans les services de gériatrie ; une prime managériale de 300 euros en moyenne par personne et par an, réservée à des personnels qui s'investiront dans des actes spécifiques.

Deuxièmement, il faut « remettre tous les soignants, médecins, infirmiers, aides-soignants au cœur de la gouvernance des hôpitaux ». Pour accélérer la transformation entreprise avec le plan Ma santé 2022, vous avez proposé, madame la ministre, de renforcer et de valoriser le management de proximité. Par exemple, les médecins pourront devenir directeurs d'hôpital. Vous proposez également de simplifier le fonctionnement, par exemple pour les formalités de recrutement ou les protocoles de coopération décentralisés.

Troisièmement, il faut « réinvestir l'hôpital public en lui donnant des moyens nouveaux et de la visibilité dans le temps ». Je retiens, sur ce point, trois mesures.

Tout d'abord, la hausse des tarifs hospitaliers d'au moins 0,2 % par an jusqu'à la fin du quinquennat : pour rappel, mes chers collègues, l'inversion de la courbe s'est faite en 2019, mettant fin à dix années de baisses successives.

En matière d'investissement courant ensuite, les hôpitaux pourront acheter le matériel indispensable pour le travail des soignants au quotidien.

Enfin, s'agissant de l'investissement à long terme, la reprise d'un tiers de la dette des hôpitaux, soit 10 milliards d'euros, sera une bouffée d'oxygène énorme, permettant d'investir, de monter des projets, mais aussi d'apurer la situation financière. Cependant, cette reprise ne devra pas être une prime aux mauvais gestionnaires ; nous devons nous en assurer.

L'Assemblée nationale a intégré ces propositions au PLFSS pour 2020. Elles ont eu pour effet d'augmenter l'Ondam de 300 millions d'euros, soit de 2,45 % par rapport à 2019, dont une hausse de 2,4 % pour l'Ondam hospitalier. Cet effort supplémentaire atteindra 1,5 milliard d'euros à la fin du quinquennat. Elles ont également eu pour effet de flécher 150 millions vers l'investissement courant en 2020, afin de répondre aux besoins actuels les plus forts. Cet effort sera reconduit en 2021 et en 2022. Elles ont enfin entraîné une révision des tableaux récapitulatifs pour 2020 et une adaptation de la trajectoire quadriennale de la sécurité sociale.

Ces ajouts viennent conforter le texte présenté à notre chambre il y a trois semaines et dont je me dois de rappeler les mesures phares, qui répondent à un double objectif de réduction des impôts et de justice sociale.

Le PLFSS est axé sur la récompense du travail, avec la poursuite de l'exonération de cotisations sociales sur les heures supplémentaires, la protection des plus fragiles, avec la pérennisation de la revalorisation de la prime d'activité à hauteur de plus de 90 euros en janvier 2019 et la revalorisation de l'AAH et du minimum vieillesse, la lutte contre la perte d'autonomie, au travers de l'article 45, qui met en place un congé indemnisé de proche aidant, la lutte contre les inégalités de destin, au travers par exemple de l'article 40, qui prévoit le remboursement d'un forfait pour l'accompagnement des patients après un cancer, l'amélioration des prises en charge et de l'accès aux soins dans tous les territoires. Je pense notamment, à cet égard, à l'article 37, qui vise à mettre en œuvre un forfait transport-hébergement pour les femmes enceintes résidant à plus de quarante-cinq minutes d'une maternité.

Voilà, mes chers collègues, quelques-unes des grandes avancées de ce PLFSS pour 2020. C'est un texte qui trace des perspectives d'avenir, qui montre la voie du progrès social, qui rétablit la justice sociale, qui investit dans le système de santé au bénéfice des patients et du personnel soignant, qui répond à l'urgence sans remettre en cause l'important. (*Exclamations ironiques sur des travées des groupes Les Républicains, SOCR et CRCE. – Applaudissements sur les travées du groupe LaREM.*)

M. Bernard Jomier. Et qui guérit les écrouelles! (*Sourires sur les travées du groupe SOCR.*)

M. le président. La parole est à Mme Jocelyne Guidez. (*Mme Élisabeth Doineau applaudit.*)

Mme Jocelyne Guidez. Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, l'examen du PLFSS pour 2020 marquera les esprits durablement, non parce que ce texte contiendrait des mesures particulièrement importantes ou structurantes, malheureusement, mais plutôt en raison des conditions de son examen.

Sur la forme, d'abord, le mouvement de grèves des urgences a débuté le 18 mars dernier. Il trouve désormais un retentissement dans l'ensemble de notre système hospitalier. Plusieurs agressions contre des personnels de l'hôpital Saint-Antoine sont à l'origine de ce mouvement. Ces tensions se faisaient ressentir au second trimestre de cette année, c'est-à-dire au moment où le Gouvernement commençait à penser les grands équilibres du PLFSS. Or force est de constater que, malgré cette crise, le Gouvernement construisait un sous-Ondam hospitalier inférieur au sous-Ondam de ville.

Dès lors, ce PLFSS ne pouvait ni apaiser les professionnels hospitaliers ni rassurer les parlementaires, singulièrement les sénateurs, qui alertaient depuis plusieurs semaines, voire plusieurs mois.

Reconnaissons qu'entre-temps le Gouvernement n'est pas resté sans agir : il a proposé, en juin, 70 millions d'euros pour les urgences, puis, en septembre, 750 millions d'euros pour tout l'hôpital. Malheureusement, cela s'est avéré insuffisant pour remédier à la situation.

S'il faut saluer la réponse du Président de la République aux manifestations, il est regrettable que l'entière mesure de la situation n'ait pas été prise préalablement. En effet, cela a obligé le Gouvernement à réévaluer l'Ondam pendant l'examen au Sénat du PLFSS, tout en nous demandant d'adopter un texte manifestement insincère. C'est la raison pour laquelle nous étions dans notre bon droit en rejetant ce texte il y a deux semaines.

Aujourd'hui, nous sommes absolument dans notre rôle, et nous ne pouvons pas nous soustraire à l'examen du budget de la sécurité sociale, qui représente 522,1 milliards d'euros, en adoptant une motion tendant à opposer la question préalable.

Évidemment, les règles constitutionnelles, en particulier celle de l'entonnoir, limitent à ce stade de la procédure notre pouvoir d'amendement. Mais je ne doute pas, mes chers collègues, que le texte que nous adopterons portera la marque du Sénat et comportera quelques mesures symboliques sur lesquelles nous nous accordons.

J'espère, madame la ministre, que, en raison de ces conditions d'examen très particulières, l'Assemblée nationale saura redoubler d'attention lorsqu'elle aura à se prononcer en dernier ressort sur les amendements que nous aurons adoptés. Nous comptons sur votre compréhension et sur votre bienveillance.

Sur le fond, l'examen de ce PLFSS marquera les esprits, dans la mesure où le Gouvernement présente le principe de non-compensation comme étant la règle, et non l'exception. En effet, le Gouvernement considère qu'il prévaut sur la loi Veil et la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale. Or cette doctrine s'appuie sur un simple rapport rendu au Gouvernement il y a un an par MM. Charpy et Dubertret. Vous conviendrez, mes chers collègues, qu'il apparaît inopportun, voire déplacé, de soutenir devant le législateur la suprématie d'un rapport sur la loi elle-même!

C'est la raison pour laquelle nous voterons l'amendement de notre rapporteur général visant à supprimer les non-compensations inscrites dans ce PLFSS.

On a déjà beaucoup parlé de l'Ondam, mais je prendrai tout de même quelques instants pour y revenir dans le détail.

Le PLFSS initial comportait un sous-Ondam hospitalier inférieur au sous-Ondam de ville, alors que nos services des urgences et nos hôpitaux sont en grève depuis de longs mois : cela constituait un premier motif d'incompréhension. S'ajoutait le fait que l'Ondam était présenté comme étant à la hausse : cela est vrai, mais les professionnels du secteur, parfois épuisés, relevaient surtout que, même en progression, il restait bien inférieur à l'évolution tendancielle des dépenses. Pour mémoire, entre 2012 et 2019, celle-ci a été de 4,1 % en moyenne, tandis que l'Ondam progressait en moyenne de 2,31 %. Cela représente, depuis 2012, un différentiel d'au moins 25,67 milliards d'euros, et sans doute de beaucoup plus en réalité.

Il est nécessaire de s'interroger : quels leviers financiers aurions-nous pu mobiliser pour que la progression de l'Ondam reste à la hauteur de l'évolution tendancielle des dépenses ? Je crois bien difficile de répondre à cette question en maintenant notre organisation actuelle sans toucher à la répartition des soins!

Rappelons-nous, mes chers collègues, qu'avant la création de l'Ondam notre système n'était plus tenable. Aujourd'hui, on constate durement que la gestion par l'Ondam ne peut, à elle seule, suffire au pilotage de notre système. Nous ne pourrions pas faire abstraction du constat énoncé par collègue Olivier Henno en première lecture : « Reporter les coûts de notre santé et de notre sécurité sociale sur d'autres générations et les financer par l'emprunt apparaîtront comme une aberration. » Sans modification profonde de notre système de santé, limiter la progression l'Ondam implique l'endettement direct des hôpitaux.

Le Premier ministre, à l'occasion de la présentation du plan Hôpital, rappelait que l'investissement hospitalier a été divisé par deux en dix ans, alors que la dette des hôpitaux augmentait de 40 %.

Un ouvrage profond et difficile est sur le métier : il est primordial de revoir la gouvernance de l'hôpital, de favoriser l'ambulatoire et de réorienter notre médecine vers la prévention ; il est fondamental de regarder ce qui se pratique hors de nos frontières, un récent rapport de l'OCDE pointant les grands gagnants parmi les systèmes de santé dans le monde. Il s'agit certainement de sources d'inspiration importantes, qui pourront guider les réflexions demandées par le Gouvernement.

Toutefois, dans l'immédiat, nos équipes soignantes attendent des réponses massives. Si l'on peut reconnaître au Gouvernement le mérite de ne pas retenir l'option du redéploiement de moyens, on peut s'interroger sur les annonces. Pourquoi ne pas injecter immédiatement l'essentiel des 1,5 milliard d'euros annoncés ? Avec 300 millions d'euros seulement pour l'an prochain, l'Ondam hospitalier sera encore inférieur de 0,9 % à son tendanciel. Cela revient, dans le contexte actuel d'épuisement, à demander une fois de plus à l'hôpital de maintenir les efforts, d'où une nouvelle incompréhension !

Concernant les revalorisations à hauteur de 0,3 % plutôt qu'au niveau de l'inflation des pensions de retraite et des prestations sociales, ce procédé semble devenir un levier d'économie classique pour le Gouvernement ; nous le regrettons, et nous soutiendrons l'amendement de notre rapporteur relatif à cette question.

Concernant le dispositif relatif aux assistantes maternelles, nous nous réjouissons que la proposition de notre collègue rapporteur Elisabeth Doineau ait été reprise purement et simplement par l'Assemblée nationale.

Concernant le fractionnement du congé de présence parental, j'avais proposé en première lecture de l'étendre aux trois fonctions publiques. Je me félicite que les députés aient adopté cette mesure. Je présenterai simplement un amendement de précision juridique.

En conclusion, le groupe Union Centriste votera ce PLFSS, tout en déplorant les conditions de son examen. Nous espérons ne plus avoir à en connaître de telles à l'avenir ! (*Applaudissements sur les travées du groupe UC.*)

M. le président. La parole est à Mme Corinne Féret.

Mme Corinne Féret. Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, les sénateurs du groupe socialiste et républicain ont déploré que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, tel que présenté en première lecture, ne soit ni réaliste ni sincère et qu'il ne permette pas de répondre aux enjeux et aux besoins, en particulier ceux de l'hôpital.

Faute d'être entendus, suspendus à une éventuelle réaction gouvernementale, à une intervention présidentielle, nous avons été contraints de mettre fin à ce qui s'apparentait à une mascarade de débat, et donc de rejeter ce texte. Cette séquence très particulière a permis d'illustrer, une fois de plus, le manque de considération du Gouvernement non pas uniquement pour le Sénat, mais pour le Parlement dans son ensemble.

Aujourd'hui, nous avons tous l'impression désagréable de revivre la même situation que l'an dernier, lorsque l'exécutif avait opéré un revirement de dernière minute et cédé à des

demandes que nous faisons nous-mêmes depuis plusieurs mois ; je pense notamment à l'exonération de l'augmentation de la CSG pour les retraités modestes.

Cette année, nous vous avons alertés à plusieurs reprises sur les dangers de la cure d'austérité imposée aux hôpitaux. En vain... Et nous nous retrouvons donc ce week-end pour débattre de mesures présentées par le Gouvernement en urgence, quelques jours après la grande mobilisation du 14 novembre visant à défendre l'hôpital public et notre système de santé et huit mois après le début de la grève des services des urgences !

Madame la ministre, votre nouveau « plan pour l'hôpital public » fait suite à une série d'annonces gouvernementales assorties d'enveloppes budgétaires – 70 millions d'euros, puis 750 millions d'euros, on se perd dans les chiffres ! –, déjà totalement déconnectées et insuffisantes pour sauver l'hôpital.

Nous souhaiterions, au-delà de toutes ces communications successives, parler des vrais sujets : les retards d'investissement, la dégradation des conditions de travail et de prise en charge des patients, les sous-effectifs et les problèmes de sécurité dans les services, le manque de lits, la sous-rémunération des personnels soignants...

Oui, revenons-en au fond de ce plan prétendument « sans précédent », « historique » !

S'agissant du relèvement de l'Ondam, sans lequel rien n'est possible, celui-ci passe en réalité de 2,5 % l'an dernier à 2,45 % cette année. Vous avez beau renoncer à 300 millions d'euros d'économies, la preuve est faite que subsiste toujours une forte compression des dépenses de santé hospitalières.

Quant aux primes pour les soignants, il n'y en aura de toute évidence pas pour tout le monde. Primes pour les uns, mais pas pour les autres, sous prétexte qu'ils ne sont pas franciliens : vous opposez Paris aux déserts médicaux français ! À cet instant, toutes mes pensées vont aux personnels, et plus particulièrement aux infirmiers et aux aides-soignants, des hôpitaux de Falaise, de Bayeux, de Caen et de Lisieux, dans mon département du Calvados, qui vivent certainement cette situation comme une terrible injustice ! Comme moi, ils feront probablement le constat que vos propositions ne répondent pas aux attentes en matière de reconnaissance du travail, des métiers ou de la pénibilité des tâches, et plus globalement au problème du manque d'attractivité des hôpitaux. Je rappelle que la première revendication de ces personnels est d'être suffisamment nombreux pour pratiquer les soins, pour être en mesure de faire convenablement leur travail, de sauver des vies. Or, au final, trop de questions restent sans réponse : *quid* des embauches, de l'arrêt des fermetures de lits, de l'organisation territoriale des soins ou encore de la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie ?

Rien, il n'y a rien de précis, hormis le terrible constat du démantèlement progressif de notre système de santé, et au premier chef de l'hôpital public. Cela, nous ne l'acceptons pas !

On l'aura compris, cette nouvelle version du texte n'est pas beaucoup plus réaliste que la première et, d'après ce que j'ai pu observer, il n'est pas de nature à faire retomber la mobilisation sociale. Décevant, il risque surtout d'attiser la colère. Il ne serait donc pas responsable d'en rester là.

Écoutez-nous, madame la ministre, monsieur le secrétaire d'État, nous qui sommes la représentation nationale, la voix des territoires ! Nous n'acceptons pas davantage qu'il y a

quinze jours le subterfuge de la non-compensation par l'État de la perte de recettes liée aux mesures consécutives à la crise des « gilets jaunes », en violation de la loi Veil de 1994. Les cotisations sociales des Français servent notamment à garantir leur retraite et à assurer leur santé, non à pallier votre politique budgétaire défailante.

Comme il y a quinze jours, nous sommes en désaccord profond avec toutes les mesures tendant à réduire le pouvoir d'achat des Français ; je pense en particulier à la désindexation de certaines retraites et prestations sociales.

Le budget de la sécurité sociale traduit le niveau des droits sociaux que la Nation accorde à ses concitoyens pour faire face aux aléas de l'existence. Le projet de loi de finances pour 2020, s'il est voté en l'état, ne dérogera pas aux deux précédents : il affaiblira notre système de santé et creusera les inégalités. Telle est la réalité, et nous nous battons, durant les deux jours à venir, pour faire valoir notre vision du pacte social républicain, différente de la vôtre. (*Applaudissements sur les travées des groupes SOCR et CRCE.*)

M. le président. La discussion générale est close.

Nous passons à la discussion des articles.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2020

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018

Article 1^{er}

- ① Au titre de l'exercice 2018, sont approuvés :
- ② 1° Le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

③

(En milliards d'euros)			
	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	212,3	213,1	-0,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,1	13,4	0,7
Vieillesse	236,4	236,5	-0,1
Famille	50,4	49,9	0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	499,7	499,3	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	498,4	499,8	-1,4

- ④ 2° Le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

⑤

(En milliards d'euros)			
	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	210,8	211,5	-0,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,7	12,0	0,7
Vieillesse	133,8	133,6	0,2
Famille	50,4	49,9	0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	394,6	394,1	0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	394,6	395,8	-1,2

- ⑥ 3° Le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

⑦

(En milliards d'euros)			
	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de Solidarité Vieillesse	17,2	19,0	-1,8

- ⑧ 4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 195,2 milliards d'euros ;
- ⑨ 5° Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, lesquelles sont nulles ;
- ⑩ 6° Les recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, lesquelles sont nulles ;
- ⑪ 7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 15,4 milliards d'euros.

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

(L'article 1^{er} est adopté.)

Article 2 et annexe A

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2018, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à

leur profit et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2018 figurant à l'article 1^{er}.

Annexe A

RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU 31 DÉCEMBRE 2018, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT, À L'AMORTISSEMENT DE LEUR DETTE OU À LA MISE EN RÉSERVE DE RECETTES À LEUR PROFIT ET DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTATION DES EXCÉDENTS ET LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS POUR L'EXERCICE 2018

① I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2018

②

(En milliards d'euros)					
Actif	2018 (net)	2017 (net)	Passif	2018	2017
Immobilisations	7,3	7,4	Capitaux propres	-77,0	-88,5
Immobilisations non financières	5,0	5,0	Dotations	22,3	23,7
			Régime général	0,2	0,2
Prêts, dépôts de garantie	1,4	1,5	Autres régimes	6,4	5,8
			Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)	0,2	0,2
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	0,9	0,9	Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	15,5	17,6
			Réserves	21,6	18,8
			Régime général	3,8	2,9
			Autres régimes	7,7	8,1
			FRR	10,1	7,7
			Report à nouveau	-136,9	-143,5
			Régime général	-5,0	-3,4
			Autres régimes	-4,3	-4,0
			FSV	-6,6	-0,1

			CADES	-121,0	-136,0
			Résultat de l'exercice 2016 en instance d'affectation		-3,6
			FSV		-3,6
			Résultat de l'exercice	14,9	12,6
			Régime général	0,5	-2,2
			Autres régimes	-0,2	0,2
			Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	-1,8	-2,9
			CADES	15,4	15,0
			FRR	0,9	2,4
			Écart d'estimation (réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)	1,1	3,5
			Provisions pour risques et charges	17,5	17,2
Actif financier	55,8	55,6	Passif financier	142,6	158,5
	43,4	44,7	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, europapiers commerciaux)	131,1	152,0
Valeurs mobilières et titres de placement					
	0,0	0,0	Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	23,1	27,3
Régime général					
Autres régimes	11,5	8,7	CADES	108,0	124,7
CADES	0,0	1,0			
FRR	31,8	35,0			
	12,0	9,1	Dettes à l'égard d'établissements de crédit	6,1	5,7
Encours bancaire					
	2,2	0,9	Régime général (ordres de paiement en attente)	4,8	4,2
Régime général					
Autres régimes	6,8	4,0	Autres régimes	0,3	0,5
FSV	0,0	0,0	CADES	1,0	1,0
CADES	2,3	3,2	Dépôts reçus	0,4	0,5
FRR	0,7	0,9	ACOSS	0,4	0,5
	0,5	1,9	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,0	0,2
Créances nettes au titre des instruments financiers					

CADES	0,4	1,3	ACOSS	0,0	0,2
FRR	0,1	0,6			
			Autres	5,0	0,1
			Autres régimes	4,8	0,0
			CADES	0,3	0,1
Actif circulant	77,3	82,1	Passif circulant	57,4	57,9
Créances de prestations	9,1	9,0	Dettes et charges à payer à l'égard des bénéficiaires	29,8	29,8
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	8,5	8,9	Dettes et charges à payer à l'égard des cotisants	2,4	2,7
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions	43,2	47,6			
Créances sur entités publiques et organismes de sécurité sociale	10,7	10,7	Dettes et charges à payer à l'égard d'entités publiques	11,0	7,8
Produits à recevoir de l'État	0,7	0,8			
Autres actifs	5,2	5,1	Autres passifs	14,2	17,6
Total de l'actif	140,5	145,1	Total du passif	140,5	145,1

③ Sur le champ des régimes de base, du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la Caisse d'amortissement de la dette publique (CADES) et du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres négatifs, et qui recouvre pour l'essentiel le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 77,0 milliards d'euros au 31 décembre 2018. L'encours de dette sur les produits techniques est de l'ordre de 15 %, soit environ 2 mois de recettes.

④ Après une dégradation très marquée à la fin de la précédente décennie, en partie imputable à la crise économique, le passif net est en diminution depuis cinq exercices. Cette inversion de tendance s'est confirmée et s'est amplifiée entre 2017 et 2018 (baisse de 7,9 milliards d'euros entre 2015 et 2016, de 12,8 milliards d'euros entre 2016 et 2017 puis de 11,6 milliards d'euros en 2018 par rapport à 2017). Cette amélioration se traduit en particulier par un résultat consolidé positif sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale retracé ci-dessus (14,9 milliards d'euros en 2018, contre 12,6 milliards d'euros en 2017). Elle reflète la réduction continue des déficits des régimes de base et du FSV (1,4 milliard d'euros en 2018 contre 4,8 milliards d'euros en 2017, 7,0 milliards d'euros en 2016, 10,2 milliards d'euros en 2015, 12,8 milliards d'euros en 2014 et 16,0 milliards d'euros

en 2013) dans un contexte de maintien d'un niveau élevé d'amortissement de la dette portée par la CADES (15,4 milliards d'euros en 2018 après 15,0 milliards d'euros en 2017).

⑤ Le financement du passif net de la sécurité sociale est assuré à titre principal par un recours à l'emprunt, essentiellement porté par la CADES et l'ACOSS. L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre les dettes financières et les actifs financiers placés ou détenus en trésorerie, suit donc en premier lieu les mêmes tendances que le passif net auquel il est fait référence ci-dessus, en subissant secondairement les effets de la variation du besoin en fonds de roulement lié au financement des actifs et passifs circulants (créances et dettes) et des acquisitions d'actifs immobilisés, qui ont également un impact sur la trésorerie. Après l'infléchissement observé depuis 2015, l'endettement financier continue de reculer ainsi fortement en 2018 (86,8 milliards d'euros contre 102,9 milliards d'euros fin 2017), en cohérence avec l'évolution du passif net ainsi que celle du besoin en fonds de roulement.

⑥ *Évolution du passif net, de l'endettement financier net et des résultats comptables consolidés de la sécurité sociale depuis 2009*

7

(En milliards d'euros)										
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Passif net au 31/12 (capitaux propres négatifs)	-66,3	-87,1	-100,6	-107,2	-110,9	-110,7	-109,5	-101,4	-88,5	-77,0
Endettement financier net au 31/12	-76,3	-96,0	-111,2	-116,2	-118,0	-121,3	-120,8	-118,0	-102,9	-86,8
Résultat comptable consolidé de l'exercice (régimes de base, FSV, CADES et FRR)	-19,6	-23,9	-10,7	-5,9	-1,6	+1,4	+4,7	+8,1	+12,6	+14,9

8 II. – Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2018

9 Dans le cadre fixé par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la CADES, dès l'année 2011, des déficits 2011 des branches maladie et famille du régime général. Elle a également prévu la reprise progressive, à compter de 2012, des déficits des années 2011 à 2018 de la branche Vieillesse du régime général et du FSV, dans la double limite de 10 milliards d'euros chaque année et de 62 milliards d'euros au total.

10 L'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a modifié ce schéma et supprimé le plafond annuel de 10 milliards d'euros afin de tenir compte de conditions de financement à moyen et long termes particulièrement favorables. Il a ainsi ouvert la possibilité d'une saturation du plafond de 62 milliards d'euros dès 2016 et d'une reprise anticipée dont les modalités de mise en œuvre ont été précisées par le décret n° 2016-110 du 4 février 2016 et un arrêté du 14 septembre 2016.

11 Un montant total de 23,6 milliards d'euros a été repris en 2016, correspondant au transfert de la totalité des déficits de la branche Famille et de la branche Maladie au titre de 2013 et 2014 et de ceux de la branche Vieillesse et du FSV au titre de 2015, ainsi que d'une partie du déficit de la branche Maladie au titre de 2015.

12 Ce plafond de reprise par la CADES ayant été saturé après les transferts intervenus en 2016, c'est l'ACOSS qui porte en dette à court terme les déficits des derniers exercices. Après s'être accru de 6,4 milliards d'euros entre 2016 et 2017, sous l'effet du financement des déficits du régime général et du FSV, l'endettement financier brut de l'ACOSS a reculé de 4,4 milliards d'euros pour s'établir à 23,5 milliards d'euros au 31 décembre 2018, suite à l'évolution favorable des comptes sociaux.

13 Au titre de l'exercice 2018, le résultat cumulé des régimes de base autres que le régime général est déficitaire de 0,2 milliard d'euros. La plupart de ces régimes présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des branches et régimes intégrés financièrement au régime général (ensemble des branches maladie des différents

régimes de base depuis la mise en œuvre, en 2016, de la protection universelle maladie, branches vieillesse de base du régime des salariés agricoles depuis 1963 et du régime social des indépendants jusqu'en 2017), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'État (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins) et des régimes d'employeurs (fonction publique de l'État, industries électriques et gazières), équilibrés par ces derniers. Concernant le régime des mines, les déficits passés cumulés de la branche Maladie ont par ailleurs été transférés à la CNAM à hauteur de 0,7 milliard d'euros en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

14 Concernant les régimes ne bénéficiant pas de tels mécanismes d'équilibrage, le résultat de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, encore excédentaire en 2017, ressort en déficit de 0,6 milliard d'euros en 2018.

15 La branche retraite du régime des exploitants agricoles, qui était déficitaire en 2017, présente un bénéfice de 0,01 milliard d'euros en 2018. Ses déficits cumulés depuis 2011 (les déficits 2009 et 2010 ayant été repris par la CADES en 2011) atteignent cependant 3,7 milliards d'euros. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a prévu que ce déficit puisse être financé par des avances rémunérées de trésorerie octroyées par l'ACOSS, en complément des financements bancaires auxquels avait recours jusque-là la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour couvrir ces déficits cumulés. Au 31 décembre 2018, ces déficits ont été financés en totalité par une avance de l'ACOSS.

16 Enfin, l'excédent du régime de retraite des professions libérales (0,1 milliard d'euros en 2018) recule à nouveau en 2018 (- 0,2 milliard d'euros par rapport à 2017). Ceux de la branche Vieillesse du régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (0,09 milliard d'euros en 2018) et du régime de base de la caisse nationale des barreaux français (0,06 milliard d'euros en 2018) restent globalement stables. Ces excédents sont affectés aux réserves des régimes concernés.

M. le président. Je mets aux voix l'ensemble constitué de l'article 2 et de l'annexe A.

(L'article 2 et l'annexe A sont adoptés.)

M. le président. Personne ne demande la parole?...

Je mets aux voix l'ensemble de la première partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

(La première partie du projet de loi est adoptée.)

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019

Article 3

- ① I. – Le 3° de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le *a* est complété par les mots : « , à l'exception de la contribution mentionnée au III de l'article 136-8 » ;
- ③ 2° Le *b* est ainsi modifié :
- ④ *a)* Au cinquième alinéa, le taux : « 5,03 % » est remplacé par le taux : « 4,77 % » ;
- ⑤ *b)* À l'avant-dernier alinéa, le taux : « 2,25 % » est remplacé par le taux : « 3,2 % » ;
- ⑥ *c)* Au dernier alinéa, le taux : « 5,05 % » est remplacé par le taux : « 3,07 % » ;
- ⑦ 3° Au *e*, après la référence : « II », sont insérés les mots : « et du III *bis* » et, à la fin, le taux : « 1,72 % » est remplacé par le taux : « 1,98 % ».
- ⑧ II. – Le dernier alinéa du III de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :
- ⑨ « Avant imputation aux sections mentionnées aux IV, V et VI, l'ensemble des contributions mentionnées aux 1°, 1° *bis* et 3° de l'article L. 14-10-4 du présent code destinées aux personnes handicapées, soit au titre des établissements et services financés par la sous-section mentionnée au 1 du I du présent article, soit au titre de la présente section, doit totaliser au moins 20 % du produit de ces contributions. »
- ⑩ III. – Le premier alinéa de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable aux pertes de recettes résultant :
- ⑪ 1° De la modification de la rédaction de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale résultant du II de l'article 14 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 et du 2° du III de l'article 3 de la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales ;
- ⑫ 2° De la modification de la rédaction de l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale résultant de l'article 16 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 ;
- ⑬ 3° De la modification de la rédaction du V de l'article 7 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 résultant du III de l'article 2 de la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales.
- ⑭ IV. – Les dépenses exposées pour la rémunération des personnes, mentionnées au 1° de l'article 1^{er}, à l'article 3 et au premier alinéa de l'article 4 de l'ordonnance n° 2018-359 du 16 mai 2018 fixant les modalités

de transfert des personnels administratifs des juridictions mentionnées au 1° du I de l'article 109 de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle et celles de leur accès aux corps des services judiciaires ou aux corps communs du ministère de la justice, affectées au sein des juridictions compétentes pour connaître du contentieux général et du contentieux technique de la sécurité sociale demeurent, sous réserve des transferts de personnels déjà effectués dans le cadre de la mise en œuvre des lois de finances pour 2019 et 2020, prises en charge jusqu'au 31 décembre 2020 par les organismes de sécurité sociale dans les conditions fixées par l'article L. 144-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure au 1^{er} janvier 2019.

- ⑮ Il en est de même, jusqu'à la même date, pour les agents contractuels recrutés, au sein des mêmes juridictions, en remplacement des personnels mentionnés au premier alinéa du présent IV.

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

L'amendement n° 111 est présenté par M. Antiste, Mme Jasmin, MM. Todeschini, Lalande, Temal et Jomier, Mmes Artigal et G. Jourda, M. Duran et Mmes Taillé-Polian et Monier.

L'amendement n° 186 est présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Maurice Antiste, pour présenter l'amendement n° 111.

M. Maurice Antiste. Le I de l'article 231 A du code général des impôts dispose notamment que « les employeurs redevables de la taxe sur les salaires mentionnés à l'article 1679 A peuvent bénéficier d'un crédit d'impôt assis sur les rémunérations qu'ils versent à leurs salariés au cours de l'année civile ».

L'article 3 du PLFSS pour 2020 prévoit, quant à lui, que ce crédit d'impôt ne fasse pas l'objet d'une compensation à la sécurité sociale. Or les compensations de pertes de recettes ou de transferts de charges entre l'État et la sécurité sociale sont régies par le principe de « compensation intégrale » défini à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

De plus, cette politique d'exonération de cotisations sociales a des conséquences directes sur le financement de notre système de protection sociale, fondé sur la solidarité et la collectivité.

Par ailleurs, la Cour des comptes relève, dans son dernier rapport, un déséquilibre des comptes de la sécurité sociale qui s'explique, avant tout, par la politique d'exonération de cotisations sociales.

C'est la raison pour laquelle est proposée la suppression de cet article.

M. le président. La parole est à Mme Michelle Gréaume, pour présenter l'amendement n° 186.

Mme Michelle Gréaume. L'article 3 était passé en première lecture dans la quasi-indifférence de la majorité sénatoriale, alors qu'il entérine une perte de recettes pour la sécurité sociale de 3 milliards d'euros. Pourtant, le Gouvernement

justifie le principe de la non-compensation par l'application de la doctrine issue du rapport Charpy-Dubertret de 2018, qui n'a fait l'objet d'aucune approbation par le Parlement.

Ce rapport préconise de revenir sur la règle de la compensation intégrale relative aux allègements généraux, lesquels, rappelons-le, représentent au total 66 milliards d'euros pour 2019. On voit bien jusqu'où peut conduire cette logique de la non-compensation!

Il s'agit d'un très gros manque à gagner – et à dépenser – pour la sécurité sociale, dont nous avons tous rappelé les immenses besoins. Le système de tuyauterie entre le budget de l'État et celui de la sécurité sociale est devenu extrêmement complexe, mais l'argent coule presque toujours dans le même sens, de la sécurité sociale vers l'État, et beaucoup plus rarement dans l'autre sens.

Pour ces raisons nous demandons la suppression de l'article 3.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'article 3 contient, certes, des mesures de non-compensation auxquelles la commission est opposée, mais aussi diverses dispositions utiles, notamment la répartition des recettes entre branches de la sécurité sociale en 2019, qu'il importe de préserver.

L'avis est donc défavorable sur ces amendements de suppression.

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

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Si vous le permettez, monsieur le président, cet avis vaudra pour ces deux amendements identiques, mais aussi pour les amendements suivants, lesquels ne portent que sur les alinéas relatifs à la non-compensation.

Je rappelle que les mesures d'urgence économique et sociale représentent un engagement de 17 milliards d'euros, dont 14 milliards d'euros à la charge de l'État.

Concernant le débat sur la non-application de la loi Veil de 1994, je précise que celle-ci autorise un certain nombre d'exceptions. Ce n'est d'ailleurs pas la première fois que des exonérations ne sont pas compensées. Nous avons ainsi recensé, depuis l'adoption de cette loi, de quinze à vingt exceptions à la compensation.

Je ne reprendrai pas l'intégralité des arguments que j'avais développés – en vain ! – à l'occasion de la première lecture du PLFSS par votre assemblée. Je soulignerai simplement que le Gouvernement a mis à profit l'élaboration de cet article pour travailler son objectif de retour à l'équilibre de la sécurité sociale.

C'est la raison pour laquelle tant le présent PLFSS que le projet de loi de finances pour 2020 prévoient de revenir sur les transferts de recettes qui avaient été décidés l'an dernier dans une perspective de retour à l'équilibre. Ainsi, les transferts de ressources à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), d'une part, pour apurer la dette, et à l'État, d'autre part, pour participer au financement des mesures d'exonération, sont annulés, ce qui représente 3 milliards d'euros à compter de 2020.

Par ailleurs, en 2019 comme en 2020, les allègements généraux sont intégralement compensés à la sécurité sociale, qui reçoit à ce titre une fraction de TVA. En outre, 5,1 milliards d'euros du budget général sont affectés à la compensation à l'euro près des exonérations ciblées, puisque les mesures non compensées concernent la suppres-

sion d'une disposition relative à la modulation du taux de CSG et l'exonération de cotisations sociales sur les heures supplémentaires.

Pour les raisons que j'avais déjà invoquées en première lecture, j'émetts un avis défavorable sur les deux amendements de suppression de l'article et, par anticipation, sur les amendements suivants.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 111 et 186.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

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

L'amendement n° 112, présenté par M. Antiste, Mme Jasmin, MM. Todeschini et Lalande, Mme G. Jourda, M. Duran, Mmes Taillé-Polian, Monier et Artigalas et MM. Jomier et Temal, est ainsi libellé :

Alinéas 1 à 13

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. Maurice Antiste.

M. Maurice Antiste. Au travers de l'article 3, le Gouvernement entérine la non-compensation à la sécurité sociale des conséquences des décisions qu'il prend.

Les compensations de pertes de recettes ou de transferts de charges entre l'État et la sécurité sociale sont pourtant régies par le principe de « compensation intégrale ». Depuis 2017, des entorses à cette règle ont été observées. Par exemple, le crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS) n'a pas fait l'objet d'une compensation à la sécurité sociale en 2018.

Pour 2020, les pertes de recettes non compensées à la sécurité sociale s'élèveraient à un montant estimé à 3,5 milliards d'euros : 1,2 milliard d'euros d'exonération de cotisations sociales sur les heures supplémentaires, 1,5 milliard d'euros de baisse de la CSG pour les retraités gagnant moins de 2 000 euros par mois et une diminution de 800 millions d'euros du forfait social.

Par conséquent, l'article 3 prive la sécurité sociale de 3,5 milliards d'euros de ressources qui devraient lui revenir, ce qui n'est pas acceptable. C'est pourquoi le présent amendement vise à supprimer les alinéas de l'article relatifs à cette non-compensation.

M. le président. Les quatre amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 13 est présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission.

L'amendement n° 70 rectifié est présenté par Mme N. Delattre, M. Corbisez, Mme Costes, MM. Dantec et Guérini, Mmes Guillotin, Jouve et Laborde et MM. Léonhardt et Requier.

L'amendement n° 131 est présenté par MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigalas, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérít-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mmes Lepage, Monier, Perol-Dumont, Préville et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

L'amendement n° 187 est présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

Alinéas 10 à 13

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. le rapporteur général, pour présenter l'amendement n° 13.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Cet amendement tend à supprimer les mesures de non-compensation prévues à l'article 3, pour les raisons qui ont déjà été longuement exposées.

M. le président. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour présenter l'amendement n° 70 rectifié.

Mme Véronique Guillotin. Je partage l'ensemble des arguments qui ont été développés par mes collègues.

Dans le contexte actuel, cette non-compensation est un mauvais signal envoyé aux professionnels de santé. Alors qu'ils subissent les affres des restrictions budgétaires, ils voient s'éloigner encore, malgré les efforts accomplis, la perspective du retour à l'équilibre.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n° 131.

M. Yves Daudigny. Nous souhaitons prendre le temps de rappeler, une dernière fois, de quoi il s'agit.

L'article 3 du PLFSS prévoit que les pertes de recettes résultant de l'avancement au 1^{er} janvier 2019 de l'exonération de cotisations sociales des heures supplémentaires et celles liées à la création d'un taux de CSG intermédiaire de 6,6 % ne feront pas l'objet d'une compensation à la sécurité sociale par le budget de l'État.

Ces deux mesures représentent une perte de recettes de près de 3 milliards d'euros en 2019 pour la sécurité sociale, ce qui explique en grande partie le retournement de situation financière et la reprise de la dégradation des comptes sociaux.

L'exonération de forfait social pour les entreprises de moins de 250 salariés versant de l'intéressement ou de la participation, mesure décidée dans le cadre de la loi relative à la croissance et la transformation des entreprises, dite loi Pacte, entraîne une perte de recettes de 500 millions d'euros pour la branche vieillesse.

Nous sommes résolument opposés à cette rupture avec la loi de 1994, non par nostalgie d'un passé idéalisé, mais parce que cette doctrine nouvelle affirmée et mise en œuvre par le Gouvernement est destructrice, à nos yeux, du pacte de la sécurité sociale, fondé sur la solidarité des bien-portants avec les malades, des jeunes avec les retraités, de toute la société avec les familles. La pérennité de cette solidarité repose sur l'autonomie financière de la sécurité sociale. Aujourd'hui, cette autonomie financière est attaquée, et l'ensemble de la sécurité sociale est déstructuré.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour présenter l'amendement n° 187.

Mme Laurence Cohen. Je ne répéterai pas les arguments qui ont été développés, mais je souhaite insister sur un point qui n'a pas été rappelé : le principe d'autonomie organique et financière de la sécurité sociale est reconnu par notre législation républicaine, au travers de l'article 13 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 et du huitième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946, sans oublier

la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, qui fixe le principe de la compensation systématique de toute perte de recettes pour la sécurité sociale.

Ces éléments ont motivé le dépôt de notre motion tendant à opposer l'exception d'irrecevabilité constitutionnelle, qui a malheureusement été rejetée par la majorité du Sénat. J'en suis d'autant plus étonnée que le propos liminaire du président de la commission des affaires sociales, M. Alain Milon, confortait tout à fait le bien-fondé de notre motion. Hélas, il n'est pas allé jusqu'à la voter ; cela viendra peut-être un jour...

Je me réjouis néanmoins que les membres de la commission des affaires sociales s'accordent au moins pour demander la suppression de ces alinéas.

M. le président. L'amendement n° 113, présenté par M. Antiste, Mme Jasmin, MM. Todeschini et Lalande, Mme G. Jourda, M. Duran, Mmes Taillé-Polian, Monier et Artigalas et MM. Jomier et Temal, est ainsi libellé :

Alinéas 11 et 13

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. Maurice Antiste.

M. Maurice Antiste. Cet amendement a été largement défendu par mes collègues.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements n°s 112 et 113 ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Comme l'auteur de l'amendement n° 112, la commission est opposée aux mesures de non-compensation, mais cet amendement supprime aussi diverses dispositions utiles, notamment de répartition des recettes entre branches de la sécurité sociale en 2019. L'avis est donc défavorable.

Je pourrais émettre un avis favorable sur l'amendement n° 113 si M. Antiste voulait bien le rectifier en visant également l'alinéa 10 ; son amendement serait alors identique à celui de la commission.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur l'ensemble des amendements ?

M. Olivier Dussopt, *secrétaire d'État*. Avis défavorable.

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

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 13, 70 rectifié, 131 et 187.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 113 n'a plus d'objet.

Je mets aux voix l'article 3, modifié.

(L'article 3 est adopté.)

Article 4

Au premier alinéa du II de l'article 21 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, le nombre : « 1,005 » est remplacé par le nombre : « 1,01 ».

M. le président. L'amendement n° 188, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Nous proposons, par cet amendement, la suppression de l'article 4, afin d'éviter un nouveau manque à gagner pour le budget de la sécurité sociale. Cet article fait en effet la part belle aux industries pharmaceutiques en relevant le taux d'évolution du chiffre d'affaires à partir duquel la contribution est due à l'assurance maladie.

Monsieur le secrétaire d'État, vous n'avez pas trouvé d'autre argument à opposer à cet amendement, lors de la première lecture, que celui de la baisse du chiffre d'affaires des entreprises du médicament en 2018... Cela s'apparente, à nos yeux, à de la provocation !

Ces entreprises ont connu une forte progression de leur chiffre d'affaires les années précédentes, ce qui ne les empêche d'ailleurs pas de supprimer bon nombre d'emplois. Le groupe Sanofi, par exemple, prévoit actuellement un plan social de 300 personnes, malgré un bénéfice net de 6 milliards d'euros en 2018 !

En outre, ces entreprises continuent malgré tout d'engranger de l'argent public grâce au crédit d'impôt recherche (CIR). Sanofi bénéficie justement de 150 millions d'euros annuels au titre du CIR, sans compter 24 millions d'euros de CICE en 2018...

Il est tout de même choquant de ponctionner les caisses de la sécurité sociale pour augmenter les bénéfices du secteur privé ! Doit-on vous rappeler, monsieur le secrétaire d'État, que les industries pharmaceutiques ne sont pas des entreprises publiques et que les bénéfices qu'elles dégagent vont directement dans les poches de leurs actionnaires ?

La suppression de cette disposition permettrait de recouvrer 60 millions d'euros en 2020. On se plaint qu'il n'y a pas suffisamment d'argent dans les caisses de la sécurité sociale,

mais lorsqu'une proposition est faite pour les alimenter, elle est rejetée... Pourtant, je ne pense pas que cette somme manquerait aux actionnaires de Sanofi. En revanche, elle rendrait service aux hôpitaux et aux personnels de santé !

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'article 4 vise à ajuster le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde pour tenir compte des moindres performances enregistrées en 2018 par les entreprises du médicament.

À mon sens, la possibilité de fixer annuellement ce seuil de déclenchement constitue, pour le législateur, un moyen simple et transparent de redéfinir l'assiette de l'impôt au regard des capacités contributives des entreprises imposables. Il me semble tout à fait opportun de relever ce seuil dans les circonstances actuelles. Pour cette raison, l'avis est défavorable.

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

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Ce débat a déjà eu lieu en première lecture. Je ne reprendrai pas les arguments exposés alors par Mme la ministre des solidarités et de la santé. L'avis est défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 188.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 4.

(L'article 4 est adopté.)

Article 5

- ① Au titre de l'année 2019, sont rectifiés :
- ② 1° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

③

<i>(En milliards d'euros)</i>			
	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	215,7	218,7	-3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,6	13,5	1,2
Vieillesse	239,2	241,5	-2,3
Famille	51,1	50,2	0,8
Toutes branches (hors transferts entre branches)	506,9	510,2	-3,3
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	505,1	510,6	-5,5

- ④ 2° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

5

(En milliards d'euros)			
	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	214,1	217,1	-3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,2	12,1	1,1
Vieillesse	135,5	137,5	-2,1
Famille	51,1	50,2	0,8
Toutes branches (hors transferts entre branches)	400,7	403,8	-3,1
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	400,0	405,4	-5,4

- 6 3° Les prévisions de recettes, les prévisions de dépenses et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

7

(En milliards d'euros)			
	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,6	18,9	-2,3

- 8 4° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, lesquelles sont nulles ;
- 9 5° Les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, lesquelles sont nulles ;
- 10 6° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, qui est fixé à 16 milliards d'euros. – (Adopté.)

Article 6

- 1 Au titre de l'année 2019, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

2

(En milliards d'euros)	
Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	91,4
Dépenses relatives aux établissements de santé	82,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,4
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,5
Autres prises en charge	2,0
Total	200,4

M. le président. L'amendement n° 114, présenté par M. Antiste, Mme Jasmin, MM. Todeschini et Lalande, Mme G. Jourda, M. Duran, Mmes Taillé-Polian, Monier et Artigalas et M. Temal, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Maurice Antiste.

M. Maurice Antiste. L'année 2019 a été marquée par un mouvement social sans précédent dans le secteur de la santé, visant à dénoncer l'austérité dans laquelle les médecins, les infirmiers et infirmières et les aides-soignants sont contraints de travailler.

Toutes les branches sont touchées. Le secteur des soins pratiqués en ville, notamment dans les zones sous-denses, est en tension. Les patients, à défaut de pouvoir recourir à leur médecin, se rendent à l'hôpital, et les services des urgences doivent alors faire face à un fort afflux de patients.

Cette situation tendue, que l'on observe aussi dans les Ehpad et les services accueillant des personnes en situation de handicap, est le fruit d'une politique d'austérité ainsi que d'une pression exercée sur les finances de la sécurité sociale. Or les mesures contenues dans le présent PLFSS ne sont pas à la mesure des enjeux. Les dépenses en faveur des établissements de santé sont tout particulièrement insuffisantes, à l'heure où l'hôpital public est en très grande difficulté.

Le Gouvernement promettait, lors de l'examen du plan Ma santé 2022, de renforcer les hôpitaux de proximité. Un tel Ondam rend impossible la tenue de telles promesses, puisque les moyens alloués sont complètement sous-évalués.

C'est pourquoi il est proposé de supprimer cet article, pour demander au Gouvernement de revoir sa copie.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'article 6 rectifie la ventilation entre les sous-objectifs de l'Ondam pour l'année en cours d'exécution. Mieux vaudrait discuter de l'Ondam pour 2020, autour duquel se cristallisent les enjeux, à l'occasion de l'examen de l'article 59. L'avis est défavorable.

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

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 114.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 6.

(L'article 6 est adopté.)

M. le président. Personne ne demande la parole?...

Je mets aux voix l'ensemble de la deuxième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

(La deuxième partie du projet de loi est adoptée.)

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2020

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

Chapitre I^{er}

FAVORISER LE SOUTIEN À L'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE ET AUX ACTIFS

Article 7

- ① I. – A. – Bénéficie de l'exonération prévue au V la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat attribuée dans les conditions prévues aux II et III à leurs salariés ou à leurs agents par les employeurs mettant en œuvre un accord d'intéressement, en application du chapitre II du titre I^{er} du livre III de la troisième partie du code du travail, à la date de versement de cette prime.
- ② B. – Par dérogation à l'article L. 3312-5 du même code, les accords d'intéressement conclus entre le 1^{er} janvier 2020 et le 30 juin 2020 peuvent porter sur une durée inférieure à trois ans, sans pouvoir être inférieure à un an.
- ③ C. – La prime mentionnée au A du présent I peut être attribuée par l'employeur à l'ensemble des salariés et des agents qu'il emploie ou à ceux dont la rémunération est inférieure à un plafond.
- ④ D. – L'entreprise utilisatrice mentionnée au 1^o de l'article L. 1251-1 du code du travail qui attribue à ses salariés la prime mentionnée au A du présent I en informe l'entreprise de travail temporaire dont relève le salarié mis à disposition. L'entreprise de travail temporaire verse la prime au salarié mis à disposition selon les conditions et les modalités fixées par l'accord ou la décision de l'entreprise utilisatrice mentionnée au III. La prime ainsi versée bénéficie de l'exonération mentionnée au V lorsque les conditions mentionnées au A du présent I sont remplies par l'entreprise utilisatrice.
- ⑤ E. – Le A du présent I est applicable dans les conditions prévues au IV aux travailleurs handicapés bénéficiant d'un contrat de soutien et d'aide par le travail mentionné à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles et relevant des établissements et services d'aide par le travail mentionnés à l'article L. 344-2 du même code.
- ⑥ F. – La condition relative à la mise en œuvre d'un accord d'intéressement prévue au A du présent I n'est pas applicable aux associations et fondations mentionnées au *a* du 1^o de l'article 200 et au *b* du 1^o de l'article 238 *bis* du code général des impôts.
- ⑦ II. – L'exonération prévue au V est applicable à la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat bénéficiant aux personnes mentionnées au A du I lorsque cette prime satisfait aux conditions suivantes :

- 8° Elle bénéficie aux salariés liés à l'entreprise par un contrat de travail, aux intérimaires mis à disposition de l'entreprise utilisatrice ou aux agents publics relevant de l'établissement public à la date de versement de cette prime ;
- 9° Son montant peut être modulé selon les bénéficiaires en fonction de la rémunération, du niveau de classification, de la durée de présence effective pendant l'année écoulée ou la durée de travail prévue au contrat de travail mentionnée à la dernière phrase du deuxième alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale. Les congés prévus au chapitre V du titre II du livre II de la première partie du code du travail sont assimilés à des périodes de présence effective ;
- 10° Elle est versée entre la date d'entrée en vigueur du présent article et le 30 juin 2020 ;
- 11° Elle ne peut se substituer à aucun des éléments de rémunération, au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, versés par l'employeur ou qui deviennent obligatoires en vertu de règles légales, contractuelles ou d'usage. Elle ne peut non plus se substituer à des augmentations de rémunération ni à des primes prévues par un accord salarial, le contrat de travail ou les usages en vigueur dans l'entreprise ou l'établissement public.
- 12° III. – Le montant de la prime ainsi que, le cas échéant, le plafond mentionné au C du I et la modulation de son niveau entre les bénéficiaires dans les conditions prévues au 2° du II font l'objet d'un accord d'entreprise ou de groupe conclu selon les modalités énumérées à l'article L. 3312-5 du code du travail ou d'une décision unilatérale de l'employeur. En cas de décision unilatérale, l'employeur en informe, avant le versement de la prime, le comité social et économique mentionné à l'article L. 2311-2 du même code.
- 13° IV. – Lorsqu'elle satisfait aux conditions mentionnées aux 2° à 4° du II et qu'elle bénéficie à l'ensemble des travailleurs handicapés liés à un établissement ou service d'aide par le travail mentionné à l'article L. 344-2 du code de l'action sociale et des familles par un contrat de soutien et d'aide par le travail mentionné à l'article L. 311-4 du même code, à la date de versement, la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat bénéficie de l'exonération prévue au V.
- 14° V. – La prime attribuée dans les conditions prévues aux I à III aux salariés ou agents publics ayant perçu au cours des douze mois précédant son versement une rémunération inférieure à trois fois la valeur annuelle du salaire minimum de croissance correspondant à la durée de travail prévue au contrat mentionnée à la dernière phrase du deuxième alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est exonérée, dans la limite de 1 000 € par bénéficiaire, d'impôt sur le revenu, de toutes les cotisations et contributions sociales d'origine légale ou conventionnelle ainsi que des participations, taxes et contributions prévues à l'article 235 *bis* du code général des impôts et à l'article L. 6131-1 du code du travail dans leur rédaction en vigueur à la date de son versement.
- 15° Elle est exclue des ressources prises en compte pour le calcul de la prime d'activité mentionnée à l'article L. 841-1 du code de la sécurité sociale et pour l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés mentionnée à l'article L. 821-1 du même code.
- 16° VI. – Pour l'application du présent article à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon, les références au code de la sécurité sociale sont remplacées par les références aux dispositions applicables localement ayant le même objet.
- M. le président.** Je suis saisi de cinq amendements faisant l'objet d'une discussion commune.
- Les trois premiers sont identiques.
- L'amendement n° 62 rectifié est présenté par MM. Rapin, Retailleau et Paccaud, Mmes Grunty, Di Folco, Lavarde, Estrosi Sassone et L. Darcos, MM. D. Laurent et Pellevat, Mme Eustache-Brinio, MM. de Nicolaÿ, Magras, Groperrin, Bazin et Vaspert, Mme Ramond, M. Cambon, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Gilles, Savin, Charon, Piednoir et Bascher, Mme Duranton, MM. Panunzi, Brisson, Lefèvre et de Legge, Mmes Dumas et Imbert, MM. Gremillet, Le Gleut, Cuypers, Danesi et Mandelli, Mmes Deromedi et Raimond-Pavero, MM. Saury, Kennel et Babary, Mme Berthet, M. Genest, Mme Lamure et MM. Perrin, Raison, Duplomb, J.M. Boyer et Darnaud.
- L'amendement n° 71 rectifié est présenté par Mme N. Delattre, MM. Arnell, A. Bertrand et Corbisez, Mme Costes, M. Dantec, Mmes Guillotin, Jouve et Laborde et MM. Léonhardt et Requier.
- L'amendement n° 123 est présenté par M. Henno.
- Ces trois amendements sont ainsi libellés :
- I. – Alinéa 1
- Après le mot :
- employeurs
- rédiger ainsi la fin de cet alinéa :
- soumis à l'obligation prévue à l'article L. 5422-13 du code du travail ou relevant des 3° à 6° de l'article L. 5424-1 du même code.
- II. – Alinéas 2 et 6
- Supprimer ces alinéas.
- III. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par deux paragraphes ainsi rédigés :
- La perte de recettes résultant pour l'État du présent article 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.
- La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article 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.
- La parole est à M. Jean-François Rapin, pour présenter l'amendement n° 62 rectifié.
- M. Jean-François Rapin.** Certains amendements déposés à l'Assemblée nationale, acceptés par le Gouvernement, visaient à soumettre l'attribution de la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat à une condition d'instauration d'un

accord d'intéressement au sein de l'entreprise. Le groupe Les Républicains du Sénat y est défavorable et souhaite rétablir la prime telle qu'elle avait été prévue l'année dernière. Sinon, il faudrait faire les comptes en fin d'année prochaine, pour voir si la pratique de l'intéressement n'est pas rétroactive pour l'accès à cette prime, dont ont bénéficié près de 5 millions de salariés entre la fin de 2018 et le mois de juin de cette année.

M. le président. La parole est à M. Guillaume Arnell, pour présenter l'amendement n° 71 rectifié.

M. Guillaume Arnell. Cet amendement a été excellemment défendu par Jean-François Rapin. J'ajouterai simplement que la situation n'est pas la même pour les grandes entreprises et pour les petites. Ces dernières sont pénalisées.

M. le président. L'amendement n° 123 n'est pas soutenu.

L'amendement n° 115, présenté par M. Antiste, Mme Jasmin, MM. Todeschini et Lalande, Mme G. Jourda, M. Duran, Mmes Taillé-Polian, Monier et Artigalas et M. Temal, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 1

1° Après le mot :

employeurs

insérer les mots :

dans les entreprises de deux cent cinquante salariés et plus

2° Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Pour les entreprises de moins de deux cent cinquante salariés, l'employeur est autorisé à attribuer une fois par an, à l'ensemble des salariés qu'il emploie, la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat, dans les conditions prévues au V du présent article.

II. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par deux paragraphes ainsi rédigés :

... – La perte de recettes résultant pour l'État du présent article 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.

... – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article 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.

La parole est à M. Maurice Antiste.

M. Maurice Antiste. Le présent amendement vise à supprimer, pour les entreprises de moins de 250 salariés, la condition de mise en place d'un accord d'intéressement au sein de l'entreprise pour le versement de la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat.

Il est à craindre, en effet, que les salariés des petites entreprises ne soient exclus, une fois de plus, d'un dispositif de soutien au pouvoir d'achat. Une telle restriction ne paraît pas juste.

M. le président. L'amendement n° 68 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, A. Bertrand et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty et Guérini, Mmes Jouve et Laborde et MM. Léonhardt et Requier, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

La condition relative à la mise en œuvre d'un accord d'intéressement prévue au A du présent I n'est pas applicable aux établissements privés non lucratifs du champ sanitaire, social et médico-social.

II. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par deux paragraphes ainsi rédigés :

– La perte de recettes résultant pour l'État du présent article 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.

– La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article 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.

La parole est à Mme Véronique Guillotin.

Mme Véronique Guillotin. L'amendement est défendu.

M. René-Paul Savary. Très bien !

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission émet un avis favorable sur les amendements identiques n°s 62 rectifié et 71 rectifié, tout en rappelant que la prime exceptionnelle, par nature, n'a pas vocation à être pérennisée. Il paraît donc de l'intérêt même du pouvoir d'achat des salariés de profiter de ce dispositif pour développer l'intéressement dans les entreprises.

Par ailleurs, la commission demande le retrait des amendements n°s 115 et 68 rectifié ; à défaut, l'avis sera défavorable. Il convient de viser l'ensemble des entreprises.

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

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. C'est un débat que nous avons eu en première lecture. Le Gouvernement est toujours défavorable aux amendements qui visent à supprimer la condition d'instauration d'un accord d'intéressement. Nous considérons qu'inscrire cette prime dans le cadre d'un accord d'intéressement permet une forme de pérennisation et est cohérent avec la loi Pacte en matière de partage des richesses.

L'avis du Gouvernement est donc défavorable sur l'ensemble des amendements, pour les mêmes raisons qu'en première lecture.

À la suite de l'examen du PLFSS en première lecture au Sénat, l'Assemblée nationale, avec le soutien du Gouvernement, a adopté un certain nombre de dispositions qui avaient été introduites par votre assemblée, relatives par exemple aux associations reconnues d'utilité publique ou aux établissements et services d'aide par le travail.

Je demande néanmoins à Mme Guillotin de bien vouloir retirer son amendement n° 68 rectifié ; à défaut, l'avis serait défavorable. J'avais eu l'occasion de dire, lors de la première lecture, que, pour les Ehpad du secteur privé non lucratif, la condition de la conclusion d'un accord d'intéressement était pertinente et opportune à nos yeux, que la teneur de l'accord d'intéressement n'était pas nécessairement liée à une performance économique ou financière, mais pouvait répondre à d'autres critères, et que ces établissements bénéficiaient de l'intégralité des mesures de la loi Pacte, telles la suppression

du forfait social, l'aide à l'élaboration de l'accord sur le site du ministère ou la sécurisation définitive des exonérations dans les six mois qui suivent.

M. le président. Madame Guillotin, l'amendement n° 68 rectifié est-il maintenu ?

Mme Véronique Guillotin. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 68 rectifié est retiré.

La parole est à M. Martin Lévrier, pour explication de vote.

M. Martin Lévrier. La France n'a pas une très forte culture de la négociation salariale et de la négociation dans l'entreprise en général. Je trouve réellement intéressant d'adosser l'octroi de ce genre de prime à la conclusion d'un accord d'intéressement. Toutes les parties gagnent à un tel accord. Nous avons vraiment besoin de recréer en France une culture de la négociation.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 62 rectifié et 71 rectifié.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 115 n'a plus d'objet.

L'amendement n° 116, présenté par M. Antiste, Mme Jasmin, MM. Todeschini et Lalande, Mme G. Jourda, M. Duran et Mmes Monier et Artigalas, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 13

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le principe, les exonérations ainsi que les modalités de versement de cette prime exceptionnelle peuvent être reconduits chaque année à compter du 1^{er} janvier 2021.

II. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par deux paragraphes ainsi rédigés :

... – La perte de recettes résultant pour l'État du présent article 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.

... – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article 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.

La parole est à M. Maurice Antiste.

M. Maurice Antiste. Cet amendement vise à permettre aux entreprises de gratifier, si elles en ont la possibilité, leurs collaborateurs sans devoir payer de charges patronales. Cette mesure doit également pouvoir être reconduite d'une année sur l'autre. Elle constituera ainsi un moyen de soutenir le pouvoir d'achat des ménages, mais aussi de valoriser le travail des salariés.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. J'avais indiqué par avance, monsieur le président, que l'avis de la commission était défavorable.

En effet, une telle pérennisation risquerait d'avoir de lourdes conséquences pour la sécurité sociale et il ne paraît pas non plus raisonnable de créer une franchise annuelle

d'impôts et de cotisations sociales sur 1 000 euros de salaire : contrairement à ce qu'indique l'auteur de l'amendement, les cotisations patronales ne sont pas seules concernées.

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

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Même avis.

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

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 7, modifié.

(L'article 7 est adopté.)

Article 8

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le cinquième alinéa du III de l'article L. 241-10 est complété par les mots : « , à hauteur d'un taux ne tenant pas compte de l'application du 1° de l'article L. 5422-12 du même code » ;
- ③ 2° L'article L. 241-13 est ainsi modifié :
- ④ a) Le I est ainsi modifié :
- ⑤ – après le mot : « professionnelles », sont insérés les mots : « , à hauteur du taux fixé par l'arrêté mentionné à la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 241-5 » ;
- ⑥ – après la deuxième occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « ou créés par la loi » ;
- ⑦ – après la seconde occurrence du mot : « travail », sont insérés les mots : « , à hauteur d'un taux ne tenant pas compte de l'application du 1° de l'article L. 5422-12 du même code » ;
- ⑧ b) À la fin de la première phrase du troisième alinéa du III, les mots : « dans la limite de la somme des taux des cotisations et des contributions mentionnées au I du présent article, sous réserve de la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 241-5 » sont remplacés par les mots : « , à hauteur des taux des cotisations et contributions incluses dans le périmètre de la réduction, tels qu'ils sont définis au I » ;
- ⑨ c) Le VII est ainsi modifié :
- ⑩ – au premier alinéa, après la référence : « article L. 922-4 », sont insérés les mots : « du présent code et à l'article L. 6527-2 du code des transports » ;
- ⑪ – il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑫ « Dans le cas où la minoration, prévue au 1° de l'article L. 5422-12 du code du travail, des contributions dues au titre de l'assurance chômage à la charge de l'employeur aboutit à un montant de réduction calculé en application du III du présent article supérieur au montant des cotisations et contributions mentionnées au I applicables à la rémunération d'un salarié, la part excédentaire peut être imputée sur les contributions d'assurance chômage à la charge de l'employeur dues au titre de ses autres salariés. Le cas échéant, la part restante après cette imputation peut être imputée, selon des modalités définies par décret, sur les autres cotisations et contributions à la charge de l'employeur. L'imputation sur les cotisations et contributions autres que celles dues au titre de l'assurance chômage donne lieu à une

compensation de façon qu'elle n'ait pas d'incidence pour les régimes de sécurité sociale ou les organismes auxquels ces cotisations et contributions sont affectées. »

- ⑬ II. – Après le premier alinéa de l'article L. 5553-11 du code des transports, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑭ « L'exonération de la contribution d'assurance contre le risque de privation d'emploi prévue au premier alinéa du présent article s'applique sur la base du taux de cette contribution ne tenant pas compte des dispositions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 5422-12 du même code. »
- ⑮ III. – Le présent article est applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.
- ⑯ IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021, à l'exception des dispositions résultant du troisième alinéa du *a* et du deuxième alinéa du *c* du 2^o du I, qui sont applicables pour les cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2019.

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

L'amendement n° 14, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission, est ainsi libellé :

Alinéas 2, 7 et 11 à 14

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Nous proposons de supprimer les dispositions de l'article relatives au bonus-malus sur les cotisations patronales d'assurance chômage en fonction de l'utilisation de contrats courts par les employeurs.

Le périmètre du PLFSS ne se confond pas avec celui de la loi portant sur l'assurance chômage. Peut-être aurons-nous, au printemps prochain, l'occasion de débattre des comptes de l'Unédic, monsieur le secrétaire d'État, mais, pour l'heure, il ne nous appartient pas de nous prononcer dans le cadre de l'examen du PLFSS sur des mesures concernant le bonus-malus sur les cotisations patronales d'assurance chômage. Il me semble donc préférable de supprimer les alinéas visés.

M. le président. L'amendement n° 189, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéas 3 à 12

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

2° L'article L. 241-13 est abrogé ;

La parole est à Mme Michelle Gréaume.

Mme Michelle Gréaume. Aux termes de cet amendement, nous proposons de supprimer un dispositif grevant le budget de la sécurité sociale de quelque 26,8 milliards d'euros en 2019. Il s'agit des exonérations de cotisations sociales patronales sur les bas salaires, dites « réductions Fillon ». Ces exonérations et allègements ne font que maintenir les salariés dans la précarité, avec des salaires ne dépassant pas 1,4 fois le SMIC : au-delà, les employeurs ne bénéficient plus des exonérations et allègements, ce qui crée un effet d'aubaine.

Ce dispositif n'améliore en rien la situation de l'emploi, car, contrairement à ce qu'a affirmé le rapporteur général lors de la première lecture, la France connaît toujours aujourd'hui un chômage de masse. Permettez-nous d'adopter un regard critique sur des évaluations de politiques publiques faites par des organismes comme France stratégie, dont l'objectivité laisse à désirer. Permettez-nous aussi de douter des évaluations présentées par cette institution au regard de la réalité du chômage dans notre pays depuis une trentaine d'années. Le dispositif Fillon et les politiques d'allègement de cotisations successives n'ont rien révolutionné, puisque le taux de chômage était de 8,9 % en 2004, contre 8,7 % en 2018, et qu'il a même dépassé 10 % entre 2013 et 2016. Comme chacun peut le constater, de telles mesures n'ont aucun effet positif et pérenne sur l'emploi.

Monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, nous ne pouvons plus accompagner les entreprises dans leur chantage à l'emploi, qui prive les travailleurs et travailleuses de ce pays de conditions de travail et de vie dignes, ainsi que d'une protection sociale de qualité !

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 189 ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Comme en première lecture, la commission est défavorable à cet amendement, dont l'adoption alourdirait le coût du travail de 52 milliards d'euros.

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

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Sur l'amendement n° 189, l'avis est défavorable. Nous avons déjà eu ce débat sur l'opportunité des allègements généraux de cotisations patronales. Je salue la constance de la position de principe du groupe CRCE sur les « réductions Fillon », le CICE ou le renforcement des allègements de cotisations.

L'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 14 est également défavorable. Nous avons, sur ce point, eu un débat presque ontologique avec M. le rapporteur général en première lecture. Nous considérons qu'il s'agit ici d'une disposition miroir d'une disposition de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018. Cela justifie, de notre point de vue, son inscription dans ce PLFSS. C'est un point de désaccord entre nous, mais je ne renonce pas à vous convaincre, monsieur le rapporteur, y compris dans la perspective des débats du printemps !

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Nous avons déjà exprimé, en plusieurs occasions, la crainte qu'inspire aux membres de notre groupe la mise en application de la réforme de l'assurance chômage. Elle accentuera la précarité de la situation de centaines de milliers de personnes.

J'avais cru comprendre que ce bonus-malus venait en – très faible – contrepartie des dispositions qui concernent les personnes en situation de chômage, en sanctionnant les entreprises qui multiplient de façon abusive les contrats courts.

Je ne suis pas favorable à la suppression des dispositions qui mettent en place un malus pour ces entreprises.

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

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 189 n'a plus d'objet.

Je mets aux voix l'article 8, modifié.

(L'article 8 est adopté.)

Article 8 bis

- ① L'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ② 1° Le 6° ter est ainsi modifié :
- ③ a) Après la mention : « 6° ter », est insérée la mention : « a) » ;
- ④ b) Il est ajouté un b ainsi rédigé :
- ⑤ « b) Salariés des filiales créées après le 31 décembre 2019, par les filiales de coopératives agricoles mentionnées au a du présent 6° ter et par l'ensemble de leurs filiales successives, à la condition que ces filiales se situent dans leur champ d'activité et que lesdits sociétés et groupements détiennent plus de 50 % du capital de ces filiales ; »
- ⑥ 2° Après le 15°, il est inséré un 16° ainsi rédigé :
- ⑦ « 16° Par dérogation au 31° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, les salariés définis au présent article au titre des sommes ou avantages mentionnés au premier alinéa de l'article L. 242-1-4 du code de la sécurité sociale et attribués en contrepartie d'une activité accomplie dans l'intérêt d'une tierce personne n'ayant pas à leur égard la qualité d'employeur et dont les salariés sont affiliés au régime mentionné au premier alinéa du présent article. » – (Adopté.)

Article 8 ter

- ① I. – L'article L. 613-11 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « ainsi qu'aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale dues par les personnes au titre des activités accessoires saisonnières qu'elles exercent ».
- ② II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant du I est compensée à due concurrence par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. – (Adopté.)

Article 8 quater

Au 1° du B du III de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « , de la presse » sont supprimés. – (Adopté.)

Article 8 quinquies

À la première phrase du dernier alinéa du B du III de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale, le taux : « 70 % » est remplacé par le taux : « 100 % ».

M. le président. L'amendement n° 158, présenté par M. Lurel, Mme Jasmin, MM. Daudigny, Kanner et Antiste, Mmes Conconne, Féret et Grelet-Certenais, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigalas, MM. Leconte, Montaugé, Sueur et Bérít-Débat, Mmes Blondin et Bonnefoy, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mmes Lepage,

Monier, Perol-Dumont, Prévillie et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

I. – Le dernier alinéa du B du III de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase, le taux : « 70 % » est remplacé par le taux : « 120 % » ;

2° À la seconde phrase, le taux : « 170 % » est remplacé par le taux : « 200 % ».

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

La parole est à M. Victorin Lurel.

M. Victorin Lurel. Le CICE a été remplacé outre-mer par des barèmes – barème simple, barème de compétitivité et barème de compétitivité renforcée – pour les secteurs d'activité éligibles au dispositif Lodéom d'exonération de cotisations sociales patronales. Afin d'éviter la concentration de ces exonérations uniquement sur les bas salaires, l'Assemblée nationale a bien voulu porter le plafond de rémunération ouvrant droit à exonération totale de 1,7 fois le SMIC à 2 fois le SMIC. En cohérence avec la position adoptée par le Sénat en première lecture, nous proposons pour notre part de rehausser le seuil salarial de début de dégressivité à 2,2 fois le SMIC et de porter le point de sortie du régime d'exonération de 2,7 fois le SMIC à 3 fois le SMIC.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission est défavorable à cet amendement, qui a effectivement été adopté par le Sénat en première lecture.

Cependant, l'article 8 quinquies prévoit déjà, pour le régime renforcé de la loi Lodéom pour le développement économique des outre-mer, une exonération des cotisations et contributions patronales pour les rémunérations allant jusqu'à 2,7 fois le SMIC. Une grande majorité des employés sera donc concernée. Porter le plafond de rémunération à 2,2 fois le SMIC et à 3 fois le SMIC pour l'exonération totale a paru excessif à la commission.

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

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Sur proposition du Gouvernement, l'Assemblée nationale a rehaussé le plafond jusqu'à 2 fois le SMIC, comme l'a rappelé M. Lurel. Cela est conforme à l'engagement pris par le Président de la République dans le cadre des travaux menés en faveur des territoires d'outre-mer. Nous considérons qu'il ne serait pas opportun d'aller au-delà. En conséquence, comme en première lecture, et pour les mêmes raisons, l'avis du Gouvernement est défavorable.

M. le président. La parole est à M. Michel Magras, pour explication de vote.

M. Michel Magras. Cet amendement, excellemment défendu par notre collègue Victorin Lurel, avait été déposé par des sénateurs issus de l'ensemble des groupes en première lecture, y compris par moi-même, et avait été adopté.

L'an dernier, le Gouvernement a remplacé neuf points de CICE par six points d'abattement de charges patronales et avait décidé de raboter les exonérations de cotisations sociales

prévues par la Lodéom. Ce rabotage avait concentré les exonérations sur les salaires au niveau du SMIC, rendant tout simplement impossible le maintien de l'emploi dans les collectivités d'outre-mer. Le Sénat s'était bien battu sur la question et avait obtenu que le seuil soit porté à 1,7 fois le SMIC.

Malgré cela, aujourd'hui, les entreprises ultramarines jettent l'éponge les unes après les autres, parce qu'elles ne peuvent pas supporter le poids des charges, augmenté brutalement, ni embaucher de jeunes diplômés, sauf à les rémunérer au niveau du SMIC. J'entends bien ce que dit M. le secrétaire d'État, mais je rappelle que la perte, pour les entreprises ultramarines, avait été évaluée par des simulateurs particulièrement performants à plus de 120 millions d'euros. Le Gouvernement, quant à lui, a reconnu une ponction de 66 millions d'euros, voire de 70 millions d'euros, sur les entreprises ultramarines. Cette contribution est exagérée. Satisfaire notre demande d'un modeste rattrapage n'aura qu'un impact très limité. J'invite donc mes collègues à voter unanimement, comme en première lecture, cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Victorin Lurel, pour explication de vote.

M. Victorin Lurel. Monsieur le secrétaire d'État, avant la mise en place du CICE, le plafond de rémunération pour bénéficiaire du régime d'exonération était de 4,5 fois le SMIC. Il a été ramené à 3,8 fois le SMIC, puis à 3,5 fois le SMIC, enfin à 2,7 fois le SMIC. La perte subie par nos très nombreuses entreprises relevant du barème de compétitivité renforcée s'établit entre 60 millions – selon vos chiffres – et 120 millions d'euros. J'entends bien que les considérations comptables sont importantes, mais je ne crois pas que ce que nous demandons soit exagéré. Le Sénat a adopté cet amendement en première lecture : nous l'appelons à être cohérent et à confirmer ce vote aujourd'hui. C'est une question de compétitivité, mais aussi de justice.

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

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 8 *quinquies* est ainsi rédigé et l'amendement n° 63 n'a plus d'objet.

Article 9

- ① I. – Après le 5° du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 5° *bis* ainsi rédigé :
- ② « 5° *bis* Dans la limite de deux fois le montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code, les indemnités spécifiques de rupture conventionnelle versées aux fonctionnaires, aux personnels affiliés au régime de retraite institué en application du décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004 relatif au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État et aux agents contractuels de droit public en application des I et III de l'article 72 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique.
- ③ « Les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel mentionné à l'article L. 241-3 sont intégralement assujetties. »
- ④ II. – Les indemnités spécifiques de rupture conventionnelle versées aux fonctionnaires, aux personnels affiliés au régime de retraite institué en application du décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004 relatif au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État et aux agents contractuels de droit public en

application des I et III de l'article 72 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique sont exclues, dans la limite de deux fois le montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, de l'assiette des cotisations sociales d'origine légale et réglementaire à la charge de ces agents publics et de leurs employeurs.

- ⑤ Les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel mentionné au même article L. 241-3 sont intégralement assujetties.
- ⑥ III. – L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable aux pertes de recettes résultant de l'application des I et II du présent article.
- ⑦ IV (*nouveau*). – Pour les fonctionnaires mentionnés à l'article 2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, le montant de l'indemnité spécifique de rupture conventionnelle prévue à l'article 72 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique ne peut être supérieur à un montant défini par décret.

M. le président. L'amendement n° 190, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Monsieur le président, je défendrai en même temps l'amendement n° 191.

Nous proposons de supprimer le dispositif d'exonération de cotisations sociales sur l'indemnité spécifique versée en cas de rupture conventionnelle dans la fonction publique. Nous sommes fondamentalement opposés à ce dispositif, en raison tant des conséquences budgétaires qu'il emporte que de son champ d'application.

En 2008, on nous a vendu, si j'ose dire, ce dispositif comme un gage de modernité. Il nous a été dit qu'il apporterait plus de flexibilité pour les entreprises et plus de sécurité pour les salariés. Or c'est tout l'inverse qu'il a produit en réalité : chaque année, des centaines de milliers de salariés rejoignent les rangs des chômeurs, rencontrant alors les plus grandes difficultés pour retourner à l'emploi. À ce propos, je signale que les personnes sans emploi tiennent aujourd'hui une grande manifestation.

La plupart des salariés signant une rupture conventionnelle y sont en fait contraints, soit parce que leur employeur la leur impose, soit parce qu'ils ne sont pas satisfaits de leurs conditions de travail. Selon un rapport du Centre d'études de l'emploi et du travail, seulement un quart des ruptures conventionnelles correspondent à une volonté de mobilité du salarié.

Introduire cette mesure dans la fonction publique a été une très grave erreur, tout comme étendre à celle-ci le dispositif d'exonération de cotisations sociales sur les indemnités de rupture conventionnelle du privé, dont le coût pour la sécurité sociale n'est pas compensé par l'État. Ainsi, la sécurité sociale est doublement perdante : elle perd à la fois le produit des cotisations sociales sur les indemnités de rupture conventionnelle et les cotisations sociales dues au titre d'une relation de travail pérenne.

Vous pouvez constater, monsieur le président, que j'ai défendu deux amendements en un temps record ; le chronomètre ne s'est même pas déclenché ! (*Sourires.*)

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Par cohérence, la commission a émis un avis défavorable sur les deux amendements : elle approuve en effet l'application de l'exonération de cotisations sociales à l'indemnité spécifique de rupture conventionnelle des agents du secteur public.

J'ajoute que l'adoption de l'amendement n° 191 pénaliserait le pouvoir d'achat de certains salariés à un moment délicat de leur vie professionnelle.

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

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Le dispositif de rupture conventionnelle sera ouvert aux agents titulaires de la fonction publique et aux agents contractuels en CDI de la fonction publique à partir du 1^{er} janvier. Le décret qui organise cela a été présenté au Conseil commun de la fonction publique après la première lecture du PLFSS au Sénat. Il a été transmis au Conseil d'État et pourra être publié, je pense, avant la fin de l'année.

Faute de pouvoir le faire dans la loi de transformation de la fonction publique, nous avons inscrit l'exonération de cotisations sociales dans le PLFSS. Le dispositif est complètement identique à celui qui s'applique dans le secteur privé. Le PLF prévoit, quant à lui, l'exonération d'impôt sur cette indemnité spécifique de rupture conventionnelle des agents de la fonction publique, comme pour le secteur privé.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur les deux amendements. En cohérence avec le débat que nous avons eu, à l'article 3, sur la question de la non-compensation, l'avis sera défavorable également sur les trois amendements suivants.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 190.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 191, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéas 1 à 3

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

I. – Le a du 5° du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Cet amendement a déjà été défendu.

L'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Je mets aux voix l'amendement n° 191.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

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

L'amendement n° 15 est présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission.

L'amendement n° 75 rectifié est présenté par Mme N. Delattre, M. Corbisez, Mmes Guillotin et Jouve et M. Requier.

L'amendement n° 133 est présenté par MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigalas, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérit-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mmes Lepage, Monier, Perol-Dumont, Prévile et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 6

Supprimer cet alinéa.

La parole est à M. le rapporteur général, pour présenter l'amendement n° 15.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il s'agit de la suppression de la non-compensation de l'exonération de cotisations et contributions sociales de l'indemnité spécifique de rupture conventionnelle dans la fonction publique. Cet amendement est en pleine cohérence avec la position de la commission sur l'article 3.

M. le président. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour présenter l'amendement n° 75 rectifié.

Mme Véronique Guillotin. Il est défendu.

M. le président. La parole est à Mme Michelle Meunier, pour présenter l'amendement n° 133.

Mme Michelle Meunier. Il est défendu.

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

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 15, 75 rectifié et 133.

(*Les amendements sont adoptés.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 9, modifié.

(*L'article 9 est adopté.*)

Article 9 bis

- ① I. – La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles est supprimée.
- ② II. – Le 9° *ter* de l'article 81 du code général des impôts est ainsi rédigé :
- ③ « 9° *ter* a. La prestation de compensation servie en application des dispositions de l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- ④ « b. Les sommes perçues à titre de dédommagement par les aidants familiaux dans les conditions définies à l'article L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles ; ».
- ⑤ III. – La section 1 du chapitre VI du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :
- ⑥ 1° Au 9° du I de l'article L. 136-1-3, les mots : « à l'exception du » sont remplacés par les mots : « y compris le » ;
- ⑦ 2° Au II *bis* de l'article L. 136-5, les mots : « ainsi que sur le dédommagement mentionné à l'article L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles, » sont supprimés.

- ⑧ IV. – Le présent article est applicable aux revenus perçus ou réalisés à compter du 1^{er} janvier 2019. – (*Adopté.*)

Article 9 *ter*

- ① L'article 1613 *bis* du code général des impôts est ainsi modifié :
- ② 1° Au *b* du I, les références : « modifiés n° 1576/89 du Conseil du 29 mai 1989, n° 1601/91 du Conseil du 10 juin 1991 et n° 1493/99 du Conseil du 17 mai 1999, » sont remplacées par les mots : « (UE) n° 2019/787 du Parlement européen et du Conseil du 17 avril 2019 et (UE) n° 1308/2013 du Parlement européen et du Conseil du 17 décembre 2013, à l'exclusion des produits mentionnés par le règlement (UE) n° 251/2014 du Parlement européen et du Conseil du 26 février 2014, ainsi qu' » ;
- ③ 2° Le II est ainsi rédigé :
- ④ « II. – Le tarif de la taxe mentionnée au I est fixé à :
- ⑤ « 1° 3 € par décilitre d'alcool pur pour les boissons définies à l'article 435 ;
- ⑥ « 2° 11 € par décilitre d'alcool pur pour les autres boissons. »

M. le président. L'amendement n° 232 n'est pas soutenu.

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

L'amendement n° 178, présenté par MM. D. Laurent et Duplomb, Mmes Imbert, N. Delattre et Lassarade, M. Kennel, Mmes Dumas et Lamure, MM. Savary, Bizet et Genest, Mme Chain-Larché, MM. Magras et Cambon, Mmes Bruguière, Primas et Morhet-Richaud, MM. Pointereau, Détraigne, Fouché, Babary et Poniatowski, Mme Gruny, M. Guené, Mme Raimond-Pavero, MM. Panunzi, J.M. Boyer, Cabanel, de Nicolaj, Charon, Longeot, Louault, Brisson, Lefèvre et Longuet, Mmes Troendlé et Férat, M. Vial, Mme Berthet, MM. Grand, Chaize, Pierre, Vaspert, Bouchet, Émorine, Segouin, Huré et Chatillon, Mme Micoulean, MM. Husson, Schmitz, Mandelli et Calvet, Mmes Noël et Renaud-Garabedian, M. Bouloux, Mmes Bories et Perrot, MM. Bonne et Mouiller, Mmes Chauvin, Bonfanti-Dossat et Constant, M. H. Leroy, Mme Loisier et MM. Regnard, B. Fournier, Cuypers et Laménie, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 1, au début

Insérer la mention :

I. –

II. – Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

– Le 1° du I du présent article entre en vigueur le 1^{er} juillet 2020.

La parole est à Mme Corinne Imbert.

Mme Corinne Imbert. Cet amendement, déposé par mon collègue Daniel Laurent, porte sur la fameuse taxe dite « premix », instaurée par la loi du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997, afin de prévenir les risques d'addiction chez les jeunes – objectif de santé publique que je partage !

Il convient de rappeler l'engagement de la profession viticole dans la mise en œuvre d'un plan de filière et de la déclinaison de celui-ci en matière de prévention des consommations nocives d'alcool, ciblant particulièrement les femmes enceintes et les jeunes, en cohérence avec les priorités fixées par le Gouvernement. Cet amendement a simplement pour objet de différer l'entrée en vigueur de la modification de l'assiette de la taxe sur les boissons premix de six mois, à savoir au 1^{er} juillet 2020.

M. le président. Les amendements n°s 39 et 103 rectifié ne sont pas soutenus.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 178 ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'avis de la commission est défavorable. L'amendement vise à reporter au 31 décembre 2020 la date d'entrée en vigueur de la taxe sur les premix. Nous ne sommes pas favorables à un tel report.

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

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Comme en première lecture, le Gouvernement est défavorable à cet amendement. Nous souhaitons accompagner les mesures qui ont été introduites par l'Assemblée nationale. Mme Agnès Buzyn l'avait expliqué de manière bien plus développée lors de la première lecture : l'immense majorité du vin entrant dans la composition des boissons visées n'est pas du vin de qualité ni du vin produit sur le territoire national. Ces boissons font au contraire entrer dans le cycle de consommation des produits concurrents de ceux de nos viticulteurs.

M. le président. La parole est à M. Philippe Mouiller, pour explication de vote.

M. Philippe Mouiller. Dans nos régions viticoles, de nombreux producteurs ont aujourd'hui du mal à écouler leurs stocks. Le report de six mois de l'application de la mesure me semble constituer un bon compromis entre la préservation de la santé publique et les considérations économiques. Cela laissera le temps aux entreprises de s'adapter. Cet amendement me semble équilibré.

M. le président. La parole est à Mme Corinne Imbert, pour explication de vote.

Mme Corinne Imbert. Monsieur le rapporteur général, vous avez fait mention de la date du 31 décembre 2020, qui figurait dans une ancienne version de l'amendement. Nous demandons un décalage de six mois de six mois seulement, jusqu'au 30 juin 2020. Dans ces conditions, j'espère que la commission pourra réviser son avis.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission n'ayant pas été consultée sur cette nouvelle date, je ne peux donner son avis. À titre personnel, j'émet un avis de sagesse.

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote.

Mme Nathalie Goulet. Nous suivrons l'avis de la commission. (*Exclamations amusées.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 178.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 184 rectifié *ter*, présenté par Mme N. Delattre, MM. Buis et D. Laurent, Mme Imbert et MM. Longeot et Lefèvre, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 1

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au b du I, les mots : « Un ou » sont remplacés par les mots « Un mélange de » ;

La parole est à Mme Corinne Imbert.

Mme Corinne Imbert. Cet amendement tend à apporter une précision rédactionnelle dans le code général des impôts, concernant la définition de la notion de premix. Il s'agit d'un mélange de boissons alcooliques avec une boisson non alcoolique ou d'un mélange de boissons alcooliques.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* Cet amendement ne se borne pas à apporter une clarification rédactionnelle : son adoption conduirait à exclure du champ de la taxe sur les premix, définis actuellement comme les boissons constituées d'un ou de plusieurs produits alcooliques et contenant plus de 35 grammes de sucre par litre, les premix à base de vin, contenant ce seul produit alcoolique, éventuellement dilué et auquel on a ajouté du sucre. Ce n'est pas ce que nous souhaitons. La commission a donc émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

M. Olivier Dussopt, *secrétaire d'État.* Même avis, pour les mêmes raisons.

Mme Corinne Imbert. Je retire l'amendement, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 184 rectifié *ter* est retiré.

Je mets aux voix l'article 9 *ter*, modifié.

(L'article 9 *ter* est adopté.)

Article 9 *quater*

- ① Le 1° du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale est complété par un *e* ainsi rédigé :
- ② « *e*) Un pourcentage fixé par décret de la rémunération versée aux personnes mentionnées au 5° de l'article L. 412-8, qui ne peut excéder 40 % de cette rémunération ; ». – (Adopté.)

Article 9 *quinquies*

- ① I. – L'article L. 137-10 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable aux avantages versés au titre du dispositif de cessation anticipée d'activité institué dans la branche professionnelle des ports et de la manutention par l'accord du 15 avril 2011 relatif à la pénibilité et par l'accord du 16 avril 2011 relatif à la cessation anticipée d'activité.
- ② Les sommes correspondant à la part des avantages versés au titre de la cessation anticipée d'activité mentionnée au premier alinéa du présent article financée par des cotisations des employeurs sont assujetties au forfait social prévu à l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale.
- ③ II (*nouveau*). – Le présent article s'applique aux avantages versés à compter du 1^{er} janvier 2020. – (Adopté.)

M. le président. Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à quatorze heures trente-cinq.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à treize heures cinq, est reprise à quatorze heures trente-cinq, sous la présidence de M. Vincent Delahaye.)

PRÉSIDENTE DE M. VINCENT DELAHAYE vice-président

M. le président. La séance est reprise.

Nous poursuivons la discussion en nouvelle lecture du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Chapitre II

SIMPLIFIER ET MODERNISER LES RELATIONS AVEC L'ADMINISTRATION

Article 10

- ① I A (*nouveau*). – Le titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase du premier alinéa l'article L. 724-7, après la référence : « titre II », sont insérés les mots : « , le contrôle de l'application du deuxième alinéa de l'article L. 725-3 du présent code » ;
- ③ 2° À la seconde phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 724-11, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « quatrième » ;
- ④ 3° Après le premier alinéa de l'article L. 725-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Par dérogation à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale, elles sont également chargées du recouvrement des cotisations et des majorations et pénalités de retard dues au titre d'autres régimes obligatoires de protection sociale lorsque la loi les y autorise. »
- ⑥ I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑦ 1° A L'article L. 133-2 est abrogé ;
- ⑧ 1° Le second alinéa de l'article L. 133-3 est ainsi rédigé :
- ⑨ « Ce décret précise également les modalités selon lesquelles les créances de ces organismes sont admises en non-valeur. » ;
- ⑩ 2° Après le II *bis* de l'article L. 133-5-3, il est inséré un II *ter* ainsi rédigé :
- ⑪ « II *ter*. – Les organismes et administrations auxquels sont destinées les données déclarées mettent à disposition des personnes tenues aux obligations mentionnées aux I et II *bis* les informations, déterminées par décret, leur permettant de renseigner leurs déclarations sociales et de s'assurer de la conformité de leur situation à la législation sociale au moyen d'un dispositif unifié. » ;
- ⑫ 3° Après le même article L. 133-5-3, il est inséré un article L. 133-5-3-1 ainsi rédigé :
- ⑬ « Art. L. 133-5-3-1. – Les déclarants sont informés des résultats des vérifications d'exhaustivité, de conformité et de cohérence réalisées par les organismes auxquels sont destinées les données déclarées.

- 14 « En cas de constat d'anomalie résultant de ces vérifications, les déclarants sont tenus d'effectuer les corrections requises. En l'absence de correction par le déclarant, celle-ci peut être réalisée par les organismes auxquels la déclaration a été adressée.
- 15 « Un décret en Conseil d'État détermine les conditions et les modalités d'application du présent article, et notamment la procédure d'échange contradictoire préalable à la correction des déclarations par les organismes mentionnés au deuxième alinéa et les modalités d'organisation garantissant le caractère simple et coordonné des procédures qu'il prévoit. » ;
- 16 4° L'article L. 133-5-4 est ainsi modifié :
- 17 a) Au premier alinéa, les mots : « ou l'inexactitude des données déclarées » sont remplacés par les mots : « , l'inexactitude des données déclarées ou l'absence de correction par le déclarant dans le cas prévu au deuxième alinéa de l'article L. 133-5-3-1 » ;
- 18 b) Au deuxième alinéa, les mots : « est constaté le défaut de déclaration, l'omission ou l'inexactitude » sont remplacés par les mots : « le manquement est constaté » ;
- 19 5° L'article L. 213-1 est ainsi rédigé :
- 20 « *Art. L. 213-1. – I. – Les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales assurent :*
- 21 « 1° Le recouvrement de l'ensemble des cotisations et contributions finançant les régimes de base ou complémentaires de sécurité sociale rendus obligatoires par la loi à la charge des salariés ou assimilés, autres que ceux mentionnés à l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime, et de leurs employeurs, à l'exception des cotisations mentionnées à l'article L. 213-1-1 du présent code ;
- 22 « 2° Le recouvrement des cotisations et contributions finançant les régimes de base ou complémentaires de sécurité sociale rendus obligatoires par la loi dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, à l'exception des cotisations mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1, L. 644-2, L. 645-2, au second alinéa de l'article L. 645-2-1 et à l'article L. 645-3 et des cotisations et contributions mentionnées aux articles L. 652-6, L. 652-7, L. 652-9 et L. 654-2 ;
- 23 « 3° Le recouvrement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1, L. 644-2, L. 645-2, au premier alinéa de l'article L. 645-2-1 et à l'article L. 645-3 dues par les personnes mentionnées à l'article L. 640-1 dans les cas prévus au II de l'article L. 613-7 et à l'article L. 642-4-2 ;
- 24 « 3° *bis* Le recouvrement des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-3, L. 137-10 à L. 137-17 et L. 834-1 du présent code ainsi qu'à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles et aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales dues par les personnes ne relevant pas des régimes de protection sociale agricole ;
- 25 « 3° *ter* Le recouvrement des contributions mentionnées aux articles L. 137-30, L. 138-20, L. 862-4 et L. 862-4-1 du présent code ;
- 26 « 4° Le recouvrement des contributions, versements et cotisations mentionnés aux articles L. 3253-18, L. 5212-9, aux 1° à 3° de l'article L. 5422-9, aux articles L. 5422-11, L. 6131-1 et L. 6331-48 du code du travail ainsi qu'à l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique ;
- 27 « 5° Toute autre activité de recouvrement de cotisations ou contributions qui leur est confiée par la loi ;
- 28 « 6° Le contrôle des cotisations, versements et contributions mentionnés au présent I, sauf pour les éléments dont le contrôle est confié par la loi à un autre organisme ;
- 29 « 7° La mise en œuvre des décisions prises par les instances régionales du conseil mentionné à l'article L. 612-1 dans le domaine de l'action sociale visant à faciliter le règlement des cotisations et contributions sociales.
- 30 « II. – Les unions sont constituées et fonctionnent conformément aux prescriptions de l'article L. 216-1.
- 31 « Un décret détermine les modalités d'organisation administrative et financière de ces unions.
- 32 « Une union de recouvrement peut déléguer à une autre union ses compétences en matière de recouvrement, de contrôle et de contentieux dans des conditions fixées par décret. » ;
- 33 6° Après le même article L. 213-1, il est inséré un article L. 213-1-1 ainsi rédigé :
- 34 « *Art. L. 213-1-1. – Le 1° du I de l'article L. 213-1 n'est pas applicable au recouvrement :*
- 35 « 1° De la cotisation mentionnée au 2° du paragraphe 1^{er} de l'article 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires ;
- 36 « 2° Des cotisations d'assurance vieillesse dues au titre des régimes dont l'ensemble des assurés relève d'un seul employeur ;
- 37 « 3° Des cotisations d'assurance vieillesse dues au titre des régimes, autres que ceux mentionnés au 2° du présent article, comptant moins de 500 employeurs redevables et acquittant globalement moins de 500 millions d'euros de cotisations par an ;
- 38 « 4° Des cotisations et contributions dues par les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 5551-1 du code des transports lorsqu'elles ne sont pas rattachées par leur employeur à un établissement situé en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin. » ;
- 39 7° À l'article L. 213-4, les mots : « aux 2°, 4° et 5° de » sont remplacés par le mot : « à » ;
- 40 8° L'article L. 225-1-1 est ainsi modifié :
- 41 a) Le 3° est abrogé ;
- 42 b) Le 5° est ainsi rédigé :
- 43 « 5° De centraliser l'ensemble des sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.
- 44 « L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement à chaque attributaire des sommes recouvrées qui lui reviennent.

- 45 « Par dérogation au deuxième alinéa du présent 5°, le versement est effectué à hauteur du montant des sommes dues par les redevables, après application d'un taux forfaitaire fixé au regard du risque de non-recouvrement d'une partie de ces sommes :
- 46 « a) Pour les cotisations et contributions sociales mentionnées au 1° du I de l'article L. 213-1, à l'exception de celles affectées aux branches du régime général mentionnées à l'article L. 200-2 ;
- 47 « b) Pour les cotisations mentionnées aux articles L. 5212-9, L. 6131-1 et L. 6331-48 du code du travail.
- 48 « Le troisième alinéa du présent 5° est rendu applicable aux autres cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 213-1 du présent code, à l'exception de celles affectées aux branches du régime général mentionnées à l'article L. 200-2, à des dates fixées par décret en Conseil d'État.
- 49 « Le taux mentionné au troisième alinéa du présent 5° est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget dans la limite du taux mentionné au premier alinéa du B du I de l'article 1641 du code général des impôts ou, pour les cotisations ou contributions dont le recouvrement est transféré aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code à compter du 1^{er} janvier 2020, du taux moyen de non-recouvrement de ces cotisations ou contributions observé l'année précédant celle du transfert de compétence, si ce taux est inférieur.
- 50 « Sans préjudice de l'application des troisième et septième alinéas du présent 5°, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale applique sur les sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 des frais de gestion déterminés dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État.
- 51 « Les modalités selon lesquelles l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale met à disposition des attributaires les informations nécessaires à l'exercice de leurs missions sont définies par décret en Conseil d'État. » ;
- 52 c) Le 5° *bis* est ainsi rédigé :
- 53 « 5° *bis* De recevoir le produit global des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 pour le compte des régimes et des fonds concernés et de le répartir entre ces régimes et ces fonds en application du même article L. 131-8 ; »
- 54 d) Après le 7°, il est inséré un 7° *bis* ainsi rédigé :
- 55 « 7° *bis* De compenser la perte de cotisations effectivement recouvrées résultant, pour l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail, du dispositif de réduction dégressive prévu à l'article L. 241-13 du présent code ; »
- 56 9° La section 1 du chapitre V du titre II du livre II est complétée par un article L. 225-1-5 ainsi rédigé :
- 57 « Art. L. 225-1-5. – I. – Pour l'exercice de sa mission prévue au 7° de l'article L. 225-1-1, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale verse aux régimes mentionnés à l'article L. 921-4 les montants correspondant à la prise en charge après réception des justificatifs nécessaires à leur établissement.
- 58 « II. – Pour l'exercice de sa mission prévue au 7° *bis* de l'article L. 225-1-1, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement des contributions encaissées à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail sans tenir compte de la part de la réduction imputée sur celles-ci.
- 59 « La prise en charge de la part exonérée des cotisations recouvrées en application des *a*, *b*, *d*, *e* et *f* du même article L. 5427-1 et par l'organisme mentionné à l'article L. 133-9 du présent code est centralisée, sur la base des informations transmises par les organismes chargés du recouvrement de ces contributions, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui reverse les montants et notifie les produits correspondants à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail. » ;
- 60 10° L'article L. 225-6 est ainsi rédigé :
- 61 « Art. L. 225-6. – I. – Les charges de gestion administrative de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sont couvertes par les branches du régime général mentionnées à l'article L. 200-2 dans des conditions fixées par arrêté interministériel.
- 62 « II. – Le solde résultant pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale de la prise en charge prévue au 7° *bis* de l'article L. 225-1-1, après prise en compte des recettes qui lui sont attribuées à ce titre, ainsi que des dispositions des troisième et septième alinéas du 5° du même article L. 225-1-1 est affecté aux branches mentionnées à l'article L. 200-2, selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en fonction des soldes prévisionnels de ces branches. Le solde résultant pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale de la prise en charge prévue au 7° de l'article L. 225-1-1, après prise en compte des recettes qui lui sont attribuées à ce titre, est affecté à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2. » ;
- 63 11° L'article L. 243-3 est abrogé ;
- 64 11° *bis* Le II des articles L. 243-6-1 et L. 243-6-2 est abrogé ;
- 65 11° *ter* La seconde phrase du premier alinéa du III de l'article L. 243-6-3 est supprimée ;
- 66 12° Les articles L. 243-6-6 et L. 243-6-7 sont abrogés ;
- 67 13° L'article L. 243-7 est ainsi modifié :
- 68 *aa* (*nouveau*) À la première phrase du premier alinéa, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « dernier » ;
- 69 *ab* (*nouveau*) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « des cotisations destinées au financement des régimes de retraites complémentaires obligatoires mentionnés au chapitre I^{er} du titre II du livre IX pour le compte des institutions gestionnaires de ces régimes, des cotisations et contributions recouvrées pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage par Pôle emploi » et, à la fin, les mots : « et le calcul de la contribution mentionnée à l'article L. 5212-9 du code du travail » sont supprimés ;
- 70 a) Les deux dernières phrases du même deuxième alinéa sont remplacées par une phrase ainsi rédigée : « Le contrôle et le recouvrement des sommes qui en découlent sont soumis, sous les réserves fixées le cas

échéant par décret en Conseil d'État, aux règles, garanties et sanctions applicables pour les cotisations du régime général de sécurité sociale. » ;

- 71 b) Le troisième alinéa est supprimé ;
- 72 14° À la troisième phrase du premier alinéa de l'article L. 382-17, les mots : « le recouvrement des cotisations et » sont supprimés ;
- 73 15° La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 921-2-1 est supprimée.
- 74 II. – Le livre V de la cinquième partie du code des transports est ainsi modifié :
- 75 1° Le III de l'article L. 5542-5 est abrogé ;
- 76 2° À l'article L. 5549-2, les mots : « du III de l'article L. 5542-5 et » sont supprimés ;
- 77 3° L'article L. 5553-16 est abrogé.
- 78 III. – L'article L. 141-10 du code des juridictions financières est ainsi modifié :
- 79 1° À la fin du quatrième alinéa, les mots : « branches et de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « organismes, branches ou activités mentionnés à l'article L.O. 132-2-1 » ;
- 80 2° Le cinquième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ils disposent d'une faculté identique à l'égard des commissaires aux comptes des entités qui gèrent des opérations dont l'examen est nécessaire pour apprécier la régularité, la sincérité et l'image fidèle des comptes des organismes, branches ou activités mentionnés à l'article L.O. 132-2-1 du présent code. »
- 81 IV. – Au deuxième alinéa de l'article L. 43-1 du code des pensions de retraite des marins français du commerce, de pêche ou de plaisance, les mots : « versées à » sont remplacés par les mots : « gérées par ».
- 82 V. – L'article 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires est ainsi modifié :
- 83 1° Le 2° du paragraphe 1^{er} est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle est recouvrée dans les conditions déterminées par décret en Conseil d'État ; »
- 84 2° Le second alinéa du 3° du même paragraphe 1^{er} est ainsi rédigé :
- 85 « Cette cotisation est obligatoirement retenue par les notaires et autres organismes employeurs et versée par eux à l'organisme de recouvrement compétent en même temps que la cotisation mentionnée au 1° ; »
- 86 3° Au paragraphe 2, les mots : « par le décret en Conseil d'État » sont remplacés par les mots : « par voie réglementaire ».
- 87 VI. – À l'avant-dernier alinéa de l'article 65 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et au quatrième alinéa de l'article 53 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, après le mot : « envers », sont insérés les mots : « le régime géré par ».
- 88 VII. – La loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières est ainsi modifiée :
- 89 1° L'article 16 est ainsi modifié :

- 90 a) À la seconde phrase du premier alinéa du I, les mots : « de recouvrer et de contrôler les cotisations, dans les conditions prévues au III, » sont supprimés ;
- 91 b) Le III est abrogé ;
- 92 2° À la troisième phrase du premier alinéa du VI de l'article 18, les mots : « dans les mêmes conditions que les cotisations visées au premier alinéa du III de l'article 16 » sont remplacés par les mots : « selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues au chapitre III du titre III et au chapitre II du titre IV du livre I^{er} ainsi qu'aux chapitres III et IV du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale ».
- 93 VII *bis* (nouveau). – La deuxième phrase du IV de l'article 13 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est complétée par les mots : « et est financée par le fonds mentionné à l'article L. 225-6 du code de la sécurité sociale ».
- 94 VIII. – L'article 26 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 est ainsi modifié :
- 95 1° Le X est abrogé ;
- 96 2° Au premier alinéa du A et au B du XIV, la référence : « , X » est supprimée.
- 97 VIII *bis* (nouveau). – Les caisses de mutualité sociale agricole mentionnées à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime sont chargées du recouvrement des cotisations dues pour la couverture des prestations en nature d'assurance maladie et maternité mentionnées au B du paragraphe 8 de l'article 23 du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des industries électriques et gazières, pour les salariés des sociétés d'intérêt collectif agricole relevant du 6° de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime.
- 98 IX. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020, sous réserve des dispositions suivantes :
- 99 1° A (nouveau) Le VIII *bis* est applicable aux cotisations dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2021 ;
- 100 1° Les 11° *bis*, 11° *ter* et 12° ainsi que les ab et b du 13° du I sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2022 ;
- 101 2° Les 5° et 6° du I, les troisième à septième alinéas du 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale tel qu'il résulte du b du 8° du I, le II de l'article L. 225-6 du même code tel qu'il résulte du 10° du I et le VII sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2022 ;
- 102 3° Par dérogation, les dispositions mentionnées au 2° du présent IX sont applicables :
- 103 a) Pour les périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2020, aux cotisations dues pour la couverture des prestations en nature d'assurance maladie et maternité mentionnées au B du paragraphe 8 de l'article 23 du statut national du personnel des industries électriques et gazières et aux cotisations mentionnées aux articles

L. 5553-1 et L. 5555-1 du code des transports au titre des rémunérations déclarées dans les conditions prévues à l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale ;

104 b) Pour les périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2021, aux cotisations mentionnées aux articles L. 5553-1 et L. 5555-1 du code des transports autres que celles mentionnées au a du présent 3° ;

105 c) Pour les périodes d'activité courant à partir du 1^{er} janvier 2023, aux cotisations d'assurance vieillesse des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière, aux cotisations d'assurance vieillesse des agents non titulaires de la fonction publique, aux cotisations de retraite additionnelle des agents de la fonction publique, aux contributions mentionnées à l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, aux cotisations dues au titre du régime des clercs et employés de notaires et à celles mentionnées à l'article L. 382-17 du code de la sécurité sociale ;

106 4° Les 14° et 15° du I et le V sont applicables aux cotisations dues pour les périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2023 ;

107 5° Le cinquième alinéa de l'article L. 141-10 du code des juridictions financières, dans sa rédaction résultant du III, s'applique aux demandes de renseignements adressées par les membres et personnels de la Cour des comptes, aux commissaires aux comptes des entités autres que les organismes mentionnés à l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale, le fonds mentionné à l'article L. 135-6 du même code et les fédérations mentionnées à l'article L. 921-4 dudit code à compter du 1^{er} octobre 2020 ;

108 6° Chacune des dates d'entrée en vigueur prévues au premier alinéa et aux 1° à 5° du présent IX ainsi qu'au B du III de l'article 37 de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel et, en ce qui concerne le 9° du I du présent article, au A du III de l'article 67 de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 précitée peut être reportée ou avancée par décret pour une ou plusieurs catégories de cotisations ou contributions ou de redevables. Ce report ou cette anticipation ne peuvent excéder deux ans. Le Gouvernement remet au Parlement, préalablement à toute décision de report ou d'anticipation, un rapport en justifiant les raisons.

109 X. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, des dispositions relevant du domaine de la loi complétant les articles L. 133-5-6, L. 133-5-8 et L. 133-5-10 du code de la sécurité sociale en vue d'instaurer un dispositif simplifié pour le recouvrement par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du même code des cotisations dues par les personnes relevant du régime spécial de sécurité sociale des marins, en vue de faciliter l'unification de ce recouvrement.

110 Le projet de loi ratifiant cette ordonnance est déposé au plus tard le dernier jour du troisième mois suivant la publication de l'ordonnance.

M. le président. L'amendement n° 192, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Nous souhaitons, comme lors de la première lecture, supprimer cet article.

Les Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) accomplissent un travail centré sur des objectifs précis, en faisant preuve d'une grande indépendance, notamment à l'égard de l'État.

Nous ne connaissons pas encore les contours de votre future réforme des retraites, mais nous sommes pour notre part opposés à l'instauration d'un système par points, qui conduira à la baisse des pensions de retraite, particulièrement pour les femmes.

Le Premier ministre a annoncé que le projet d'unification des régimes de retraite ferait l'objet d'un projet de loi, devant être déposé au début de 2020. Dès lors, cet article n'a pas sa place dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale. En effet, selon l'étude d'impact, ces « différentes étapes permettront que l'unification du recouvrement des cotisations sociales constitue utilement un acquis pour la mise en œuvre future de la réforme des retraites ».

Vous anticipez donc ici sur le projet de réforme des retraites, dont on n'a pas encore débattu, qui n'est même pas encore consolidé ni connu. C'est pourquoi nous demandons la suppression de cet article.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Par cohérence avec la position de la commission, qui soutient la démarche d'unification du recouvrement des cotisations et contributions sociales prévue par l'article 10, nous sommes défavorables à cet amendement.

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

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Le Gouvernement mène un travail d'unification du recouvrement des cotisations et contributions sociales. Il n'y a pas de volonté de préempter le débat sur les retraites, comme je l'ai souligné en première lecture. L'avis du Gouvernement sur cet amendement est défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 192.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 10.

(L'article 10 est adopté.)

Article 11

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le 35° de l'article L. 311-3 est ainsi modifié :
- ③ a) À la première phrase, les références : « 8° et 9° » sont remplacées par les références : « 6° et 7° » ;
- ④ b) À la dernière phrase, la référence : « 8° de l'article L. 613-1 » est remplacée par la référence : « 6° de l'article L. 611-1 » ;
- ⑤ 2° L'article L. 613-2 est ainsi rédigé :

- 6 « *Art. L. 613-2.* – I. – Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 et ne relevant pas de l'article L. 613-7 ont l'obligation de déclarer par voie dématérialisée les éléments nécessaires au calcul de leurs cotisations et contributions sociales dans le cadre de la souscription de la déclaration prévue à l'article 170 du code général des impôts selon les modalités déterminées au même article 170. Dans les cas où la déclaration mentionnée à l'article 170 du code général des impôts n'est pas souscrite dans les conditions mentionnées à la première phrase du présent alinéa, les travailleurs indépendants sont tenus d'effectuer la déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales par voie dématérialisée auprès des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code.
- 7 « Les organismes de sécurité sociale mentionnés aux mêmes articles L. 213-1 et L. 752-4 reçoivent de l'administration fiscale à leur demande, ou à celle du travailleur indépendant lui-même, les informations nominatives nécessaires au calcul des cotisations et contributions.
- 8 « Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques peut être utilisé pour les échanges prévus au présent I. Les modalités selon lesquelles ces échanges sont réalisés sont déterminées par décret en Conseil d'État.
- 9 « II. – Les travailleurs indépendants mentionnés au premier alinéa du I procèdent par voie dématérialisée au versement des cotisations et contributions sociales.
- 10 « III. – Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales selon les modalités mentionnées à l'article L. 613-8. Ils procèdent par voie dématérialisée au versement de ces cotisations et contributions sociales. » ;
- 11 3° L'article L. 613-5 est abrogé ;
- 12 4° L'article L. 613-8 est ainsi rédigé :
- 13 « *Art. L. 613-8.* – Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 déclarent chaque mois ou chaque trimestre leur chiffre d'affaires ou leurs recettes, y compris lorsque leur montant est nul. » ;
- 14 5° Le dernier alinéa de l'article L. 662-1 est ainsi rédigé :
- 15 « Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dues par les conjoints collaborateurs des travailleurs indépendants sont recouvrées selon les mêmes modalités que celles dues personnellement par les travailleurs indépendants. »
- 16 II. – Après l'article L. 98 B du livre des procédures fiscales, il est inséré un article L. 98 C ainsi rédigé :
- 17 « *Art. L. 98 C.* – Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale communiquent à l'administration fiscale, avant le 30 juin de chaque année, les éléments nécessaires à l'établissement de l'impôt sur le revenu des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 du même code placés sous le régime d'imposition prévu à l'article 151-0 du code général des impôts. Cette communication comporte le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques aux seules fins de la vérification par l'administration fiscale de la fiabilité des éléments d'identification des personnes physiques figurant dans les traitements de données relatives à l'assiette, au contrôle et au recouvrement de l'impôt sur le revenu. Les modalités de réalisation de cette communication sont déterminées par décret en Conseil d'État. »
- 18 III. – Le titre II de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifié :
- 19 1° Au premier alinéa de l'article 28-11, après la référence : « III *bis* », est insérée la référence : « du titre III » ;
- 20 2° Le chapitre V est complété par un article 28-12 ainsi rédigé :
- 21 « *Art. 28-12.* – La section 3 du chapitre III du titre I^{er} du livre VI du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte. » ;
- 22 3° Il est ajouté un chapitre VI ainsi rédigé :
- 23 « *CHAPITRE VI*
- 24 « ***Modalités de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants***
- 25 « *Art. 28-13.* – Pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants au titre de leurs revenus d'activité mentionnés au II de l'article 28-1, il est fait application des règles, modalités, garanties et sanctions prévues par le code de la sécurité sociale et mises en œuvre par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du même code. »
- 26 IV. – Les 2° et 3° du I sont applicables à compter des déclarations transmises en 2021 au titre des revenus de l'année 2020.
- 27 Pour les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 646-1 du code de la sécurité sociale, les articles L. 613-2 et L. 613-5 du même code restent applicables dans leur rédaction antérieure à la présente loi jusqu'à une date fixée par décret, et au plus tard au 1^{er} janvier 2023.
- 28 Le 2° du III s'applique aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} avril 2020 pour les créations d'entreprises intervenues à compter de cette même date. Les travailleurs indépendants ayant débuté leur activité avant cette date peuvent demander jusqu'au 31 mars 2020 l'application de ces dispositions à compter du 1^{er} avril 2020 pour les cotisations et contributions dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2020.
- 29 Le 3° du même III s'applique aux cotisations et contributions dues à compter du 1^{er} janvier 2021.
- 30 V. – Le XVII de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi modifié :
- 31 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
- 32 a) L'année : « 2019 » est remplacée par l'année : « 2020 » ;
- 33 b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « L'expérimentation peut être prolongée par décret dans la limite d'une année. » ;

34 2° L'avant-dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Un rapport intermédiaire est remis au plus tard le 30 septembre 2020. » ;

35 3° Le dernier alinéa est complété par les mots : « ou, le cas échéant, 2020 ».

M. le président. Les amendements n°s 57 rectifié et 58 ne sont pas soutenus.

L'amendement n° 120, présenté par M. Antiste, Mme Jasmin, MM. Todeschini et Lalande, Mme G. Jourda, M. Duran, Mmes Monier et Artigal et M. Temal, est ainsi libellé :

I. - Après l'alinéa 15

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Le même article L. 662-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les travailleurs indépendants mentionnés à l'alinéa précédent, en mesure de justifier les retards de règlement supérieurs à trente jours de la part des collectivités des Antilles-Guyane, ainsi que les conséquences réelles et mesurables sur leur santé financière, peuvent faire valoir leur droit à déroger au versement des cotisations et contributions sociales par voie dématérialisée. »

II. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

– La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article 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.

La parole est à M. Maurice Antiste.

M. Maurice Antiste. On entend systématiser, au travers du PLFSS pour 2020, la dématérialisation de la déclaration et du recouvrement des cotisations et contributions sociales, dans les conditions et délais impartis par les Urssaf. Or, ce faisant, on méconnaît la situation financière des travailleurs indépendants ultramarins, qui, à seuls, représentent près de 90 % du tissu économique des outre-mer.

En effet, du fait des retards de paiement, pourtant régulièrement dénoncés, ces travailleurs indépendants sont très souvent fragilisés, ce qui crée des situations d'inégalité face aux obligations fiscales, sociales et financières.

Leur situation à cet égard n'est pas prise en compte légalement. Il faut le rappeler, dans les départements français d'Amérique (DFA), le délai de paiement se situe nettement au-dessus du délai réglementaire : il est de 97 jours en Martinique, de 75 jours en Guyane et de 90 jours, voire de plus de 100 jours, en Guadeloupe. En outre, ces délais ne cessent de s'allonger, compromettant gravement la survie des activités.

Les mesures prévues en matière de dématérialisation des déclarations et de règlement des cotisations sont donc totalement incompatibles avec la réalité de nos territoires. Cet amendement vise ainsi à corriger des situations d'injustice fiscale et sociale qui touchent les travailleurs indépendants, particulièrement dans les outre-mer, en protégeant ces travailleurs des conséquences dommageables du retard ou du non-respect des délais légaux de règlement par les clients, notamment les collectivités.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. D'une part, la dérogation au paiement des cotisations par voie dématérialisée ne saurait s'analyser comme une autorisation de retard de paiement.

D'autre part, la situation des travailleurs indépendants attendant un paiement d'une collectivité antillaise ou guyanaise ne diffère pas de celle des travailleurs indépendants subissant des retards de paiement de la part de n'importe quel autre client.

Néanmoins, peut-être le Gouvernement pourra-t-il nous éclairer et apporter des éléments de réponse sur les actions qu'il convient de mener pour régler le problème de fond que représentent ces retards de paiement.

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

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

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Nous avons conscience qu'un certain nombre d'entreprises subissent des retards de paiement, notamment dans les territoires ultramarins, en particulier de la part des collectivités locales – j'ai quelques exemples très précis en tête...

Cela étant, s'il faut mener une action pour réduire ces délais de paiement et faire en sorte de normaliser la situation, la dérogation que vous proposez de créer ne nous paraît pas constituer une solution opportune pour résoudre les difficultés rencontrées, d'autant que, d'après nos services, les très petites entreprises des Antilles comme de la Guyane ne rencontrent pas de difficultés particulières pour accéder au marché bancaire.

Le Gouvernement demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, il émettra un avis défavorable, sans que cela remette en cause le travail que nous devons mener sur la question des délais de paiement en général, notamment dans les territoires ultramarins.

M. le président. La parole est à M. Maurice Antiste, pour explication de vote.

M. Maurice Antiste. Vous convenez donc, monsieur le secrétaire d'État, de la légitimité de ma requête.

Je suis prêt à retirer mon amendement dès lors que vous ouvrez une perspective de règlement de ce problème. Dites-moi que la cause n'est pas perdue...

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Pour ne parler que des entreprises d'outre-mer, je peux affirmer qu'un travail est mené, dans le cadre des différentes actions lancées par le ministère des outre-mer, en lien avec le ministère de l'action et des comptes publics.

Pour ce qui concerne, plus précisément, les délais de paiement des entreprises par les collectivités locales et les administrations publiques, nous avons mis en place un certain nombre de contrats d'accompagnement et de redressement, entre le ministère de l'action et des comptes publics, le ministère des outre-mer et le ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales. En effet, qui dit « redressement » dit « trésorerie », et donc « diminution des délais de paiement ».

M. le président. Monsieur Antiste, l'amendement n° 120 est-il maintenu ?

M. Maurice Antiste. Je n'hésiterai donc pas à me recommander de M. le secrétaire d'État pour demander à la ministre des outre-mer de me recevoir... (*Sourires.*)

Je retire mon amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 120 est retiré.

Je mets aux voix l'article 11.

(*L'article 11 est adopté.*)

Article 12

- ① I. – 1. À titre expérimental, les personnes recourant aux services mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail peuvent adhérer, pour des périodes d'activité comprises entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 décembre 2021, à un dispositif les dispensant de faire l'avance d'une part de leurs charges directes couverte par les aides auxquelles elles sont éligibles, dans les conditions et selon les modalités prévues au présent article.
- ② 2. Ce dispositif est ouvert, après acceptation par l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale, aux personnes volontaires mentionnées au 1, domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts et relevant d'une des catégories suivantes :
- ③ a) Particuliers employeurs, y compris lorsqu'ils ont recours à un organisme mentionné au 1° de l'article L. 7232-6 du code du travail dès lors qu'ils procèdent eux-mêmes au versement des cotisations et contributions sociales dues au titre de l'emploi des salariés concernés ;
- ④ b) Particuliers recourant à une entreprise, une association définie au même article L. 7232-6, en dehors de ceux mentionnés au a du présent 2.
- ⑤ 3. Le dispositif mentionné au 1 tient compte des aides et prestations sociales suivantes :
- ⑥ a) Les prestations sociales mentionnées aux articles L. 232-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- ⑦ b) Une aide spécifique dont le montant maximum est égal à 50 % des dépenses effectivement supportées éligibles au crédit d'impôt mentionné à l'article 199 *sexdecies* du code général des impôts, dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret, le cas échéant en fonction de la composition du foyer des personnes concernées. Le montant de l'aide spécifique perçue s'impute sur le montant du crédit d'impôt accordé au titre des dépenses supportées pour des prestations de services mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail dont bénéficie l'intéressé au titre de l'année au cours de laquelle ces dépenses sont réalisées. Le montant de l'aide spécifique perçue n'est pas déduit des dépenses effectivement supportées mentionnées au 3 de l'article 199 *sexdecies* du code général des impôts. Lorsque le montant de l'aide spécifique perçue par un foyer excède celui du crédit d'impôt calculé, l'excédent est régularisé lors de la liquidation de l'impôt. L'acompte prévu à l'article 1665 *bis* du même code est calculé en fonction du montant du crédit d'impôt, après imputation du montant de l'aide spécifique.
- ⑧ 4. Un décret fixe la liste des départements retenus avec leur accord pour participer à l'expérimentation ainsi que les modalités de sa mise en place.
- ⑨ II. – Pour les particuliers mentionnés au a du 2 du I, les aides et prestations mentionnées au 3 du même I sont versées dans les conditions prévues à l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale.
- ⑩ Pour les particuliers mentionnés au b du 2 du I, l'entreprise ou l'association mentionnée au même b informe l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du code de la sécurité sociale dont elle relève des prestations réalisées, de leur nature, de l'identité de leur bénéficiaire et du montant total dû. À moins que le particulier et l'entreprise ou l'association s'accordent pour un paiement effectué selon les modalités mentionnées à l'article L. 133-5-12 du même code, l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 dudit code verse directement au particulier le montant des aides mentionnées au 3 du I du présent article.
- ⑪ III. – Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale conclut des conventions :
- ⑫ 1° Avec la direction générale des finances publiques, pour préciser les modalités d'échange des informations relatives :
- ⑬ a) À la situation fiscale des personnes adhérant au dispositif ;
- ⑭ b) Aux montants versés au titre des prestations sociales et de l'aide spécifique mentionnées au 3 du I du présent article, ainsi que les modalités du remboursement par l'État à l'organisme de l'aide spécifique, postérieurement à la liquidation du crédit d'impôt mentionné à l'article 199 *sexdecies* du code général des impôts auquel les personnes concernées peuvent prétendre ;
- ⑮ 2° Avec les présidents des conseils départementaux participant à l'expérimentation, pour préciser les modalités d'échange des informations relatives aux personnes, aux montants et à la nature des prestations sociales bénéficiant aux personnes mentionnées au 2 du I du présent article ainsi que les modalités de remboursement par le conseil départemental des montants versés pour son compte ;
- ⑯ 3° Avec les entreprises ou associations mentionnées à l'article L. 7232-6 du code du travail participant à l'expérimentation, pour préciser les modalités d'échange d'informations relatives aux particuliers qui ont recours à leurs services, aux prestations de service réalisées et au montant facturé à ces mêmes personnes.
- ⑰ IV. – L'expérimentation est conduite pour une durée de deux ans. Le Gouvernement remet au Parlement, à la fin de cette période d'expérimentation, un rapport d'évaluation portant notamment sur les effets de la contemporanéité du crédit d'impôt mentionné à l'article 199 *sexdecies* du code général des impôts sur la participation financière des bénéficiaires des prestations mentionnées aux articles L. 232-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles, d'une part, et sur les coûts induits par l'application du 2 du I du présent article pour les organismes, entreprises ou associations mentionnées aux a et b du même 2 participant à l'expérimentation, d'autre part. – (*Adopté.*)

Article 13

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 133-4-2 est ainsi modifié :
- ③ a) Le premier alinéa du III est ainsi modifié :
- ④ – les mots : « dans les cas mentionnés au second alinéa du I de l'article L. 243-7-7 » sont remplacés par les mots : « lorsque les faits concernent un mineur soumis à l'obligation scolaire ou une personne vulnérable ou dépendante mentionnés respectivement aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 8224-2 du code du travail » ;
- ⑤ – après la seconde occurrence du mot : « activité », sont insérés les mots : « ou des salariés régulièrement déclarés » ;
- ⑥ b) Il est ajouté un V ainsi rédigé :
- ⑦ « V. – Le III est applicable au donneur d'ordre. » ;
- ⑧ 2° L'article L. 133-4-5 est ainsi modifié :
- ⑨ a) À la seconde phrase du deuxième alinéa, les mots : « aux deuxième et troisième alinéas de » sont remplacés par le mot : « à » ;
- ⑩ b) Le même deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsqu'il est fait application du III du même article L. 133-4-2, pour le calcul de la proportion des réductions et exonérations annulées prévu au second alinéa du même III, les rémunérations des salariés du donneur d'ordre sont substituées à celles des salariés de la personne contrôlée. » ;
- ⑪ 3° La seconde phrase du I de l'article L. 133-5-5 est supprimée ;
- ⑫ 4° Au III de l'article L. 243-6-2, les mots : « À compter du 1^{er} janvier 2019 » et les mots : « d'allègements et de réductions » sont supprimés.
- ⑬ II. – La seconde phrase du II de l'article 23 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 est complétée par les mots : « sur demande expresse du cotisant et sur présentation de justificatifs probants ».
- ⑭ III. – Le 1° du I s'applique à toute annulation de réductions ou d'exonérations de cotisations de sécurité sociale ou de contributions n'ayant pas donné lieu à une décision de justice ayant un caractère irrévocable sur demande expresse du cotisant et sur présentation de justificatifs probants.

M. le président. L'amendement n° 193, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéas 2 à 10

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

...° Le III de l'article L. 133-4-2 est abrogé ;

La parole est à Mme Michelle Gréaume.

Mme Michelle Gréaume. Nous avons dénoncé, en première lecture, l'article 13, qui, en plus de ne pas annuler les exonérations de cotisations, prévoit de moduler les sanctions financières prononcées à l'encontre des

employeurs commettant des infractions de travail dissimulé. Nous avons mis en garde contre le risque que, demain, les sanctions soient adaptées à chaque entreprise.

Le journal *Libération* a confirmé nos craintes, exposant que c'était déjà le cas, puisque Muriel Pénicaud, la ministre du travail, est intervenue directement pour faire sauter une amende infligée à un chef étoilé, alors que les inspecteurs du travail ont constaté à trois reprises que ce restaurateur ne tenait pas le décompte des heures travaillées par son personnel et ne comptabilisait donc pas les heures supplémentaires. Cet employeur aurait dû payer une amende, mais il a écopé d'un simple avertissement, après avoir écrit à la ministre...

L'inspection du travail, c'est impartial ! En cuisine comme ailleurs, en cas de non-respect du code du travail, tout le monde doit être logé à la même enseigne. Or, en l'occurrence, c'est deux poids, deux mesures. Les syndicats d'inspecteurs du travail ont attaqué la décision de leur supérieur devant le tribunal administratif. En attendant la décision du juge administratif, ne généralisons pas, comme le prévoit cet article 13, de telles pratiques.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Par cohérence avec la position qu'elle a exprimée lors de l'examen des deux derniers PLFSS, consistant à soutenir la faculté d'annulation partielle du bénéfice des allègements de cotisations et contributions sociales, la commission a émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Même avis !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 193.

(L'amendement n'est pas adopté.)

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

(L'article 13 est adopté.)

Article 14

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° La section 2 du chapitre 4 *ter* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :
- ③ a) Les trois derniers alinéas de l'article L. 114-10 sont supprimés ;
- ④ b) L'article L. 114-10-1 devient l'article L. 114-10-1-1 ;
- ⑤ c) Il est rétabli un article L. 114-10-1 ainsi rédigé :
- ⑥ « Art. L. 114-10-1. – Les agents chargés du contrôle mentionnés aux articles L. 114-10 et L. 243-7 du présent code ou à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime peuvent mener leurs vérifications et enquêtes pour le compte de plusieurs organismes appartenant éventuellement à différentes branches et différents régimes de la sécurité sociale.
- ⑦ « Les procès-verbaux transmis à un autre organisme de protection sociale font foi à son égard jusqu'à preuve du contraire. Le directeur de cet organisme en tire, le cas échéant, les conséquences, selon les procédures applicables à cet organisme concernant l'attribution des prestations et le recouvrement des cotisations et contributions dont il a la charge. » ;

- ⑧ 2° Le I de l'article L. 133-1 est ainsi modifié :
- ⑨ a) Au premier alinéa, les mots : « l'inspecteur du recouvrement ou » et les mots : « mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;
- ⑩ a bis) (*nouveau*) Au même premier alinéa, après le mot : « remet », sont insérés les mots : « , en vue de la mise en œuvre par l'organisme de recouvrement de la procédure prévue au II, » ;
- ⑪ b) À la dernière phrase du second alinéa, les mots : « l'inspecteur ou par » et, à la fin, les mots : « mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;
- ⑫ 3° À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 243-7, le mot : « inspecteurs » est remplacé par les mots : « agents chargés du contrôle » ;
- ⑬ 4° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 243-7-6, les mots : « l'employeur » sont remplacés par les mots : « le cotisant » ;
- ⑭ 5° À l'article L. 243-11, le mot : « employeurs » est remplacé par le mot : « cotisants » ;
- ⑮ 6° Le deuxième alinéa de l'article L. 243-15 est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'entreprise de travail temporaire doit également justifier de l'obtention de la garantie financière prévue à l'article L. 1251-49 du code du travail. » ;
- ⑯ 7° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 862-5 est ainsi rédigée : « Sous réserve des dispositions du présent chapitre, la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général. »
- ⑰ II. – Au premier alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « ainsi que selon les dispositions de la sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre II du même code ».
- ⑱ III. – À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 1251-47 du code du travail, après la première occurrence du mot : « travail », sont insérés les mots : « ou par l'agent de contrôle de l'organisme de recouvrement mentionné aux articles L. 213-1 ou L. 752-1 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime ».
- ⑲ IV (*nouveau*). – Le a bis du 2° du I du présent article s'applique aux contrôles engagés à compter du 1^{er} janvier 2020.

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

Mme Laurence Cohen. L'article 14 vise à simplifier le travail des agents impliqués dans la lutte contre la fraude, notamment au détachement, en particulier dans le monde agricole.

Selon le rapport public annuel de 2019 de la Cour des comptes, le détachement au titre de l'intérim représente 21,9 % du total de l'emploi dans l'agriculture. Au total, 516 000 salariés détachés ont été déclarés en 2017, ce qui fait de la France le deuxième pays d'accueil et le quatrième pays d'envoi de travailleurs détachés, selon les statistiques européennes.

Les travailleurs détachés dans notre pays sont majoritairement des ressortissants portugais, polonais, allemands, français, belges, espagnols, italiens et roumains. Ces huit nationalités représentent près de 70 % du flux de la main-d'œuvre détachée en France. Je voulais apporter ces précisions pour dissiper tout phantasme...

Je concentrerai mon propos sur le sentiment de ras-le-bol, l'amertume, la déception éprouvés par les agents des services de contrôle face à cette fraude. En effet, récemment, trois procédures judiciaires engagées contre des entreprises étrangères pour travail dissimulé se sont soldées par des relaxes, au grand dam de l'inspection du travail. Ces décisions judiciaires sont mal vécues par les services de contrôle : ces derniers voient leurs investigations réduites à néant et, de surcroît, ils ont l'impression que les règles de l'Union européenne, récemment consacrées par la Cour de cassation, entravent leur lutte contre le travail illégal.

Au travers de cette intervention, nous avons voulu appeler votre attention, madame, monsieur les secrétaires d'État, sur le travail difficile des inspecteurs du travail, les moyens financiers et humains des services de contrôle ayant été de surcroît réduits.

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

Mme Nathalie Goulet. Je veux appuyer les propos de Mme Cohen.

Dans le cadre de la mission sur la fraude sociale que nous ont confiée le Premier ministre, le ministre de l'action et des comptes publics et la ministre des solidarités et de la santé, Carole Grandjean et moi-même nous sommes penchées sur la question de la poursuite des fraudeurs. On observe un delta gigantesque entre l'action des agents de terrain et le suivi de ces procédures. Nos tribunaux ne sont pas en état de poursuivre les contrevenants, d'où un sentiment d'impunité intolérable chez des gens dont les agissements créent des ruptures d'égalité et des distorsions de concurrence dans nos territoires.

Nous faisons, dans notre rapport, un certain nombre de propositions à ce sujet. Mme Cohen soulève un point extrêmement intéressant et important. Il faudra s'interroger sur les moyens donnés à la justice pour poursuivre les délinquants en matière sociale.

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

(*L'article 14 est adopté.*)

Chapitre III

RÉGULER LE SECTEUR DES PRODUITS DE SANTÉ

Article 15

- ① I. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le chapitre VIII du titre III est complété par une section 4 ainsi rédigée :
- ③ « Section 4
- ④ « *Contribution à la charge des exploitants d'un ou plusieurs produits ou prestations, inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et pris en charge au titre de l'article L. 162-22-7*

- 5 « *Art. L. 138-19-8.* – Lorsque le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4, est supérieur à un montant Z déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, les entreprises exploitant ces produits ou prestations au sens de l'article L. 165-1-1-1 sont assujetties à une contribution.
- 6 « La prise en charge des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7 est subordonnée à l'assujettissement des dépenses remboursées afférentes à ces produits et prestations à la contribution prévue au présent article.
- 7 « *Art. L. 138-19-9.* – L'assiette de la contribution définie à l'article L. 138-19-8 est égale au montant remboursé par l'assurance maladie au titre de l'année civile mentionné au même article L. 138-19-8, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4.
- 8 « La Caisse nationale de l'assurance maladie, pour le compte de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou l'agence en charge des systèmes d'information mentionnés à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique transmettent directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants remboursés mentionnés au premier alinéa du présent article.
- 9 « Le Comité économique des produits de santé transmet directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants des remises mentionnées au même premier alinéa.
- 10 « *Art. L. 138-19-10.* – Le montant total de la contribution est égal à la différence entre le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année civile mentionné à l'article L. 138-19-8, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4, et le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8. La contribution n'est pas due lorsque ce montant est négatif.
- 11 « La contribution due par chaque exploitant redevable est déterminée au prorata du montant remboursé au titre des produits et prestations qu'il exploite, calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-19-9.
- 12 « Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, au cours de l'année civile considérée, au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7.
- 13 « *Art. L. 138-19-11.* – En cas de scission ou de fusion d'une entreprise, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.
- 14 « *Art. L. 138-19-12.* – La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1^{er} juillet suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.
- 15 « Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1, désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1^{er} avril de l'année suivante. Selon des modalités fixées par décret, ces déclarations sont transmises au Comité économique des produits de santé, afin que celui-ci signale le cas échéant les rectifications des données à opérer.
- 16 « *Art. L. 138-19-13.* – Le produit des contributions est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. » ;
- 17 2^o Après l'article L. 165-1-1, il est inséré un article L. 165-1-1-1 ainsi rédigé :
- 18 « *Art. L. 165-1-1-1.* – L'exploitant d'un produit de santé autre qu'un médicament inscrit sur l'une des listes prévues aux articles L. 165-1 ou L. 165-11 ou pris en charge au titre de l'article L. 165-1-1 ou L. 165-1-5 est le fabricant, le mandataire de ce dernier ou un distributeur assurant l'exploitation de ce produit. L'exploitation comprend la commercialisation ou la cession à titre gratuit sur le marché français du produit.
- 19 « Pour chaque produit, l'exploitant est :
- 20 « 1^o Le fabricant ou son mandataire ;
- 21 « 2^o À défaut, le ou les distributeurs qui se fournissent directement auprès du fabricant ou de son mandataire ;
- 22 « 3^o À défaut des 1^o et 2^o, tout distributeur intervenant sur le marché français, à condition que pour chaque produit commercialisé, ce distributeur ne se fournisse pas auprès d'un exploitant de ce produit, directement ou indirectement, ni ne fournisse un autre exploitant, directement ou indirectement.
- 23 « Lorsqu'un distributeur est exploitant au titre des 2^o ou 3^o, il signe un accord de distribution avec le fabricant ou son mandataire. Le contenu minimal de l'accord de distribution est fixé par décret. L'existence d'un exploitant au titre du 1^o exclut pour tout distributeur la possibilité d'être exploitant au titre des 2^o ou 3^o. L'existence d'un exploitant au titre du 2^o exclut pour tout distributeur la possibilité d'être exploitant au titre du 3^o.
- 24 « Lorsque l'exploitant n'est pas le fabricant du produit, il est tenu, ainsi que l'ensemble des exploitants de ce même produit, de déclarer auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le fabricant et toute information permettant l'identification certaine du produit. Ces informations doivent notamment permettre d'identifier l'ensemble des produits similaires vendus par un même fabricant à plusieurs entreprises. Les modalités d'application du présent alinéa sont précisées par décret. »
- 25 II. – Le 1^o du I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020. Pour l'année 2020, le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est égal à 1,03 multiplié par le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année 2019 en France

métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7 dudit code, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4 du même code dues au titre de l'année 2019.

26 III (*nouveau*). – Pour chaque produit concerné, l'obligation fixée au 2° du I pour un distributeur de détenir un accord de distribution avec le fabricant ou son mandataire mentionné à l'article L. 165-1-1-1 du code de la sécurité sociale entre en vigueur à une date fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et, au plus tard, le 1^{er} janvier 2021.

M. le président. La parole est à Mme Michelle Gréaume, sur l'article.

Mme Michelle Gréaume. L'article 15 introduit une clause de sauvegarde, comparable à celle qui existe pour les médicaments, pour les dispositifs médicaux pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation. Il prévoit ainsi un mécanisme de régulation du secteur des dispositifs médicaux innovants, notamment en matière de cardiologie et d'orthopédie.

Nous avons tous en tête le scandale des « *implant files* », révélé voilà juste un an. Les journalistes d'investigation du journal *Le Monde* avaient démontré les défaillances existant dans l'accès des dispositifs médicaux au marché, notamment en ce qui concerne le manque de contrôle et de traçabilité.

Dans le même temps, vous avez décidé de réduire le coût des médicaments à l'hôpital. Pourtant, le dispositif que vous proposez n'a pas vocation à se déclencher ; il s'agit d'un dispositif de dernier ressort, applicable lorsque les négociations n'ont pas permis de limiter suffisamment les dépenses.

Selon nous, l'objectif de diminution des prix des médicaments, qui doit conduire les industriels à réduire leurs marges, ne peut être atteint qu'au moyen de mesures fortes de régulation.

C'était l'une des raisons du dépôt de notre amendement tendant à prévoir la création d'un pôle public du médicament, car c'est seulement en rétablissant une capacité publique de production de médicaments que l'on pourra imposer aux industriels de réduire leurs marges. C'est d'autant plus nécessaire que ces industriels, qui ont bénéficié de moyens publics, *via* le crédit d'impôt recherche, à hauteur de 6,2 milliards d'euros en 2019, font payer deux fois le coût à la collectivité, puisque tant l'assurance maladie que les hôpitaux paient les médicaments au prix fort.

Si nous partageons votre objectif de réduction du coût des médicaments de la liste en sus, madame, monsieur les secrétaires d'État, cette clause de sauvegarde devra, pour que l'on puisse l'atteindre, être rendue beaucoup plus contraignante et incitative pour les industriels du médicament.

M. le président. L'amendement n° 170, présenté par M. Henno et Mmes Guidez, Dindar et C. Fournier, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les produits bénéficiant d'une prise en charge au titre de l'article L. 165-1-5 du présent code, ainsi que ceux présentant, après avis de la Haute Autorité de santé

mentionnée à l'article L. 161-37, un niveau d'amélioration du service attendu innovant, sont exclus du périmètre de l'assiette définie à l'article L. 138-19-8, selon des modalités définies par décret.

La parole est à Mme Jocelyne Guidez.

Mme Jocelyne Guidez. L'article 15 instaure une clause de sauvegarde pour les dispositifs médicaux pris en charge au titre de la liste mentionnée dans cet article.

En cohérence avec les mesures prises par le Gouvernement pour soutenir l'innovation dans le secteur des dispositifs médicaux et afin de ne pas créer de pénurie de dispositifs innovants que les patients réclament, il est proposé que soient exclus du périmètre d'application de la clause de sauvegarde les technologies prometteuses bénéficiant du dispositif d'accès précoce prévu à l'article L. 165-1-5 du code de la sécurité sociale et les produits justifiant d'un niveau d'amélioration du service attendu (ASA) innovant lors de leur évaluation par la Haute Autorité de santé (HAS).

Les dispositifs concernés sont en nombre très limité, mais ils sont nécessaires à une offre de soins de qualité. Dans son rapport de 2018, le Comité économique des produits de santé (CEPS) indique qu'il a instruit les dossiers de seulement onze dispositifs présentant une ASA de niveau II ou de niveau III.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je comprends bien l'intention des auteurs de cet amendement, qui veulent protéger l'innovation en matière de dispositifs médicaux, mais je trouve à leur proposition plusieurs inconvénients.

Tout d'abord, cet amendement vise à exonérer de la clause de sauvegarde les dispositifs médicaux présentant une amélioration de service attendu « innovant », terme qui ne se trouve nulle part dans la typologie de la commission spécialisée de la HAS.

En outre, les dispositifs médicaux ayant bénéficié d'une ASA « importante » ou « majeure » étaient au nombre de trois en 2017 ; la portée de l'amendement me paraît en conséquence plutôt faible.

Enfin, je le signale, l'article 28 *bis* du présent projet de loi prévoit déjà des dispositions spécifiques en matière de dispositifs médicaux innovants, qui s'appliqueront avant l'évaluation, par la HAS, de l'amélioration du service attendu. Cet article permettra à l'exploitant de négocier, avec le ministère, la compensation maximale à laquelle ouvre droit, selon lui, le dispositif, avant l'inscription sur la liste des produits et prestations et, par conséquent, avant l'inclusion dans l'assiette de la clause de sauvegarde.

Pour toutes ces raisons, la commission a émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Même avis !

Mme Jocelyne Guidez. Je retire l'amendement, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 170 est retiré.

L'amendement n° 16, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 15

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

« Art. L. 138-19... – Les exploitants redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-17-5 et L. 165-4, ont conclu avec le comité économique des produits de santé, pour au moins 90 % du *prorata* du montant mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 138-19-10 constaté au cours de l'année civile au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7 qu'ils exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement, sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution.

« Les exploitants signataires d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article sont exonérés de la contribution si la somme des remises versées en application de ces accords est supérieure à 80 % du total des montants dont elles sont redevables au titre de la contribution. À défaut, une entreprise signataire d'un tel accord est exonérée de la contribution si la remise qu'elle verse en application de l'accord est supérieure ou égale à 80 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise à introduire, à côté de la nouvelle clause de sauvegarde des dispositifs médicaux, un mécanisme incitant à la négociation conventionnelle, similaire à celui qui existe pour les médicaments. Il s'agit de permettre aux futurs redevables de la contribution, avant l'établissement de leur créance, de conclure, avec le comité économique des produits de santé, une convention susceptible d'exonérer l'exploitant en cas de versement d'une remise conventionnelle.

Nous proposons également, au travers de cet amendement, de renforcer le caractère incitatif de cette convention en prévoyant un abattement forfaitaire de 20 %, identique à celui qui est pratiqué dans le secteur du médicament.

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

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. La commission souhaite inciter les entreprises à nouer des conventions avec le CEPS, afin de pouvoir être exonérées d'une partie du montant de leur contribution.

Nous sommes défavorables à cette proposition, car sa mise en application reviendrait à pratiquer de façon presque systématique un abattement de 20 % sur la contribution due, puisque la quasi-totalité des produits font déjà l'objet d'une convention. C'est la même raison qui avait conduit à la suppression de l'abattement de 20 % prévu dans le cadre du mécanisme W portant sur la clause de sauvegarde pour le virus de l'hépatite C.

La mise en œuvre du dispositif pourrait même créer, parfois, une forme d'effet d'aubaine. Le Gouvernement a donc émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 171, présenté par M. Henno et Mmes Guidez, C. Fournier et Dindar, est ainsi libellé :

Alinéa 25

1° Première et seconde phrases

Remplacer l'année :

2020

par l'année :

2021

2° Seconde phrase

Remplacer, deux fois, l'année :

2019

par l'année :

2020

La parole est à Mme Jocelyne Guidez.

Mme Jocelyne Guidez. L'article 15 instaure une clause de sauvegarde pour les dispositifs médicaux pris en charge au titre de la liste mentionnée à cet article. Le présent amendement tend à apporter de la sécurité juridique à la mise en œuvre effective de cette taxe.

Pour piloter une mise en œuvre pertinente du dispositif au cours de l'année 2020 et définir tous les bons outils de calcul de cette taxe par le CEPS et les industriels, il est proposé de décaler d'un an le déclenchement de la clause de sauvegarde. Cette année blanche, de transition, ne remettrait pas en cause le dispositif et permettrait à l'administration fiscale, au CEPS et aux entreprises de se préparer.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je comprends la motivation de cet amendement, qui vise à accorder aux exploitants de dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus un délai pour se préparer à l'application de cette nouvelle clause de sauvegarde.

Pour autant, l'amendement de la commission des affaires sociales que nous venons d'adopter laisse la possibilité aux exploitants de négocier des remises conventionnelles jusqu'au 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due. Cela laisse aux exploitants jusqu'au 31 janvier 2021 pour conclure des remises et diminuer leur exposition à la clause de sauvegarde. Cela me paraît être un délai suffisant.

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

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

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Même avis.

Mme Jocelyne Guidez. Je retire l'amendement !

M. le président. L'amendement n° 171 est retiré.

Je mets aux voix l'article 15, modifié.

(L'article 15 est adopté.)

Article 16

Pour l'année 2020, le montant M mentionné au I de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est égal à 1,005 multiplié par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année 2019 en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II du même article L. 138-10 par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale dues au titre de l'année 2019 et de la contribution due au titre de l'année 2019 en application de l'article L. 138-10 du même code. – (Adopté.)

TITRE II

**CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE
FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE****Article 17**

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-8, après le mot : « financières », sont insérés les mots : « et ceux mentionnés à l'article L. 612-5-1 du présent code » ;
- ③ 2° L'article L. 131-7 est ainsi modifié :
- ④ a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ⑤ b) Le dernier alinéa est remplacé par un II ainsi rédigé :
- ⑥ « II. – Le I n'est pas applicable :
- ⑦ « 1° Aux réductions et exonérations prévues au 5° bis du III de l'article L. 136-1-1, au 3 bis de l'article L. 136-8, aux huitième, onzième et douzième alinéas de l'article L. 137-15, aux articles L. 241-6-1, L. 241-13, L. 241-17, au premier alinéa du II de l'article L. 242-1 et aux articles L. 613-1 et L. 621-3 ;
- ⑧ « 2° À la réduction de la contribution mentionnée à l'article L. 137-30 résultant de l'abattement d'assiette prévu à l'article L. 137-2. » ;
- ⑨ 3° L'article L. 131-8 est ainsi modifié :
- ⑩ a) Le 1° est ainsi modifié :
- ⑪ – à la fin du deuxième alinéa, le taux : « 44,97 % » est remplacé par le taux : « 53,37 % » ;
- ⑫ – à la fin du troisième alinéa, le taux : « 35,24 % » est remplacé par le taux : « 27,57 % » ;
- ⑬ – à la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 9,79 % » est remplacé par le taux : « 19,06 % » ;
- ⑭ – le dernier alinéa est supprimé ;
- ⑮ b) Le 3° est ainsi modifié :
- ⑯ – le a est ainsi rédigé :
- ⑰ « a) À la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux de :

- ⑱ « – 0,95 % pour les contributions mentionnées aux 1° du I, au II et au III bis du même article L. 136-8 ;
- ⑲ « – 0,68 % pour la contribution mentionnée au 3° du I dudit article L. 136-8 ; »
- ⑳ – au début du troisième alinéa du b, le taux : « 7,35 % » est remplacé par le taux : « 5,30 % » ;
- ㉑ – à la fin du c, le taux : « 0,30 % » est remplacé par le taux : « 0,22 % » ;
- ㉒ 3° bis Le dernier alinéa de l'article L. 612-5 est ainsi rédigé :
- ㉓ « Un décret précise les modalités d'application du présent article. » ;
- ㉔ 4° Après le même article L. 612-5, il est inséré un article L. 612-5-1 ainsi rédigé :
- ㉕ « Art. L. 612-5-1. – Sans préjudice de l'article L. O. 132-2-1 du code des juridictions financières, les comptes annuels du conseil mentionné à l'article L. 612-1 ainsi que les comptes combinés des régimes mentionnés au 3° du même article L. 612-1 du présent code sont certifiés par la Cour des comptes. Le rapport de certification de ces comptes est transmis au Parlement. » ;
- ㉖ 5° Le dernier alinéa de l'article L. 622-2 est ainsi rédigé :
- ㉗ « Le service des prestations mentionnées au présent article est confié aux organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4 dans des conditions faisant l'objet d'un protocole entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la Caisse nationale de l'assurance maladie approuvé par l'État. Les modalités de financement des coûts afférents sont prévues par décret. » ;
- ㉘ 6° L'article L. 632-2 est ainsi rédigé :
- ㉙ « Art. L. 632-2. – Le service des prestations mentionnées au présent chapitre est confié aux organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4 dans des conditions faisant l'objet d'un protocole entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la Caisse nationale de l'assurance maladie approuvé par l'État. Les modalités de financement des coûts afférents sont prévues par décret. » ;
- ㉚ 7° L'article L. 635-4-1 est ainsi rédigé :
- ㉛ « Art. L. 635-4-1. – Le service des prestations mentionnées au présent chapitre est confié aux organismes mentionnés aux articles L. 215-1 et L. 752-4 dans des conditions faisant l'objet d'un protocole entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la Caisse nationale d'assurance vieillesse approuvé par l'État. Les modalités de financement des coûts afférents sont prévues par décret.
- ㉜ « La Caisse nationale d'assurance vieillesse mène les travaux et études nécessaires à la détermination de la politique de pilotage du régime mentionné à l'article L. 635-1 par le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants. La gestion financière des placements, des biens meubles et immeubles constitutifs des réserves de ce régime, ainsi que la passation des marchés qui en découlent, sont assurées par l'Agence centrale de organismes de sécurité sociale qui dispose à ce titre d'un mandat général pour effectuer les opérations afférentes. Un ou des protocoles entre ces organismes et

le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, approuvés par l'État, précisent les engagements de service et modalités d'information et d'échange liés à ces missions. Les modalités de financement des coûts afférents sont prévues par décret. »

- 33 II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- 34 1° Au 5° de l'article L. 731-2, le taux : « 53,08 % » est remplacé par le taux : « 46,60 % » ;
- 35 2° Au 3° de l'article L. 731-3, le taux : « 40,05 % » est remplacé par le taux : « 39,59 % » ;
- 36 3° Au troisième alinéa de l'article L. 732-58, le taux : « 6,87 % » est remplacé par le taux : « 13,81 % ».
- 37 III. – Au premier alinéa de l'article 4 de la loi n° 89-1008 du 31 décembre 1989 relative au développement des entreprises commerciales et artisanales et à l'amélioration de leur environnement économique, juridique et social, les mots : « à la Caisse nationale du régime sociale des indépendants » sont remplacés par les mots : « à l'Agence de services et de paiement ».
- 38 IV. – Le II *septies* de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est abrogé.
- 39 V. – Par dérogation au I de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, la compensation de l'exonération prévue à l'article 131 de la loi de finances pour 2004 (n° 2003-1311 du 30 décembre 2003) pour l'exercice 2020 est déterminée forfaitairement.
- 40 VI. – Le V de l'article 9 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est ainsi rédigé :
- 41 « V. – Il est attribué au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du code rural et de la pêche maritime une quote-part des droits mentionnés au 5° de l'article L. 731-2 et au 3° de l'article L. 731-3 du même code dont sont attributaires les branches mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 722-8 dudit code. »
- 42 VII. – Le XVI de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi modifié :
- 43 1° Au dernier alinéa du 2°, après le mot : « dissoutes », sont insérés les mots : « et mises, dans des conditions fixées par décret, en liquidation » ;
- 44 2° Le *b* du 4° est ainsi modifié :
- 45 a) Les mots : « Au 1^{er} janvier 2019 » sont remplacés par les mots : « Au 31 décembre 2019 » ;
- 46 b) Les mots : « les disponibilités, capitaux propres, créances » sont remplacés par les mots : « les immobilisations, les disponibilités, les capitaux propres et les créances » ;
- 47 c) Après les mots : « invalidité-décès », sont insérés les mots : « ainsi que les immeubles acquis dans le cadre de la mise en œuvre de l'action sanitaire et sociale » ;
- 48 3° À la première phrase du *c* du même 4°, après le mot : « autres », sont insérés les mots : « biens mobiliers et immobiliers, » ;
- 49 4° Après le même *c*, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

- 50 « Par exception, les actifs informatiques autres que les matériels expressément identifiés à ce titre dans les conventions mentionnées au dernier alinéa du présent 4° sont transférés au 1^{er} janvier 2020 au groupement d'intérêt économique "Système d'information Sécu-Indépendants". Les matériels informatiques mentionnés dans ces conventions sont transférés aux organismes du régime général. » ;
- 51 5° À la fin du dernier alinéa du 4°, après le mot : « soit », sont insérés les mots : « et sont exonérés de la contribution de sécurité immobilière prévue à l'article 879 du code général des impôts ».
- 52 VIII. – Les XVI à XVIII de l'article 26 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 sont abrogés.
- 53 IX. – À compter de l'année 2020, la caisse mentionnée à l'article L. 222-1 du code de la sécurité sociale et le régime institué en application de l'article L. 921-1 du même code compensent au régime spécial de retraite du personnel de la SNCF les pertes de ressources résultant, pour ce régime, de l'arrêt, au 1^{er} janvier 2020, des recrutements au cadre permanent de la SNCF en application de l'article 3 de la loi n° 2018-515 du 27 juin 2018 pour un nouveau pacte ferroviaire.
- 54 Une convention entre ces régimes, approuvée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, détermine les modalités de cette compensation, en tenant compte de l'évolution des ressources et des charges résultant de l'arrêt des recrutements pour chacun des organismes.
- 55 À défaut de signature de cette convention avant le 1^{er} juillet 2020, un décret, publié au plus tard le 31 décembre 2020, détermine les conditions de mise en œuvre par les régimes de la compensation prévue au présent IX.
- 56 X. – À compter du 1^{er} janvier 2021 et jusqu'à la date fixée par le décret mentionné au troisième alinéa du I de l'article 114 de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle, les dépenses de toute nature exposées par la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail et résultant de l'application des chapitres II et III mentionnés à l'article L. 144-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure au 1^{er} janvier 2019 sont prises en charge par l'État.
- 57 XI. – Pour l'année 2020, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie contribue à la réforme du financement des services qui apportent au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, dans la limite de 50 millions d'euros, par des crédits prélevés pour une partie sur ceux mentionnés au *c* de l'article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction résultant de la présente loi, et pour le solde par ses fonds propres. Cette somme est retracée en charges à la section mentionnée au IV de l'article L. 14-10-5 du même code. Les dispositions du présent XI sont précisées par décret.
- 58 XII. – À l'exception du X, le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

M. le président. La parole est à Mme Corinne Féret, sur l'article.

Mme Corinne Féret. J'ai souhaité intervenir à ce moment du débat pour évoquer l'aide à domicile, car je considère que les mesures concrètes prévues par le PLFSS pour les services d'aide à domicile, qui interviennent auprès de personnes âgées ou en situation de handicap, sont totalement insuffisantes au regard des enjeux immédiats, sur lesquels nous nous accordons tous.

Malgré les conclusions du rapport remis en mars dernier par Dominique Libault, qui souligne le rôle essentiel de ces services et chiffre les besoins, malgré le tout récent rapport de l'ancienne ministre Myriam El Khomri, ciblé sur l'attractivité des métiers du grand âge et de l'autonomie, malgré, enfin et surtout, les engagements du Premier ministre, qui déclarait, lors de son discours de politique générale, que « dès le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, nous enclencherons une première étape, avec des mesures favorisant le maintien à domicile », les moyens ne sont pas au rendez-vous.

Ce secteur est à bout de souffle, il ne parvient plus à répondre à l'intégralité des demandes d'accompagnement, faute de personnel. Ainsi, en 2018, une demande sur dix n'a pu être honorée. Ces métiers n'attirent pas, en raison de conditions de travail dégradées – on y enregistre deux fois plus d'accidents du travail que dans le BTP – et de rémunérations trop faibles : treize années d'ancienneté sont nécessaires avant de pouvoir être rémunéré au-dessus du SMIC.

Dans les territoires ruraux, comme ceux du Calvados, c'est un vrai problème ; il est toujours plus difficile de répondre à la détresse de celles et ceux qui perdent leur autonomie et aux inquiétudes de leurs proches.

Les causes de cette situation sont multiples. Les services engagent d'ores et déjà de nombreuses actions pour y remédier, mais le principal levier reste la rémunération, tragiquement basse dans le secteur de l'aide à domicile.

C'est pourquoi il aurait fallu, dès ce PLFSS, prendre une mesure d'urgence pour lutter contre la précarité croissante des salariés et faciliter le recrutement dans ce secteur, en lui redonnant enfin une réelle attractivité.

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

Les trois premiers sont identiques.

L'amendement n° 17 est présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission.

L'amendement n° 78 rectifié est présenté par Mme N. Delattre, M. Corbisez, Mme Costes, M. Dantec, Mmes Guillotin, Jouve et Laborde et M. Requier.

L'amendement n° 134 est présenté par MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigalas, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérít-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mmes Lepage, Monier, Perol-Dumont, Prévillé et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 7

Supprimer les mots :

au 5° bis du III de l'article L. 136-1-1, au 3 bis de l'article L. 136-8, aux huitième, onzième et douzième alinéas de l'article L. 137-15,

La parole est à M. le rapporteur général, pour présenter l'amendement n° 17.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise à rejeter les nouvelles non-compensations par l'État proposées dans le PLFSS. C'est un amendement de cohérence avec les positions adoptées par le Sénat sur l'article 3 du projet de loi.

M. le président. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour présenter l'amendement n° 78 rectifié.

Mme Véronique Guillotin. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n° 134.

M. Yves Daudigny. Il s'agit d'un amendement de cohérence avec l'opposition aux non-compensations que nous avons exprimée ce matin.

M. le président. L'amendement n° 195, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 7

Supprimer les mots :

, au 3 bis de l'article L. 136-8, aux huitième, onzième et douzième alinéas de l'article L. 137-15

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Au-delà de la non-compensation, dont je me réjouis qu'elle soit rejetée par la commission, je souhaite insister sur un élément qui n'a pas encore été évoqué : l'étatisation progressive de la sécurité sociale.

Il suffit d'observer la part du produit de la TVA transférée à la sécurité sociale pour constater la transformation de notre système de protection solidaire. La fiscalisation de la sécurité sociale conduite depuis des années a réduit la part des cotisations sociales dans le financement, ce qui n'est pas sans incidences.

On peut craindre, d'ailleurs, que, d'ici à quelques années, la part des cotisations devienne minoritaire dans le financement de la sécurité sociale, ce qui risque de parachever son étatisation.

L'article 17 soulève bien des questions sur l'avenir de notre système de protection solidaire, notamment sur son mode de financement.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 195 ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement n'est pas tout à fait identique aux trois autres.

Mme Laurence Cohen. Il ne l'est pas du tout !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Dans ces conditions, j'émetts un avis défavorable ! (*Sourires.*)

Mme Laurence Cohen. Ce n'est pas parce qu'il est différent qu'il n'est pas bon !

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

M. Olivier Dussopt, *secrétaire d'État*. Ces amendements rouvrent le débat sur la question des relations financières entre l'État et la sécurité sociale que nous avons eu à l'article 3. L'avis du Gouvernement est défavorable, en cohérence avec les positions exprimées précédemment.

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

M. Bernard Jomier. Je veux ajouter un argument à ceux qu'ont développés par Yves Daudigny et Laurence Cohen pour s'opposer à la non-compensation.

On voit bien que l'État entretient le déficit de la sécurité sociale de façon délibérée. Cela a une incidence sur les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé ou dans le secteur social, qui reçoivent en permanence le message qu'ils coûtent cher à la Nation et qu'ils doivent s'organiser différemment pour faire baisser le déficit. Ce message extrêmement pervers contribue à nourrir le malaise actuel des personnels des Ehpad et des hôpitaux. C'est aussi par de tels mécanismes de non-compensation, qui entretiennent artificiellement le déficit de la sécurité sociale, que la Nation maltraite les professionnels de la santé et du secteur social.

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

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Je veux insister, à la suite notamment de mes collègues Bernard Jomier et Laurence Cohen, sur le changement radical de modèle en cours et sur ses conséquences à moyen et à long terme.

Il faut expliquer à nos citoyens que, selon que l'argent vient de l'État ou de la sécurité sociale, les contribuables ne sont pas les mêmes.

On nous explique que notre modèle est caduc parce qu'il est déficitaire : c'est l'arme de dissuasion massive ! Selon vous, qui êtes favorables à toujours plus de baisses de la dépense publique, il faudrait quasiment supprimer l'État !

Qui profite de l'affaiblissement de la sécurité sociale ? Ce sont les assureurs privés. De fait, plus on donnera le sentiment que notre système ne couvre pas correctement les risques, plus se développeront les systèmes assurantiels individuels privés.

Nous voyons ainsi la situation se dégrader subrepticement et de manière pérenne. On veut nous faire croire que le coût du travail serait la cause de tous nos problèmes et que les cotisations seraient tellement élevées qu'on ne peut même plus compenser les exonérations. En vérité, depuis que l'on baisse le coût du travail, le pays ne fait que perdre en attractivité et sa désindustrialisation est massive. On se trompe de cause ! Ce ne sont pas les cotisations et le coût du travail qui nous plombent.

M. Vincent Segouin. C'est quoi, alors ?

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Ce n'est pas cela ! Sinon, depuis le temps qu'on les réduit, on aurait dû voir notre compétitivité s'améliorer, ce qui n'est pas le cas.

Nous devons, au contraire, augmenter les salaires. De fait, si les cotisations sont basses, c'est d'abord parce que les salaires stagnent. D'ailleurs, l'État prévoit que les salaires n'auront pas augmenté à l'horizon 2030 et que, pour cette raison, les régimes de retraite seront en déficit, d'où la nécessité d'une réforme... La même logique s'applique en permanence !

Enfin, l'égalité salariale entre les hommes et les femmes permettrait de mieux équilibrer nos régimes de protection sociale !

M. le président. La parole est à M. Michel Canevet, pour explication de vote.

M. Michel Canevet. Nous voyons bien que nous sommes arrivés au bout d'un système, à force de relever les cotisations à mesure des besoins. Certes, nous avons tous besoin d'une protection sociale garantie et la plus efficiente possible, mais il est temps de trouver un autre modèle de financement. Pour ma part, j'en ai déjà préconisé un, fondé sur une cotisation sur les paiements scripturaux. (*M. le président de la commission le confirme.*) Il conviendrait de l'étudier.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 17, 78 rectifié et 134.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, l'amendement n^o 195 n'a plus d'objet.

L'amendement n^o 159, présenté par MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigalas, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérit-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mme Lepage, M. Lurel, Mmes Monier, Perol-Dumont, Préville et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

Alinéa 7

Supprimer la référence :

L. 241-17,

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Cet amendement marque notre opposition à la désocialisation et à la défiscalisation des heures supplémentaires.

Est apparue la notion de travailleurs pauvres. L'émergence de cette réalité, dans le monde et dans notre pays, est lourde de conséquences.

À la fin de l'année dernière, lorsque le Gouvernement a souhaité augmenter les revenus, il n'a pas été question de relever les salaires : il a recouru à une prime d'activité. De même, le présent PLFSS prévoit, pour les personnels soignants, une distribution de primes de toute nature, mais pas une augmentation du point d'indice ou des salaires.

Or, si les primes sont évidemment appréciables à court terme, elles n'entrent pas dans le salaire ni dans le calcul des droits à la retraite. Dès lors, ces pis-aller sapent la progression normale des salaires. C'est ce qui explique la position de notre groupe contre la désocialisation et la défiscalisation des heures supplémentaires.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. La commission comprend très bien l'intention des auteurs de cet amendement, qui vise une mesure récente de baisse des recettes motivée par une hausse du pouvoir d'achat.

Dans le même temps, sans remonter aux dérogations passées à la loi Veil, nous exprimons notre refus de nouvelles non-compensations.

En l'espèce, la commission et le Sénat ont approuvé, l'an dernier, cette non-compensation, dans un contexte financier qui, il est vrai, était plus favorable.

Compte tenu de cette contradiction, nous nous en remettons à la sagesse du Sénat.

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

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Monsieur le sénateur Yves Daudigny, vous avez mis à profit la présentation de l'amendement pour rappeler une position de principe sur les heures supplémentaires, position que le Gouvernement ne partage pas.

Votre amendement vise, en réalité, à supprimer le principe de non-compensation du coût de la désocialisation des heures supplémentaires pour le budget de la sécurité sociale. Il renvoie, lui aussi, au débat que nous avons eu, à l'article 3, sur les principes des relations financières entre l'État et la sécurité sociale.

Sans rouvrir ce débat, le Gouvernement exprime un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 159.

(L'amendement n'est pas adopté.)

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

Alinéa 39

Supprimer cet alinéa.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement tend à supprimer le plafonnement de la compensation à la sécurité sociale du coût des exonérations de cotisations sociales propres aux jeunes entreprises innovantes.

Bien évidemment, il ne s'agit pas pour nous de supprimer ces exonérations : il s'agit de faire respecter le principe de leur compensation. Il y va d'environ 26 millions d'euros en prévision. Je suppose que l'arbitrage gouvernemental n'a pas permis au ministre concerné d'obtenir cette somme... Il me paraît en effet absolument illogique que nous ne passions pas par la voie normale. D'après le rapport Charpy-Dubertret, qui constitue la référence du moment pour le Gouvernement, cette exonération ciblée devrait être compensée.

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

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 18.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 17, modifié.

(L'article 17 est adopté.)

Article 18

Est approuvé le montant de 5,1 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

M. le président. La parole est à Mme Monique Lubin, sur l'article.

Mme Monique Lubin. J'évoquerai un sujet patrimonial landais, que j'ai déjà eu l'occasion d'aborder avec vous, monsieur le secrétaire d'État. Mes collègues trouveront peut-être incongru que je le fasse dans le cadre de l'examen d'un PLFSS, texte qui traite de questions aussi sérieuses que la situation des personnels des Ehpad et la souffrance dans les hôpitaux, mais la question que je veux soulever est directement liée à un vote intervenu lors de l'examen du PLFSS pour 2015.

Il s'agit des conséquences, pour la course landaise, de la suppression des assiettes forfaitaires de cotisations votée en 2015. En effet, cette mesure peut amener la disparition de cette part de la culture patrimoniale de mon département.

J'avais déposé des amendements, qui n'ont pu être défendus en première lecture, malgré le soutien de mes collègues de la commission des affaires sociales, que je remercie ; vous savez pour quelle raison, monsieur le secrétaire d'État. En raison de la dure règle de l'entonnoir, je n'ai pu les redéposer pour cette nouvelle lecture.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 prévoyait la prise d'un décret établissant la liste des assiettes forfaitaires qui pourraient perdurer. Ce décret n'a toujours pas paru. Vous est-il possible de faire en sorte qu'il soit publié et que cette liste retienne l'assiette forfaitaire spécifique aux courses landaises telle qu'elle existait en 2015 – et non pas celle que nous avons obtenue dernièrement, *via* un rattachement aux fédérations sportives ?

Je vous remercie de votre écoute, monsieur le ministre. Le sujet, je le répète, peut paraître incongru, mais il me fallait absolument pouvoir l'aborder ! *(Applaudissements sur des travées du groupe UC.)*

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Madame la sénatrice, nous avons eu un échange sur ce sujet voilà une dizaine de jours.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a procédé à une forme de normalisation dans un certain nombre de secteurs, inspirée par une volonté de régulariser certaines activités culturelles ou sportives, que l'on qualifie parfois de « patrimoniales ».

Il était prévu que ces dispositions, votées à la fin de l'année 2014, soient appliquées au 1^{er} janvier 2018. Nous en avons d'ores et déjà reporté l'application, pour les seules courses landaises, de deux exercices – 2019 et 2020. Si rien n'est modifié, le régime s'appliquera à elles au 1^{er} janvier 2020.

Les organisateurs de courses landaises nous ont alertés sur les difficultés que cette application pourrait entraîner. Comme je vous l'ai indiqué, le débat n'a pas eu lieu lors de l'examen du PLFSS à l'Assemblée nationale, pour une raison qui m'échappe. Ma collègue Geneviève Darrieussecq

nous a saisis, Gérald Darmanin, Agnès Buzyn et moi-même, de cette difficulté. Un certain nombre d'élus, dont vous faites partie, ont appelé l'attention du Gouvernement sur ce sujet.

Une première réunion s'est tenue voilà quelques heures au ministère de l'action et des comptes publics avec les différents services concernés. Cette réunion sera suivie d'une autre, à laquelle nous souhaitons associer la fédération qui organise les courses landaises, ainsi que le préfet du département, pour trouver une bonne solution.

Je souhaite rester prudent, mais nous avons, peut-être ou certainement – j'hésite sur le mot à employer –, une solution réglementaire, que vous avez d'ailleurs esquissée.

Il faudra, cependant, rapprocher les chiffres divergents avancés par les uns et par les autres. Au reste, si ces chiffres ne sont pas les mêmes à ce stade, c'est aussi que les organisateurs n'ont pas tous la même taille. Par ailleurs, certains participants prennent part à des courses nombreuses et importantes, tandis que d'autres ont une pratique relevant beaucoup plus de l'amateurisme, plus ponctuelle et très locale ; les implications sont différentes.

Je pense que, dans les prochains jours, nous pourrions trouver une solution pour garantir la viabilité des courses, tout en nous inscrivant dans la voie de la normalisation et de l'encadrement choisie en 2014. Il s'agit de définir les bonnes modalités ; nous y travaillons ! Les conseillers de ma collègue Geneviève Darrieussecq ont été associés à la première réunion préparatoire. J'espère que nous aurons l'occasion de vous rassurer autant que possible dans les prochains jours.

M. le président. L'amendement n° 197, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Michelle Gréaume.

Mme Michelle Gréaume. L'article 18 porte sur les relations entre l'État et la sécurité sociale.

Vous connaissez notre position : nous déplorons l'absence de compensation par l'État des 3 milliards d'euros dépensés l'an dernier en réponse à la crise des « gilets jaunes ».

L'annexe 5, sur 300 pages, fait état des rapports multiples et complexes entre les deux budgets. En 2019 a été décidé, par exemple, l'élargissement des allègements généraux aux cotisations de retraite complémentaire et à celles d'assurance chômage, qui se traduit par une perte de recettes estimée à 8,2 milliards d'euros, devant s'établir à 11 milliards d'euros en 2020. Or le Gouvernement a décidé de réformer le fonctionnement de l'assurance chômage et celui de notre système de retraites, en invoquant la nécessité de prendre des mesures pour rétablir les équilibres financiers...

Monsieur le secrétaire d'État, la source de toutes vos réformes régressives se trouve peut-être dans les allègements et les exonérations de cotisations sociales. Nous demandons, par conséquent, la suppression de l'article 18.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission émet un avis défavorable, en cohérence avec sa recommandation de voter cet article récapitulatif des compensations budgétaires d'exonérations ciblées à la sécurité sociale.

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

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 197.

(L'amendement n'est pas adopté.)

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

(L'article 18 est adopté.)

Article 19 et annexe C

- ① Pour l'année 2020, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

②

<i>(En milliards d'euros)</i>			
	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	220,8	224,1	-3,4
Accidents du travail et maladies professionnelles	15,0	13,6	1,4
Vieillesse	244,1	247,3	-3,2
Famille	51,0	50,3	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	517,1	521,6	-4,5
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	516,1	522,1	-5,9

Contribution sociale généralisée	73,0	0,0	12,3	0,0	84,8	17,1	102,0
Impôts, taxes et autres contributions sociales	62,1	17,5	6,5	0,0	86,1	0,0	86,1
Charges liées au non-recouvrement	-0,5	-0,4	-0,3	-0,2	-1,4	-0,3	-1,7
Transferts	3,0	28,3	0,2	0,0	20,3	0,0	3,7
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres produits	5,0	0,3	0,6	0,4	6,3	0,0	6,3
Recettes	219,2	139,0	51,0	13,5	409,4	16,8	409,6

5 III. – Fonds de solidarité vieillesse

6

<i>(En milliards d'euros)</i>	
Fonds de solidarité vieillesse	
Cotisations effectives	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	0,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0
Contribution sociale généralisée	17,1
Impôts, taxes et autres contributions sociales	0,0
Charges liées au non-recouvrement	-0,3
Transferts	0,0
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Recettes	16,8

M. le président. L'amendement n° 198, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Nous retirons l'amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 198 est retiré.

Je mets aux voix l'ensemble constitué de l'article 19 et de l'annexe C.

(L'article 19 et l'annexe C sont adoptés.)

Article 20

- ① Pour l'année 2020, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général :

2

<i>(En milliards d'euros)</i>			
	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	219,2	222,6	-3,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	12,2	1,4

Vieillesse	139,0	141,7	-2,7
Famille	51,0	50,3	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	409,4	413,5	-4,1
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	409,6	415,1	-5,4

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

Mme Laurence Cohen. Nous nous abstenons.

(L'article 20 est adopté.)

Article 21

- ① I. – Pour l'année 2020, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

- ② II. – Pour l'année 2020, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 16,7 milliards d'euros.

- ③ III. – Pour l'année 2020, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

④

<i>(En milliards d'euros)</i>	
	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

- ⑤ IV. – Pour l'année 2020, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

⑥

<i>(En milliards d'euros)</i>	
	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

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

Mme Laurence Cohen. Nous souhaitons profiter de l'examen de l'article 21 pour évoquer l'endettement, qui permet au Gouvernement de justifier des plans de restructuration drastique dans le domaine de la santé et dans le secteur médico-social.

Nous voulons répéter ici que, comme le déficit, la dette de la sécurité sociale est causée par les politiques d'exonération de cotisations sociales.

En effet, mes chers collègues, si la sécurité sociale s'endette, ce n'est pas parce qu'elle souffre de son mode de fonctionnement. Rappelons que notre système de sécurité sociale repose sur deux piliers : d'un côté, les cotisations des salariés et des employeurs ; de l'autre, les prestations sociales. La sécurité sociale souffre, depuis maintenant des dizaines d'années, de la suppression progressive des cotisations patronales par voie d'exonérations ou d'allègements.

Monsieur, madame les secrétaires d'État, alors qu'il est prouvé qu'elle ne guérit pas du tout les maux de la sécurité sociale et qu'elle tend, au contraire, à les aggraver, vous poursuivez dans cette logique, en faisant glisser le financement des prestations sociales vers la fiscalité, avec la CSG et la CRDS notamment, ce qui a pour conséquence de faire participer tous les contribuables, y compris les plus précaires, à des politiques favorisant les grandes entreprises.

Notre modèle de sécurité sociale souffre également des fraudes patronales, dont le montant s'établit – faut-il le répéter ici ? – entre 6 milliards et 25 milliards d'euros. Ces chiffres émanent non pas du groupe CRCE, mais du dernier rapport annuel des magistrats de la Cour des comptes. Quand on cherche de nouveaux financements, il serait peut-être intéressant de suivre les recommandations de cette institution ; mais, visiblement, vous ne le faites que lorsque cela vous arrange !

Pour que cette question de la dette de la sécurité sociale soit réglée une bonne fois pour toutes, il convient d'en finir avec les politiques d'exonération de cotisations sociales, de s'attaquer aux fraudes patronales ainsi qu'aux niches sociales, lesquelles représentent 90 milliards d'euros, de manière à retrouver les recettes nécessaires au financement des dépenses de la sécurité sociale.

Nous croyons aux vertus pédagogiques de la répétition : depuis le début de la discussion, les membres de mon groupe essaient de réaffirmer, de diverses façons, les principes qui nous semblent fondamentaux.

Avec la crise et les manifestations, le Gouvernement doit vraiment trouver des moyens pour répondre aux besoins et aux urgences.

M. le président. La parole est à M. René-Paul Savary, sur l'article.

M. René-Paul Savary. La position du Gouvernement est assez dramatique!

Que nous enseigne la comparaison des articles de recettes – les articles 18, 19 et 20 – et des articles de dépenses de ce PLFSS? Alors que les dépenses vont continuer à augmenter, les recettes sont volontairement diminuées. À terme, l'effet de ciseaux sera terrible!

Il est grave de préparer une réforme des régimes de retraite sans assurer l'équilibre de la branche vieillesse. Il est également grave de prendre des mesures pour répondre aux difficultés que connaît l'hôpital en ne les finançant que par la dette! Nous avons là la preuve que le déficit est organisé! (*Marques d'approbation sur les travées des groupes Les Républicains et CRCE.*)

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

(*L'article 21 est adopté.*)

Article 22

- ① I. – Sont habilités en 2020 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

②

<i>(En millions d'euros)</i>	
	Encours limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	39 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	4 100
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF - période du 1er au 31 janvier	400
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF - période du 1er février au 31 décembre	150
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	515
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIÉG)	250
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales - période du 1er janvier au 31 août 2020	2 000
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales - période du 1er septembre au 31 décembre 2020	2 700

- ③ II. – Le 3° de l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée: « Ces avances portent intérêt à un taux défini comme la somme d'un taux interbancaire de référence, s'il est positif, adapté à la durée de l'avance accordée et d'une marge fixe qui ne peut excéder 200 points de base. Cette marge fixe peut être majorée dans la limite du double de son niveau lorsque plusieurs avances sont consenties au cours d'une année civile. Les taux de référence, le niveau de marge, les conditions de prise en compte de la réitération des avances ainsi que l'encours maximal des avances octroyées sont prévus par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. »

M. le président. Je mets aux voix l'article 22.

Mme Laurence Cohen. Nous nous abstenons!

(*L'article 22 est adopté.*)

Article 23 et annexe B

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2020 à 2023), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

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

L'amendement n° 135 est présenté par Mme Lubin, MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigalas, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérit-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et

Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mmes Lepage, Monier, Perol-Dumont, Prévaille et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

L'amendement n° 199 est présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Monique Lubin, pour présenter l'amendement n° 135.

Mme Monique Lubin. Je m'en tiendrai là pour ce qui concerne les courses landaises ! Mon intervention de tout à l'heure suffira à me faire entrer dans l'histoire du Sénat... *(Sourires.)*

Le groupe socialiste et républicain s'oppose à l'article 23, qui présente la nouvelle trajectoire pluriannuelle de recettes et de dépenses de la sécurité sociale, en entérinant un déficit de 5,6 milliards d'euros en 2020.

Il nous est demandé d'approuver une trajectoire budgétaire intenable en ce qui concerne les établissements de santé et le financement de la perte d'autonomie. La trajectoire budgétaire jusqu'en 2023 présentée par le Gouvernement va entraîner une augmentation de la pression sur l'hôpital public et les professionnels de santé, ainsi que les usagers. Ce constat reste vrai même après les nouvelles et énièmes annonces du 20 novembre dernier.

Le déficit prévisionnel de la sécurité sociale présenté dans cet article n'a aucun sens économique, car il est imputable à la seule décision du Gouvernement de ne pas compenser à la sécurité sociale la perte de recettes qu'il a lui-même organisée.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour présenter l'amendement n° 199.

Mme Laurence Cohen. L'amendement est défendu, monsieur le président.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission est défavorable à la suppression de cet article, même si elle est loin de partager l'ensemble des orientations qui figurent dans le rapport annexé.

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

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Avis défavorable.

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

Mme Laurence Cohen. Je m'étonne de voir notre collègue René-Paul Savary émettre un vote contradictoire avec sa brillante intervention de tout à l'heure, à laquelle je souscris entièrement. J'en étais à me demander si je n'allais pas lui proposer de rejoindre les travées du groupe CRCE ! *(Sourires.)*

Maintenant, c'est M. le rapporteur général qui émet un avis défavorable sur nos amendements, après s'être déclaré tout à fait d'accord avec nous sur le fond ! Est-ce l'effet de la fatigue ou un manque de logique ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je n'ai pas dit que j'étais d'accord !

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

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Nous sommes tous d'accord, mes chers collègues, pour dire au Gouvernement que, à force de ne pas entendre le Sénat ni d'écouter les mouvements sociaux, il alimente une tension dans le pays qui est extrêmement néfaste et qui peut très mal tourner.

Le Sénat a le devoir de voter en cohérence avec les critiques qu'il formule. Si nous contestons les choix qui sont faits, la trajectoire qui nous est proposée sans poser l'acte du désaccord politique, nous donnons le sentiment de faire nous aussi partie de ceux qui parlent sans agir. Or, sur ce sujet, nous sommes attendus !

Concernant la non-compensation des exonérations de cotisations sociales par l'État, on explique aux salariés qu'ils vont « bénéficier » de l'exonération des cotisations sociales sur les heures supplémentaires, mais, en l'absence de compensation, on leur reprend cet avantage en réduisant les prestations sociales. En refusant le financement des exonérations par l'État, on affaiblit la sécurité sociale, mais on porte aussi un mauvais coup au monde salarié.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La lettre du Premier ministre que j'ai évoquée tout à l'heure explique peut-être la position nuancée de la commission sur le rapport annexé. En effet, le Premier ministre a souhaité apporter deux assurances.

D'une part, comme vous l'avez noté, les transferts de la sécurité sociale vers l'État que nous contestions l'an dernier ont été supprimés dans le PLFSS pour 2020. Dont acte.

D'autre part, le Gouvernement indique n'envisager aucun autre transfert ou non-compensation pour 2021 et 2022. Voilà qui répond en partie à vos interrogations.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Un « tiens » vaut mieux que deux « tu l'auras » !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. J'ai bien dit « en partie », ma chère collègue.

En tout cas, ces deux assurances nous conduisent à faire preuve d'un peu d'indulgence...

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 135 et 199.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

Annexe B

RAPPORT DÉCRIVANT LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DÉPENSES PAR BRANCHE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL, LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET DE DÉPENSES DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES AINSI QUE

L'OBJECTIF NATIONAL DES DÉPENSES
D'ASSURANCE-MALADIE POUR LES
QUATRE ANNÉES À VENIR

- ① La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2020-2023.
- ② Par rapport aux prévisions du PLFSS pour 2019, le solde des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est dégradé, dans le contexte des mesures d'urgence décidées à la fin de l'année 2018, ainsi que du fait d'une situation économique moins favorable qu'anticipée. En conséquence, il est nécessaire de revenir sur les mesures d'accélération du désendettement et de transfert de recettes au budget de l'État qui avaient été décidées l'an dernier, et de décaler la date de retour à l'équilibre tenant compte de ce contexte (I). Cette trajectoire tient compte de l'absence de hausse de prélèvement sur les ménages ou les entreprises, des efforts de maîtrise de la dépense, et du cadre renouvelé des relations financières entre l'État et la sécurité sociale (II). Ces efforts permettront à la branche Famille et la branche Accidents du travail et maladies professionnelles de dégager des excédents dès 2020 d'atteindre l'équilibre en 2023 (III).

- ③ **I. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 tire les conséquences d'une situation économique moins favorable que prévue et des mesures d'urgence économiques et sociales de fin 2018.**
- ④ Pour 2020, le Gouvernement retient des hypothèses de croissance du PIB de 1,3 % en 2020 (après 1,4 % en 2019) et de 2,8 % de la masse salariale privée (après 3,3 % en 2019) ainsi qu'une hypothèse d'inflation hors tabac (1,0 %) stable par rapport à 2019.
- ⑤ Pour les années 2021 à 2023, le Gouvernement retient un scénario de croissance robuste et régulière sur l'ensemble de la trajectoire. L'inflation augmenterait progressivement avec un effet à la hausse sur les salaires nominaux conduisant à une accélération progressive de la masse salariale.
- ⑥ Le Haut Conseil des finances publiques a rendu le 27 septembre 2019 un avis sur ces prévisions macroéconomiques qu'il considère comme atteignables pour 2019 et plausibles pour 2020. Il estime ainsi que les prévisions d'inflation, d'emploi et de masse salariale retenues par le Gouvernement pour 2019 sont cohérentes avec les informations disponibles et raisonnables pour 2020.
- ⑦ Le tableau ci-dessous détaille les principaux éléments retenus pour l'élaboration des prévisions de recettes et objectifs de dépenses décrits dans la présente annexe.

⑧

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
PIB en volume	2,2 %	1,7 %	1,4 %	1,3 %	1,3 %	1,4 %	1,4 %
Masse salariale	3,5 %	3,5 %	3,3 %	2,8 %	3,0 %	3,3 %	3,4 %
Inflation hors tabac	1,0 %	1,6 %	1,0 %	1,0 %	1,3 %	1,6 %	1,8 %
ONDAM	2,2 %	2,2 %	2,5 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %

- ⑨ L'amélioration de la conjoncture économique et la maîtrise des dépenses ont permis une réduction significative des déficits sociaux en 2018 prolongeant la trajectoire positive lors des sept années précédentes.
- ⑩ En 2019 les perspectives de croissance, moins favorables que prévu en raison notamment d'un environnement international moins porteur, reportent le retour à l'équilibre durable de l'ensemble des régimes de base, sans remettre toutefois en cause la stratégie du Gouvernement en matière de redressement des comptes sociaux, ni l'objectif de désendettement de la sécurité sociale.
- ⑪ En effet, le déficit du régime général serait réduit à -0,3 milliard d'euros en 2023. À cette même date, le déficit du fonds de solidarité vieillesse (FSV) ne serait plus que de -0,3 milliard d'euros; le déficit consolidé régime général + FSV atteindrait ainsi +0,1 milliard d'euros. L'équilibre des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement ne serait quant à lui pas atteint à cette même date, en raison de la trajectoire plus dégradée de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités territoriales. En 2023, le déficit global pour l'ensemble des régimes obligatoires atteindrait -1,1 milliard d'euros.
- ⑫ En l'absence de retour à l'équilibre dès 2020 sur le champ du régime général, il n'est par ailleurs plus envisageable de prévoir des transferts de recettes à la CADES et à l'État. Par conséquent, pour les années 2020 à 2022, le PLFSS pour 2020 supprime les dispositions de la LFSS pour 2019 qui avaient prévu l'affectation à la CADES des ressources de CSG (1,6 milliard d'euros en 2019, 1,8 milliard d'euros l'année suivante, et 1,5 milliard d'euros supplémentaires à compter de 2022) destinés à l'apurement de la dette qu'il était envisagé de lui transférer dans une limite de 15 milliards d'euros. Symétriquement, en l'absence d'excédent des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, la loi de finances prévoit la suppression de la réduction à due concurrence de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale.
- ⑬ Le désendettement de la sécurité sociale se poursuivra néanmoins à un rythme élevé. La prévision d'amortissement de dette par la CADES est fixée à 16,7 milliards d'euros, après 16 milliards d'euros prévus en 2019 et 15,4 milliards d'euros constatés en 2018. Fin 2020, la CADES devrait avoir remboursé près de 190 milliards d'euros de dettes depuis sa création, confortant l'objectif de remboursement de la totalité des dettes transférées restantes, soit 105,3 milliards d'euros d'ici

2025. Ces niveaux sont très supérieurs à celui du déficit courant prévu par la loi (-5,6 milliards d'euros sur le champ des ROBSS + FSV en 2020), ce qui permet de constater un désendettement effectif au niveau de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

14 II. – Cette trajectoire s'inscrit dans un cadre de maîtrise de la dépense, d'absence de hausses de prélèvement et de simplification des relations entre l'État et la sécurité sociale.

15 L'année 2019 a été marquée par une importante évolution du financement de la sécurité sociale du fait de la mise en place de la réduction de 6 points de cotisations d'assurance maladie pour les rémunérations inférieures à 2,5 fois le SMIC en substitution du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS). En outre, depuis le 1^{er} octobre (le 1^{er} janvier pour certains secteurs), les allègements généraux de cotisations sociales ont été renforcés au niveau du SMIC afin d'encourager la création d'emploi. Ils portent désormais sur les contributions d'assurance chômage et de retraite complémentaire. Ainsi, au niveau du SMIC, plus aucune cotisation ou contribution sociale, payée habituellement par toutes les entreprises, n'est due, à la seule exception de la cotisation au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles pour la part correspondant à la sinistralité des entreprises. Le PLFSS pour 2020 ne revient pas sur ce schéma.

16 Le PLFSS ne prévoit par ailleurs aucune mesure significative de hausse des cotisations ou contributions dues par les employeurs ou les entreprises. Il est toutefois prévu de limiter l'effet favorable de la déduction forfaitaire spécifique (DFS), abattement d'assiette originellement représentatif des frais professionnels dans certains secteurs, sur la réduction générale de cotisations employeurs qui a été renforcée dans la LFSS 2018 et qui exonère, à compter du 1^{er} octobre 2019, l'employeur de la totalité des cotisations patronales pour l'emploi d'un salarié au SMIC. Cet avantage sera plafonné à compter du 1^{er} janvier 2020 par voie réglementaire à 130 % des allègements généraux de droit commun. Cette mesure permettra de limiter les interférences entre différents dispositifs d'exonérations et se traduira par un effet positif sur les recettes d'environ 0,4 milliard d'euros sans impact sur la rémunération nette des salariés.

17 Le projet de loi de finances prévoit de limiter le bénéfice de l'exonération de cotisations sociales dont bénéficient les micro-entrepreneurs créateurs d'entreprise pour qu'elles n'excèdent pas celles dont bénéficient les autres travailleurs indépendants, et se limitent à une année blanche de cotisations sociales pour la création ou la reprise d'une entreprise. Le coût de cette exonération étant compensé par le budget de l'État, cette mesure n'a pas d'effet direct sur les ressources des branches.

18 Conformément, par ailleurs, aux recommandations du rapport remis au Parlement en 2018 sur les relations financières entre l'État et la sécurité sociale, et à l'exception des suppressions de taxes à faible rendement, les baisses de prélèvements obligatoires décidées depuis 2019 sont supportées par l'État ou la sécurité sociale,

en fonction de l'affectation de ces derniers, sans qu'il soit nécessaire ensuite de procéder à des transferts de compensation dans un sens ou dans l'autre.

19 Aussi, en cohérence avec la LFSS pour 2019, le PLFSS pour 2020 prévoit donc par exception à l'article L.131-7 du code de la sécurité sociale que ne feront pas l'objet d'une compensation budgétaire par l'État les pertes de recettes correspondant à l'exonération de cotisations salariales au titre des heures supplémentaires réalisées du 1^{er} janvier au 31 août 2019 du fait de la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales ainsi que la révision à la baisse du taux de contribution sociale généralisée (CSG) applicable aux retraités ayant un revenu fiscal de référence inférieur à 22 580 € pour une personne seule (34 636 € pour un couple).

20 Les mesures en dépenses porteront l'essentiel de l'effort pour corriger l'évolution des soldes des branches prestataires par rapport à leur évolution tendancielle. En effet, en dehors des dispositions revenant sur les affectations de recettes à l'État et la CADES à compter de 2020 déjà mentionnés, qui sont sans effet du point de vue des redevables de prélèvements sociaux, l'ensemble des mesures nouvelles en recettes n'a un impact positif qu'à hauteur de 0,2 milliard d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

21 L'effort sur la progression des dépenses sera réalisé en particulier sur les dépenses d'assurance maladie entrant dans le champ de l'ONDAM. Par ailleurs, la revalorisation maîtrisée et différenciée des prestations versées par les branches famille et vieillesse limitera la progression des dépenses des branches prestataires en permettant, par rapport à une mesure générale d'indexation sur l'inflation, une économie de 0,5 milliard d'euros à l'échelle de l'ensemble des régimes.

22 III. – D'ici 2023, l'ensemble des branches, à l'exception de l'assurance vieillesse, reviendrait à l'équilibre sur la base des mesures proposées dans le PLFSS 2020.

23 S'agissant de la branche Maladie, depuis 2019, les ressources de la CNAM ont été profondément transformées, du fait de l'affectation d'une fraction supplémentaire de TVA à la CNAM en contrepartie de la suppression de 6 points de cotisations d'assurance maladie pour les salaires inférieurs à 2,5 SMIC. Du fait de cette affectation supplémentaire, la fraction de TVA affectée à la CNAM s'élève à 41,1 milliards d'euros en 2019 et les impôts et taxes représentent désormais 28 % des ressources de la branche.

24 Cette structure des ressources sera peu modifiée en 2020. Les mesures en recettes de la LFSS amélioreront les ressources de la CNAM du fait de la suppression des affectations de recettes à la CADES et à l'État (3,1 milliards d'euros), excédant le coût de la baisse de la CSG sur les revenus de remplacement (1,6 milliard d'euros). Les mesures de limitation des niches sociales, notamment la limitation des allègements généraux dont bénéficient les rémunérations sur lesquelles s'applique la déduction forfaitaire spécifique (DFS) pour frais professionnels permettront un gain de 0,1 milliard d'euros pour la branche Maladie, légèrement compensée par la limitation de la compensation par l'État de l'exonération des jeunes entreprises innovantes (JEI).

- 25 Au global, les mesures en recettes permettront un accroissement de ses ressources de 1,6 milliard d'euros environ à compter de 2020.
- 26 L'objectif national de dépense d'assurance maladie est révisé pour 2020 et sa progression est portée de 2,3 % à 2,45 % pour tirer les conséquences des annonces du Gouvernement pour le réinvestissement de l'hôpital public annoncé par le Premier ministre et la ministre des solidarités et de la santé le 20 novembre 2019. Des financements supplémentaires sont ainsi fléchés sur l'hôpital, à hauteur de 1,5 milliard d'euros sur trois ans, dont 300 millions d'euros supplémentaires dès 2020, soit une révision de l'ONDAM pour 2020, dont la progression est portée de 2,3 % à 2,45 %.
- 27 Ces 300 millions d'euros supplémentaires se traduisent par un relèvement du sous-objectif « Dépenses relatives aux établissements de santé », dont l'évolution s'établira à 2,4 %.
- 28 Les mesures de revalorisation des aides-soignants, décidées en cohérence avec les travaux en cours sur le grand âge et l'autonomie, bénéficieront aux personnels hospitaliers comme à ceux du secteur médico-social, d'où un relèvement, également, du sous-objectif « Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées.
- 29 S'agissant de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles, aucune mesure n'est prévue par le PLFSS pour 2020 pour modifier les ressources de la branche en 2020.
- 30 Le PLFSS pour 2020 permettra à cette branche de réaliser 0,1 milliard d'euros d'économies en dépenses, du fait de la revalorisation différenciée des prestations sociales et de la suppression de la possibilité d'opter pour un versement des rentes en capital.
- 31 Ces mesures permettront à la branche de dégager un excédent de 1,1 milliard d'euros en 2019 et de 1,4 milliard d'euros en 2020, ce niveau de solde étant par la suite conventionnellement stabilisé sur 2021-2023.
- 32 La branche Vieillesse du régime général serait à nouveau déficitaire de 2,1 milliards d'euros en 2019, après trois années en excédent, malgré des dépenses modérées par la revalorisation des pensions limitée à 0,3 %. Ce déficit s'accroîtrait à 2,7 milliards d'euros en 2020. En revanche, l'évolution en 2020 sera favorable en prenant en compte l'amélioration du solde du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) de -2,3 milliards d'euros à -1,4 milliard d'euros. Cette évolution contrastée résulte principalement de la fin du financement du minimum contributif par le fonds.
- 33 Au niveau de l'ensemble des régimes vieillesse de base, en tenant compte du FSV, le solde resterait inchangé en 2020 par rapport à 2019 à -4,6 milliards d'euros.
- 34 Le PLFSS pour 2020 ne prévoit pas de mesure affectant significativement les ressources de la branche Vieillesse, à l'exception de la disposition prévoyant l'absence de compensation à cette branche du coût de l'anticipation au 1^{er} janvier 2019 de l'entrée en vigueur de l'exonération de cotisations sociales au titre des heures supplémentaires, disposition qui n'a pas d'effet au-delà de la seule année 2019. En effet, pour 2020, la LFSS pour 2019 avait déjà prévu de compenser à cette branche le coût de l'exonération des cotisations salariales au titre des heures supplémentaires et complémentaires et de préserver ses recettes. L'assurance vieillesse bénéficiera à ce titre à compter de 2020 de l'affectation de ressources aujourd'hui affectées à la branche Famille à hauteur de 2 milliards d'euros.
- 35 En 2020, ses recettes bénéficieront comme celles de la branche Maladie de l'effet de la réduction du coût de la DFS (voir supra) pour un gain de 0,1 milliard d'euros.
- 36 Les dépenses de la branche évolueront à un rythme supérieur à celui des recettes jusqu'en 2023, en dépit de la mesure de revalorisation différenciée des dépenses de prestations en 2020 dont la branche Vieillesse est la principale bénéficiaire puisque cette disposition permettra une économie en 2020 de 0,3 milliard d'euros pour la branche Vieillesse du régime général et 0,4 milliard d'euros pour l'ensemble des régimes de retraite.
- 37 De 2021 à 2023, le déficit de la branche Vieillesse s'accroîtrait progressivement pour atteindre -6,6 milliards d'euros en fin de période (ROBSS+FSV). L'hypothèse retenue de revalorisation des pensions des régimes de base est à compter de 2021 celle de la prévision d'inflation pour l'ensemble des retraités.
- 38 Pour la branche Famille, en 2020, les recettes seront principalement améliorées sous l'effet de la suppression des affectations de recettes à la CADES et à l'État auxquelles la branche devait contribuer à hauteur de 1,2 milliard d'euros. En contrepartie elles seront réduites, en application des dispositions de la LFSS pour 2019, déjà prises en compte, à hauteur de 2,0 milliards d'euros correspondant au coût pour la branche Vieillesse des exonérations de cotisations salariales sur les rémunérations perçues au titre des heures supplémentaires.
- 39 Les dépenses seront ralenties en 2020 du fait de la revalorisation différenciée et maîtrisée des prestations servies par la branche, qui permettra une économie de 0,1 milliard d'euros après 0,3 milliard d'euros en 2019. Les charges seront en contrepartie accrues par les coûts inhérents au dispositif d'intermédiation des pensions alimentaires ainsi que par la réduction des frais de gestion supportés par l'État au titre des prestations servies pour son compte par la branche (- 0,1 milliard d'euros).
- 40 Le solde de la branche sera positif: 0,7 milliard d'euros en 2020, après 0,8 milliard d'euros en 2019.
- 41 À compter de 2021, l'hypothèse retenue de revalorisation des prestations familiales est celle de la prévision d'inflation. Le solde de la branche serait amélioré sur la période 2021-2023, y compris en tenant compte des rééquilibrages entre branches envisagés et atteindrait 1,6 milliard d'euros en 2023.
- 42 *Prévisions des recettes, dépenses et soldes du régime général, de l'ensemble des régimes de base et du FSV*

Recettes, dépenses et soldes du régime général								
<i>(En milliards d'euros)</i>								
	2016	2017	2018	2019 (p)	2020 (p)	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)
Maladie								
Recettes	194,6	201,3	210,8	214,3	219,2	225,6	232,5	239,7
Dépenses	199,4	206,2	211,5	217,2	222,6	227,6	232,8	237,9
Solde	-4,8	-4,9	-0,7	-3,0	-3,3	-2,0	-0,4	1,8
Accidents du travail et maladies professionnelles								
Recettes	12,6	12,9	12,7	13,2	13,5	13,7	13,9	14,1
Dépenses	11,8	11,7	12,0	12,1	12,2	12,3	12,5	12,7
Solde	0,8	1,1	0,7	1,1	1,4	1,4	1,4	1,4
Famille								
Recettes	48,6	49,8	50,4	51,1	51,0	51,3	52,4	53,5
Dépenses	49,6	50,0	49,9	50,2	50,3	50,4	51,1	51,9
Solde	-1,0	-0,2	0,5	0,8	0,7	0,9	1,3	1,6
Vieillesse								
Recettes	123,7	126,6	133,8	135,5	139,0	142,4	146,5	151,1
Dépenses	122,8	124,8	133,6	137,5	141,7	146,3	151,3	156,2
Solde	0,9	1,8	0,2	-2,1	-2,7	-3,9	-4,8	-5,1
Régime général consolidé								
Recettes	366,6	377,6	394,6	400,9	409,4	419,5	431,5	444,4
Dépenses	370,7	379,8	394,1	403,9	413,5	423,1	434,0	444,7
Solde	-4,1	-2,2	0,5	-3,1	-4,1	-3,6	-2,5	-0,3

44

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base								
<i>(En milliards d'euros)</i>								
	2016	2017	2018	2019 (p)	2020 (p)	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)
Maladie								
Recettes	196,0	203,1	212,3	215,8	220,8	227,2	234,0	241,3
Dépenses	200,7	208,0	213,1	218,8	224,1	229,2	234,4	239,6
Solde	-4,7	-4,9	-0,8	-3,0	-3,4	-2,0	-0,4	1,8
Accidents du travail et maladies professionnelles								
Recettes	14,1	14,4	14,1	14,6	15,0	15,3	15,4	15,6
Dépenses	13,3	13,2	13,4	13,5	13,6	13,9	14,0	14,2
Solde	0,8	1,2	0,7	1,2	1,4	1,4	1,4	1,4
Famille								

Recettes	48,6	49,8	50,4	51,1	51,0	51,3	52,4	53,5
Dépenses	49,6	50,0	49,9	50,2	50,3	50,4	51,1	51,9
Solde	-1,0	-0,2	0,5	0,8	0,7	0,9	1,3	1,6
Vieillesse								
Recettes	228,7	232,7	236,4	239,2	244,1	249,2	255,0	261,4
Dépenses	227,2	230,7	236,5	241,5	247,3	253,6	260,6	267,7
Solde	1,6	2,0	-0,1	-2,3	-3,2	-4,4	-5,7	-6,3
Régimes obligatoires de base consolidés								
Recettes	473,7	486,2	499,7	507,0	517,1	529,0	542,6	557,4
Dépenses	477,0	488,1	499,3	510,3	521,6	533,1	546,0	558,9
Solde	-3,4	-1,9	0,3	-3,3	-4,5	-4,1	-3,3	-1,5

45

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse								
<i>(En milliards d'euros)</i>								
	2016	2017	2018	2019 (p)	2020 (p)	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)
Recettes	16,7	16,6	17,2	16,6	16,8	17,4	17,9	18,5
Dépenses	20,3	19,6	19,0	18,9	18,2	18,3	18,5	18,8
Solde	-3,6	-2,9	-1,8	-2,3	-1,4	-1,0	-0,6	-0,3

46

Recettes, dépenses et soldes du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse								
<i>(En milliards d'euros)</i>								
	2016	2017	2018	2019 (p)	2020 (p)	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)
Recettes	365,0	376,5	394,6	400,2	409,6	420,1	432,4	445,7
Dépenses	372,7	381,6	395,8	405,6	415,1	424,7	435,6	446,3
Solde	-7,8	-5,1	-1,2	-5,4	-5,4	-4,6	-3,1	-0,6

47

Recettes, dépenses et soldes des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse								
<i>(En milliards d'euros)</i>								
	2016	2017	2018	2019 (p)	2020 (p)	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)
Recettes	470,5	483,7	498,4	505,2	516,1	528,4	542,5	557,5
Dépenses	477,5	488,6	499,8	510,7	522,1	533,5	546,4	559,4
Solde	-7,0	-4,8	-1,4	-5,5	-5,9	-5,1	-3,9	-1,8

M. le président. L'amendement n° 238, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Annexe B, alinéa 2, dernière phrase

Rédiger ainsi cette phrase :

Ces efforts permettront aux branches autres que la branche Vieillesse de dégager des excédents : dès 2020 pour les branches Famille et Accidents du travail et maladies professionnelles et en 2023 pour la branche Maladie (III).

La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 238.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'ensemble constitué de l'article 23 et de l'annexe B, modifié.

(L'article 23 et l'annexe B sont adoptés.)

Vote sur l'ensemble de la troisième partie

M. le président. Mes chers collègues, je vais mettre aux voix la troisième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Je vous rappelle que, lorsque le Sénat n'adopte pas les dispositions de cette partie, la quatrième partie du projet de loi est considérée comme rejetée.

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

M. René-Paul Savary. Que les choses soient claires : les positions que j'ai défendues tout à l'heure peuvent conduire soit à mettre fin à la discussion du PLFSS, soit à vouloir tout de même examiner les dépenses. Nos concitoyens attendent, me semble-t-il, de connaître notre point de vue sur les dépenses. Notre choix est donc parfaitement cohérent, quoi que puissent en penser les collègues des travées d'en face qui nous ont adressé des remarques amicales... *(Sourires.)*

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Nous avons beaucoup de points de désaccord sur les recettes du PLFSS, même si des amendements tendant à supprimer des non-compensations envisagées ont été adoptés. Cependant, nous souhaitons pouvoir examiner les dépenses figurant dans la quatrième partie. Le groupe socialiste et républicain s'abstiendra donc sur la troisième partie.

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

Mme Laurence Cohen. Je pense que notre position est claire pour tout le monde. Je vous renvoie aux arguments que nous avons exposés en défendant notre motion tendant à opposer l'exception d'irrecevabilité. Chacun l'aura compris, nous voterons contre la troisième partie.

À mon sens, le Sénat devrait entendre la protestation des personnels de santé et ne pas continuer à examiner un budget qui ne répond absolument pas à la crise aiguë de l'hôpital.

M. le président. Personne ne demande plus la parole?...

Je mets aux voix, modifié, l'ensemble de la troisième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

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 constater le résultat du scrutin.

(Mmes et MM. les secrétaires constatent le résultat du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 51 :

Nombre de votants	340
Nombre de suffrages exprimés	221
Pour l'adoption	205
Contre	16

Le Sénat a adopté.

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2020

TITRE I^{ER}

POURSUIVRE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SOINS

Chapitre I^{er}

RÉFORMER LE FINANCEMENT DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

Article 24 A

- ① L'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa, le mot : « observatoire » est remplacé par le mot : « comité » ;
- ③ 2° Au début de la première phrase du deuxième alinéa et du cinquième alinéa, les mots : « L'observatoire » sont remplacés par les mots : « Le comité » ;
- ④ 3° Le deuxième alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Au sein du comité, un protocole visant notamment à établir, pour des périodes ne pouvant excéder trois années civiles, les trajectoires relatives au montant des ressources pluriannuelles des établissements de santé publics et privés et les engagements réciproques afférents peut être signé entre l'État et les représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés. Le comité est également chargé du suivi et de l'application de ce protocole. » ;
- ⑤ 4° *(nouveau)* Au troisième alinéa et à la seconde phrase du quatrième alinéa, les mots : « l'observatoire » sont remplacés par les mots : « le comité » ;

⑥ 5° (*nouveau*) Au dernier alinéa, les mots : « de l'observatoire » sont remplacés par les mots : « du comité ».

M. le président. L'amendement n° 200, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Marie-Noëlle Lienemann.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. L'article 24 A prévoit une trajectoire pluriannuelle de financement pour les établissements de santé. Une telle mesure est bienvenue : ces établissements réclament depuis longtemps de la visibilité et de la lisibilité. Toutefois, nous nous interrogeons sur la pertinence d'une vision pluriannuelle sans augmentation des moyens. S'il s'agit, comme aujourd'hui, d'annoncer aux hôpitaux qu'ils auront moins de moyens pour les quatre prochaines années, ceux-ci pourront se projeter... dans la déprime et la baisse de la qualité de soins !

Nous demandons donc la suppression de l'article 24 A.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'article 24 A répond à une attente forte des acteurs hospitaliers : disposer d'une plus grande visibilité sur leurs ressources.

Le système actuel crée une incertitude permanente, obérant les capacités des établissements à opérer des choix de moyen terme, comme en matière d'investissements ou pour l'innovation.

Le protocole prévu dans cet article n'empiètera pas sur les prérogatives du Parlement : le vote annuel de l'Ondam restera l'acte décisionnel.

La commission émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 200.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 160, présenté par Mme Jasmin, MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret et Grelet-Certenais, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe, Artigalas et Conconne, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérít-Débat, Mmes Blondin et Bonnefoy, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mme Lepage, M. Lurel, Mmes Monier, Perol-Dumont, Prévillé et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

Alinéa 4

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

À la fin de sa période d'application, le comité procède à l'évaluation du protocole.

La parole est à M. Victorin Lurel.

M. Victorin Lurel. L'article 24 A pose le principe d'un financement pluriannuel, sur une base contractuelle uniquement, des établissements de santé publics et privés, afin d'assurer une stabilité de leurs ressources sur plusieurs années. Cette garantie s'inscrit dans le cadre d'un protocole

signé entre l'État et les représentants de ces établissements, dont le suivi et l'application sont dévolus au comité économique de l'hospitalisation publique et privée. Le risque est que cette garantie ne soit qu'une garantie de moyens insuffisants...

Cet amendement vise donc à prévoir qu'une évaluation du protocole, avec le cas échéant des préconisations pour un nouveau protocole, sera réalisée par le comité à la fin de sa période d'application.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission a décidé de s'en remettre à la sagesse du Sénat sur cet amendement.

Le texte prévoit déjà de confier au comité économique de l'hospitalisation le suivi et l'application du protocole sur la trajectoire pluriannuelle des ressources. La commission ne voit pas d'inconvénient à expliciter le fait qu'il en assurera également l'évaluation.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. L'article 24 A prévoit déjà que le comité est chargé du suivi et de l'application du protocole. La demande est donc déjà satisfaite. C'est pourquoi le Gouvernement demande le retrait de cet amendement. À défaut, l'avis serait défavorable.

M. Victorin Lurel. Je le maintiens.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 160.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à Mme Catherine Deroche, pour explication de vote sur l'article 24 A.

Mme Catherine Deroche. Nous voterons cet article, car il correspond partiellement à une préconisation que René-Paul Savary et moi avons formulée dans notre rapport : un Ondam pluriannuel apportera une plus grande visibilité par rapport aux différents acteurs. Certes, il reste encore du chemin à parcourir...

M. le président. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour explication de vote sur l'article.

Mme Véronique Guillotin. Le groupe RDSE votera cet article. Donner une visibilité pluriannuelle du financement répond à une demande forte des établissements hospitaliers, qu'ils soient privés ou publics.

Mme Laurence Cohen. Ils veulent surtout une augmentation de l'Ondam !

M. le président. Je mets aux voix l'article 24 A.

(*L'article 24 A est adopté.*)

Article 24

① I. – L'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

② « Art. L. 162-23-16. – I. – Les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient pour leur activité de médecine, par dérogation à l'article L. 162-22-6 du présent code, d'une garantie pluriannuelle de financement. Le niveau de cette garantie est déterminé en tenant compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par l'établissement au titre de cette activité, des besoins de santé de la population du territoire, tels que définis par le projet régional de santé et ses déclinaisons territoriales, ainsi que de la qualité de la prise en charge des patients,

sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-23-15. Ces établissements bénéficient du versement d'un complément de recettes issues de leur activité lorsque celles-ci sont supérieures au montant du niveau garanti pour l'année considérée.

- ③ « II. – Les hôpitaux de proximité bénéficient également d'une dotation de responsabilité territoriale dont le montant est déterminé en tenant compte de l'organisation et de la réalisation de leurs missions et de la qualité de prise en charge des patients. Cette dotation a notamment vocation à accompagner la mise en place d'une offre de consultation de spécialités et l'accès à des plateaux techniques d'imagerie, de biologie et des équipements de télésanté ainsi qu'à financer l'indemnité prévue au dernier alinéa de l'article L. 6146-2 du code de la santé publique versée par les hôpitaux de proximité aux professionnels de santé libéraux participant à l'exercice de leurs missions. Cette indemnité peut également être versée aux professionnels de santé libéraux exerçant dans un hôpital de proximité de statut privé relevant de l'article L. 6161-1 du même code.
- ④ « Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. »
- ⑤ II. – À compter de la date d'entrée en vigueur prévue au IV de l'article 35 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, le premier alinéa du II de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑥ 1° À la première phrase, après le mot : « missions », sont insérés les mots : « précisées aux 1° à 4° de l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique » ;
- ⑦ 2° À la deuxième phrase, les mots : « code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « même code ».
- ⑧ III. – L'article L. 6146-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « Les médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral admis, dans les conditions prévues aux deux premiers alinéas du présent article, à participer à l'exercice des missions des hôpitaux de proximité mentionnées à l'article L. 6111-3-1 peuvent être indemnisés à ce titre selon des modalités prévues par voie réglementaire. Cette indemnité s'ajoute aux honoraires mentionnés au premier alinéa du présent article. »
- ⑩ IV. – Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le financement des établissements hospitaliers dans les collectivités territoriales définies à l'article 73 de la Constitution et dans la collectivité de Corse, afin d'évaluer les coefficients géographiques liés aux facteurs spécifiques de ces territoires et les différents modes de financement dont ils font l'objet.

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

Mme Nathalie Goulet. Les hôpitaux de proximité et les groupements hospitaliers de territoires (GHT) situés sur le même territoire qu'un CHU subissent, à l'instar des communes rurales appartenant à la même intercommunalité qu'une grosse commune, de terribles disparités !

À l'hôpital d'Argentan, que j'ai visité cette semaine, on m'a indiqué que le GHT contraint cet hôpital de proximité à se soumettre aux règles des appels d'offres. Ainsi, l'achat de pain, qui s'effectuait auparavant localement, se fait désormais dans le cadre d'un appel d'offres. Résultat, le pain est livré depuis Évreux, il coûte plus cher et il arrive congelé... Ce n'est ni très écologique ni très favorable au commerce de proximité !

Il faudrait que les GHT puissent, à l'instar de ce qui se pratique dans les intercommunalités, négocier avec les hôpitaux de proximité une charte liant les établissements de manière équilibrée en matière de plannings, d'approvisionnements, etc., et prévoyant le cas échéant la possibilité de déroger aux règles des appels d'offres.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Ils ne sont peut-être pas très débrouillards !

Mme Nathalie Goulet. Peut-être... C'est pour cela que je m'exprime en leur nom, monsieur le rapporteur général !

En tout cas, je sollicite Mme la secrétaire d'État pour que nous puissions obtenir de telles chartes dans le cadre des négociations à venir sur les groupements hospitaliers. Privilégions les hôpitaux de proximité !

M. le président. L'amendement n° 201, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Michelle Gréaume.

Mme Michelle Gréaume. Cet amendement vise à supprimer l'article 24, dont le volet budgétaire entérine la mort des hôpitaux de proximité.

Depuis trente ans, beaucoup d'hôpitaux de proximité ont disparu, et votre loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, contre laquelle notre groupe s'est battu, finit d'achever ceux qui restent !

Ce PLFSS conforte encore nos craintes : le financement prévu des hôpitaux de proximité est tout bonnement impropre à les maintenir en état de fonctionnement.

Le Gouvernement peut bien continuer à affirmer le contraire, mais, lors de notre tour de France de plus de 160 hôpitaux, nous avons pu voir comment des établissements existants sont transformés en « hôpitaux de proximité », réduits à l'état de coquilles vides et privés de leurs services essentiels. Le Gouvernement détourne l'expression « hôpitaux de proximité », car il sait que les Françaises et les Français, tout comme de nombreux élus, y sont attachés.

Avec mon groupe et le groupe de la Gauche démocrate et républicaine de l'Assemblée nationale, nous avons déposé une proposition de loi visant à redéfinir les hôpitaux de proximité comme étant des établissements dotés d'un service des urgences, d'une maternité de niveau 1, de services de médecine et de chirurgie, de services de soins de suite et des structures pour les personnes âgées, travaillant en lien avec un réseau de centres de santé et la psychiatrie de secteur.

Si vous voulez répondre efficacement aux revendications des personnels des hôpitaux et des patients, je vous suggère de considérer sérieusement notre proposition de loi, qui répond à leurs attentes de manière exhaustive. Il est clair que

l'Ondam doit être réévalué à 4,5 %, voire à 5 % par an pour investir dans la rénovation des hôpitaux, recruter du personnel soignant et non soignant et augmenter les salaires.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission émet un avis défavorable sur cet amendement de suppression.

En dépit de craintes légitimes, en particulier celle d'un déclassement de certains établissements périphériques, notre commission a soutenu la réforme des hôpitaux de proximité prévue par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Ce modèle peut, s'il est réellement innovant, contribuer à faire la nécessaire liaison entre la ville et l'hôpital.

Pour l'heure, même si nous regrettons de devoir décider du financement sans avoir toute la visibilité utile sur le reste, notamment sur la gouvernance, nous estimons que la réforme proposée permettra de sécuriser ces établissements.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Cet amendement vise à maintenir les établissements dans le droit commun, c'est-à-dire à les soumettre à la seule tarification à l'activité (T2A).

Pourtant, le nouveau modèle de financement leur est bien plus favorable. Il permet, d'une part, de sécuriser leurs recettes actuelles en appliquant une garantie pluriannuelle de financement à toute leur activité de médecine, et, d'autre part, de leur conférer de nouvelles marges de manœuvre en créant une dotation de responsabilité territoriale pour financer les nouvelles missions prévues par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, en articulation étroite avec les acteurs du territoire, aux premiers rangs desquels les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

En outre, 100 millions d'euros ont été prévus dans la construction de l'Ondam sur 2020 et 2021 pour accompagner la mise en œuvre de la réforme des hôpitaux de proximité.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Élisabeth Doineau, pour explication de vote.

Mme Élisabeth Doineau. Si la mise en place des hôpitaux de proximité suscite des appréhensions chez certains, nombre de territoires et d'établissements la perçoivent plutôt comme une occasion de construire des liens entre la ville et l'hôpital, en particulier dans le contexte de l'installation des communautés professionnelles territoriales de santé.

L'hôpital de proximité permet surtout de répondre aux problèmes épidémiologiques de la société actuelle, comme la prise en charge de personnes atteintes de maladies chroniques, ainsi que des personnes âgées ou handicapées. Les propositions naissent sur le terrain.

Chère Nathalie Goulet, la difficulté est effectivement de construire une gouvernance qui soit suffisamment pluripartite. La gestion des hôpitaux de proximité et des GHT devra aussi associer des élus attentifs à l'achat local et à l'organisation territoriale. La gouvernance doit être partagée entre les professionnels de santé, les élus et l'ensemble des institutions.

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

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Nos concitoyens ne sont pas dupes de la propagande. (*Exclamations amusées sur des travées du groupe Les Républicains.*) Car c'est de la propagande !

Les prétendus hôpitaux de proximité ne seront que de vagues centres de soins. Ils ne compteront pas suffisamment de services pour répondre aux besoins hospitaliers de proximité.

Le Gouvernement prétend vouloir investir dans l'hôpital, mais tous les spécialistes le savent : le plan que l'on nous vend est à des années-lumière de ce qui serait nécessaire !

Autre exemple de mensonge : on nous annonce la reprise d'un tiers de la dette de l'hôpital, soit environ 10 milliards d'euros, mesure supposés offrir 800 millions d'euros de marges de manœuvre en 2020. C'est faux ! Selon la Fédération hospitalière de France (FHF), les annuités de remboursement de l'ensemble de la dette sont de 850 millions d'euros. Un tiers de ce total, cela fait environ 300 millions d'euros. Au regard des problèmes à résoudre et des 84 milliards d'euros de budget des hôpitaux, ce sont des cacahuètes ! Le plus grave est que l'argent ne sera versé aux hôpitaux que s'ils suivent la fameuse feuille de route pluriannuelle de restriction des dépenses !

Les Français croient qu'il y a plus d'argent à l'hôpital, mais ce n'est pas vrai. Il y a 800 millions d'euros d'économies et on a libéré 200 millions d'euros de plus cette année. C'est un véritable jeu de dupes !

Mme Laurence Cohen. C'est de l'enfumage !

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Tout cela va mal se terminer, pour notre système de soins et pour notre démocratie !

On promet aux Français des hôpitaux de proximité, mais ils découvriront bientôt qu'on les trompe. Nous ne pouvons pas voter cela !

M. le président. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour explication de vote.

Mme Véronique Guillotin. Je voterai contre cet amendement, pour plusieurs raisons.

Certains hôpitaux dits « de proximité, » ceux qui sont sur les territoires les plus isolés, sont aujourd'hui en voie de dévitalisation. Il s'agit ici de leur apporter un financement autre que la T2A, de leur permettre d'avoir une visibilité pluriannuelle et de travailler en lien avec la médecine de ville. Le cahier des charges des hôpitaux de proximité représente, pour bon nombre d'établissements, une vraie chance ! Nous ne visitons probablement pas les mêmes hôpitaux...

J'évoquerai le cas de l'hôpital de Pont-à-Mousson. Les élus locaux n'y croyaient plus tellement, et la population n'y allait plus. L'établissement s'est engagé de manière volontaire dans un projet de santé labellisé « hôpital de proximité ». Aujourd'hui, il a tissé des liens importants avec son CHU, les gardes sont assurées et il propose des consultations avancées. Cet hôpital a retrouvé la confiance de la population.

Certes, je ne dis pas que tous les hôpitaux pourront se reconverter, mais je pense que certains voudront saisir cette chance. Je soutiens cette démarche de labellisation.

M. le président. La parole est à Mme Michelle Gréaume, pour explication de vote.

Mme Michelle Gréaume. Pour ma part, je ne suis pas du tout rassurée ! J'entends parler de fermetures d'hôpitaux de proximité, de services, de maternités... On va même jusqu'à

réserver des nuitées d'hôtel pour les femmes enceintes qui habitent à plus de quarante-cinq minutes d'une maternité ! Je persiste à m'inquiéter pour l'avenir des hôpitaux.

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

Mme Catherine Deroche. Nous ne voterons pas cet amendement de suppression.

L'article 24 présente l'intérêt de prévoir un financement qui ne reposera pas uniquement sur la tarification à l'activité : une dotation en fonction de la population est également prévue. Cela étant, de grandes inconnues demeurent. Nous ne connaissons pas la teneur des ordonnances devant définir la gouvernance des hôpitaux de proximité et les statuts des praticiens. La loi précise bien que les hôpitaux de proximité doivent travailler en lien avec la médecine de ville. Or les auditions que nous avons réalisées ont mis en lumière les incertitudes des professionnels de santé quant au statut des praticiens.

Nous voterons l'article 24 pour ses dispositions relatives au financement des établissements. Nous sommes également favorables à la notion d'hôpitaux de proximité. Mais, comme à chaque PLFSS, sur certains points, on nous demande de signer des chèques en blanc.

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

Mme Laurence Cohen. Je trouve que mes collègues font une confiance assez aveugle en continuant à signer les chèques en blanc que leur présentent les gouvernements successifs, malgré les expériences passées !

Il se peut que la mise en place des hôpitaux de proximité soit effectivement une chance pour quelques établissements, mais ce ne sera certainement pas le cas pour la majorité. Or on fait la loi pour tout le monde !

Sous prétexte d'une démographie en berne et de la nécessité – réelle – d'assurer la sécurité des patients, le Gouvernement restreint les services dans les hôpitaux dits de proximité. Pour nous vendre le dispositif, il nous dit que cela permettra de mieux articuler médecine de ville et médecine hospitalière. Mais si l'hôpital est aujourd'hui plongé dans une crise profonde, mes chers collègues, c'est parce qu'on lui demande beaucoup, notamment de suppléer la médecine de ville ! Nombre de territoires ruraux, périurbains et même urbains sont aujourd'hui dépourvus de médecine de ville. Comment voulez-vous assurer un maillage territorial avec un hôpital réduit à sa plus simple expression et une médecine de ville exsangue ? On nous vend des rêves !

Il faut au contraire renforcer les services et créer des passerelles pour que des médecins puissent se déplacer d'un grand centre hospitalier à un établissement plus modeste. Aujourd'hui, les collectivités, de toutes sensibilités politiques, sont acculées et essayent de trouver des solutions pour offrir des soins de qualité à la population, en ouvrant par exemple des maisons de santé ou des centres de santé. Ce sont ces initiatives qu'il faut soutenir, au lieu de continuer à appauvrir l'hôpital et de nous vendre des choses qui n'existent !

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

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Je note une certaine confusion dans ce débat : on mélange les GHT, la FHF, la T2A, les hôpitaux de proximité...

Nous en avons beaucoup discuté en commission, les difficultés de la santé et de la médecine viennent de décisions qui ont été prises depuis plus de vingt ans, en premier lieu, bien entendu, les 35 heures. (*Exclamations sur les travées du groupe SOCR.*) Je ne condamne pas les 35 heures, mais il apparaît clairement que, non compensée, leur mise en œuvre a entraîné des problèmes majeurs à l'hôpital, notamment en termes de personnel, du fait de la baisse du temps de travail horaire. Les compensations n'ont été décidées qu'ensuite, par un ministre de ma sensibilité politique, M. Mattei, qui a par ailleurs supprimé la permanence des soins pour la médecine libérale... Nous avons donc également notre part de responsabilité dans la situation du secteur de la santé en France, qui n'est, cela étant, peut-être pas aussi catastrophique qu'on le dit : grâce évidemment à l'ensemble des professionnels de santé, nous sommes encore nettement mieux soignés qu'on ne l'est dans d'autres pays, en particulier européens.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Pourvu que ça dure...

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Mais il est vrai qu'il y a des difficultés.

Mme la secrétaire d'État a évoqué le projet des hôpitaux de proximité, que Catherine Deroche a très bien défendu. J'ai été rapporteur du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, et j'ai appelé à son adoption, considérant que c'était un bon texte d'organisation du travail entre les professionnels libéraux et les professionnels de santé publique. Mais cette loi ne pourra être efficace que si l'on mobilise les moyens nécessaires à sa bonne application dans les PLFSS.

Le principe de combiner une part de T2A et une part de budget global pour les hôpitaux de proximité est certainement très bon, mais il faudra ensuite examiner l'addition.

Il a été réclamé que l'Ondam soit porté à 5 %. Ce serait évidemment l'idéal, mais les gens qui nous écoutent doivent savoir que cela représenterait une dépense supplémentaire de 8 milliards d'euros chaque année. Où comptez-vous trouver cet argent ? Dans les poches du patron de LVMH ? (*Sourires sur les travées des groupes Les Républicains et LaREM.*) Peut-être la première année, mais *quid* des années suivantes ? C'est à nos concitoyens qu'il faudra faire les poches. Je ne suis pas sûr qu'ils soient d'accord...

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 201.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

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

L'amendement n° 91 rectifié *bis* est présenté par MM. Chasseing, Guerriau, Decool, Menonville et Fouché, Mme Mélot, MM. Lagourgue, Lafoaulu, Capus, Watted, A. Marc, Gabouty et Longeot, Mme F. Gerbaud, MM. Bonne, Lefèvre, de Nicolaÿ, Bonhomme et H. Leroy, Mme Billon et MM. Bouchet et Laménie.

L'amendement n° 136 est présenté par MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigalas, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérît-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mmes Lepage, Monier, Perol-Dumont, Prévillie et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 2, deuxième phrase

Supprimer les mots :

du volume d'activité et

La parole est à Mme Colette Mélot, pour présenter l'amendement n° 91 rectifié *bis*.

Mme Colette Mélot. La réforme des hôpitaux de proximité s'accompagne d'une transformation de leur modèle de financement, inscrite au PLFSS pour 2020.

Cette évolution du financement est rendue nécessaire par l'incapacité du modèle actuel, instauré en 2016, d'assurer la stabilité et la pérennité des ressources des hôpitaux de proximité.

En effet, si le modèle de 2016 comporte une garantie de financement pour les hôpitaux de proximité, celle-ci est liée au volume d'activité réalisé et n'assure pas, en pratique, la stabilité des ressources des établissements. Les hôpitaux de proximité situés dans un bassin de vie peu dynamique du point de vue démographique voient leur activité stagner, et leurs ressources diminuent en conséquence d'année en année. Dans ce contexte, le déficit cumulé des hôpitaux de proximité a doublé entre 2015 et 2018.

Pour éviter que les mêmes causes ne conduisent aux mêmes effets et afin d'assurer une véritable stabilité des ressources des hôpitaux de proximité, il est proposé de ne pas lier le niveau de leur garantie pluriannuelle de financement au volume d'activité réalisé.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n° 136.

M. Yves Daudigny. Il est défendu, monsieur le président.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Ces amendements traduisent des inquiétudes légitimes, mais la commission en demande le retrait. Elle émettra, à défaut, un avis défavorable.

L'intégration de la notion de volume d'activité dans le mode de calcul suscite bien sûr des interrogations. Pour autant, il ne semble pas illégitime d'intégrer dans une certaine mesure une composante liée à l'activité à ce financement, afin de ne pas pénaliser les établissements dont l'activité est dynamique.

Mme la secrétaire d'État pourra peut-être nous apporter des assurances sur l'équilibre entre les différents critères qui seront pris en compte.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. J'émettrai le même avis que M. le rapporteur.

Le texte soumis à discussion prévoit critères quatre pour la fixation du niveau de la garantie : les recettes historiques, les besoins de santé du territoire, les qualités de prise en charge et, enfin, le volume de l'activité.

Ce dernier critère n'est donc pas le seul paramètre de fixation de la garantie. Bien au contraire, il s'agit de ne plus faire dépendre les ressources des hôpitaux de proximité de cette seule variable.

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

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Je voudrais dénoncer la tarification à l'acte. On découvre que ce système ne marche pas. Monsieur Milon, il n'est pas vrai que les 35 heures soient la cause de la détérioration de la situation de l'hôpital public : c'est la réforme que vos amis ont faite

en 2000 qui l'a provoquée ! Ils ont institué la tarification à l'acte, dont on voit à quel point elle a réduit les capacités d'intervention de nos hôpitaux.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Au contraire !

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Dans bien des cas, elle ne prend pas en compte la spécificité de l'hôpital public et des services qu'il rend, au-delà du volume des actes.

Par ailleurs, c'est vous qui avez ouvert la boîte de Pandore en prévoyant que les hôpitaux empruntent directement aux banques, et non plus *via* l'État. Or le taux auquel emprunte l'État est inférieur de deux points à celui qui est consenti aux hôpitaux. Cela a un coût pour la Nation ! Et je ne parle pas des prêts toxiques souscrits par certains hôpitaux et autres joyusetés !

La vérité, c'est que cette réforme a marqué le début du grand tournant libéral, dont on voit jour après jour les dégâts qu'il provoque.

Les 35 heures ont été mal préparées à l'hôpital, trop tardivement. On n'a pas formé d'infirmières, de personnels et de médecins en quantité suffisante pour y faire face. J'en conviens, mais cela remonte à vingt ans et ce n'est pas la source déterminante des maux actuels !

M. le président. Madame Mélot, l'amendement n° 91 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Colette Mélot. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 91 rectifié *bis* est retiré.

Monsieur Daudigny, l'amendement n° 136 est-il maintenu ?

M. Yves Daudigny. Oui, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 136.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 92 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Guerriau, Decool, Menonville et Fouché, Mme Mélot, MM. Lagourgue, Laufoaulu, Capus, Wattedled, A. Marc, Gabouty et Longeot, Mme F. Gerbaud, MM. Lefèvre, de Nicolaj, Bonhomme, Mayet et H. Leroy, Mme Billon et MM. Bouchet et Laménie, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Cette indemnité peut servir au maintien ou à la création d'un service d'urgence de jour et d'une équipe de service mobile d'urgence et de réanimation, lorsque les hôpitaux de proximité sont distants de plus de quarante kilomètres d'un centre hospitalier régional ou un centre hospitalier universitaire.

La parole est à Mme Colette Mélot.

Mme Colette Mélot. Les services des urgences traversent une grave crise en France. Le maintien ou la création de services des urgences et/ou d'une équipe de service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) durant la journée semble nécessaire lorsque les hôpitaux de proximité et les territoires sont éloignés des centres hospitaliers régionaux (CHR) ou des centres hospitaliers universitaires (CHU).

Cet amendement vise à renforcer la présence de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire en prévoyant que la dotation de responsabilité territoriale puisse servir à la création ou au maintien dans les hôpitaux de proximité

d'un service des urgences de jour ou d'une équipe de SMUR, lorsque ces hôpitaux sont situés à plus de quarante kilomètres d'un CHR ou d'un CHU.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'indemnité prévue a vocation à rémunérer les actes non cliniques des professionnels libéraux qui interviendront dans les hôpitaux de proximité, afin de favoriser la liaison médecine de ville-hôpital.

Elle n'a pas vocation à rémunérer le maintien ou la mise en place d'un service des urgences, qui sera d'ailleurs possible dans les hôpitaux de proximité, comme l'a prévu la loi Santé.

Ces activités devront trouver un mode de financement mieux adapté. Il ne me semble pas souhaitable de diluer la portée de l'indemnité ici visée.

Je demande le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Avis défavorable.

M. le président. Madame Mélot, l'amendement n° 92 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Colette Mélot. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 92 rectifié *bis* est retiré.

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

L'amendement n° 122, présenté par M. Antiste, Mme Jasmin, MM. Todeschini et Lalande, Mme G. Jourda, M. Duran, Mmes Monier et Artigalas et MM. Jomier et Temal, est ainsi libellé :

Alinéa 10

Remplacer cet alinéa par deux alinéas ainsi rédigés :

IV. - Dans un délai de six mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la revalorisation des coefficients géographiques des outre-mer.

Ce rapport vise à identifier les surcoûts réels qui modifient le prix de revient de certaines prestations des établissements publics ou privés de santé implantés en Martinique, Guadeloupe, Guyane et à La Réunion, de façon à fixer des coefficients géographiques différenciés et adaptés.

La parole est à M. Maurice Antiste.

M. Maurice Antiste. Cet amendement prévoit la remise d'un rapport sur la revalorisation des coefficients géographiques en Martinique, Guadeloupe, Guyane et à La Réunion, dans le cadre de la réforme du financement de notre système de santé.

Les coefficients géographiques majorants s'appliquent aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels pour tous les établissements de la zone, publics et privés, pour compenser les surcoûts supportés par les établissements de santé des régions d'outre-mer, à l'exception de Mayotte, qui perçoit une dotation forfaitaire.

Les équipements installés outre-mer et les prestations coûtent plus cher en raison des facteurs structurels inhérents à l'insularité et à l'éloignement géographique, comme les frais de transport, le climat et les aléas climatiques, qui dégradent

très rapidement les infrastructures, l'importation de certains médicaments ou biens de consommation, les surcoûts de personnel, etc.

Le rapport d'information fait au nom de la délégation aux outre-mer sur la situation des CHU de la Guadeloupe et de La Réunion, démontre que les coefficients géographiques ne sont plus adaptés à la réalité des coûts locaux et doivent être revalorisés. Cette revalorisation apparaît comme un préalable indispensable à toute autre mesure.

Dans un contexte où la réduction des déficits est l'une des priorités, augmenter ces coefficients contribuerait à réduire les charges, voire à annuler le déficit, de la plupart des établissements de santé de ces territoires d'outre-mer.

Cet amendement vise à souligner l'urgence extrême de la situation qui nécessite une juste revalorisation des coefficients géographiques, sans délai.

M. le président. L'amendement n° 66 rectifié, présenté par Mmes Dindar et Malet, MM. Lagourgue et Magras, Mmes Guidez et Doineau, MM. Cadic, Canevet et Le Nay, Mme Vullien, M. Henno, Mme Vermeillet et MM. Delcros et Moga, est ainsi libellé :

Alinéa 10

Remplacer les mots :

d'évaluer les coefficients géographiques liés aux facteurs spécifiques de ces territoires et les différents modes de financement dont ils font l'objet

par les mots :

de réévaluer le coefficient géographique de 31 % à 34 %, car en l'état il ne permet plus de couvrir l'intégralité des surcoûts liés à l'insularité et à l'isolement et en outre il ne s'applique pas aux missions d'intérêt général qui pourtant le nécessiteraient pour certaines

La parole est à Mme Viviane Malet.

Mme Viviane Malet. Le coefficient géographique qui s'applique aux tarifs des séjours hospitaliers valorise des « facteurs spécifiques affectant de manière permanente et substantielle » les coûts des prestations de santé sur un territoire donné.

Ce coefficient, qui majore environ 65 % des recettes des hôpitaux, est appliqué aux régions d'outre-mer pour tenir compte des surcoûts structurels de leurs établissements de santé. Il est resté quasiment inchangé à La Réunion, puisqu'il n'a augmenté que d'un point en dix ans, contrairement à ce qui a été décidé pour la Corse ou les autres DOM.

Cette revalorisation est la condition pour que la stratégie sanitaire déployée par le Gouvernement dans les outre-mer trouve sa pleine efficacité et que les établissements de La Réunion s'installent durablement dans le paysage hospitalier français comme des pôles d'excellence.

La revalorisation du coefficient géographique permettrait au CHU de La Réunion de disposer de moyens adaptés à la santé des familles réunionnaises et de donner des perspectives plus positives aux malades qui souffrent et aux personnels soignants qui subissent des conditions de travail difficiles.

Je signale qu'une épidémie de dengue, à La Réunion, a entraîné 2 500 passages supplémentaires aux urgences en une année.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Monsieur Antiste, votre demande nous semble légitime, mais elle est déjà satisfaite par l'alinéa inséré par l'Assemblée nationale, dont la rédaction actuelle me semble suffisamment efficace. Exceptionnellement, la commission n'a pas demandé la suppression de cette demande de rapport, afin que l'évaluation des coefficients géographiques outre-mer soit effectivement menée.

Concernant l'amendement défendu par Mme Malet, il me semble que l'introduction de la demande de rapport par l'Assemblée nationale part bien de l'idée que les coefficients géographiques sont aujourd'hui sous-évalués, ou mal évalués. Cela n'aurait donc guère de portée de figer une conclusion sur le niveau précis auquel fixer ces coefficients, qui peuvent d'ailleurs varier d'une collectivité à l'autre : procédons d'abord à l'évaluation de la situation.

Cependant, comme elle est attachée à ce sujet, la commission souhaite entendre l'avis du Gouvernement sur cet amendement.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Via l'adoption d'un amendement, l'Assemblée nationale a demandé au Gouvernement de remettre d'ici à un an, sur ce sujet, un rapport qui permettra, en fonction des conclusions de l'évaluation, d'augmenter en tant que de besoin les coefficients. Chaque collectivité ou territoire d'outre-mer étant différent, il faudra peut-être des augmentations différenciées.

Je demande le retrait de ces amendements ; sinon, l'avis sera défavorable.

M. le président. La parole est à M. Victorin Lurel, pour explication de vote.

M. Victorin Lurel. Madame la secrétaire d'État, monsieur le rapporteur général, cela fait plus d'une dizaine d'années que ce problème est posé, que des solutions sont imaginées, que des rapports sont faits – M. Aubert en a remis un récemment –, que la délégation sénatoriale aux outre-mer et tous les parlementaires ultramarins évoquent le sujet...

J'ai eu à traiter de ce problème quand j'étais président de région. Pour ne pas me contenter de demander à l'État de consentir des efforts, j'ai décidé d'exonérer une kyrielle de médicaments de l'octroi de mer. Or cette exonération n'a abouti qu'à enrichir deux centrales pharmaceutiques, elle n'a jamais été répercutée sur le prix des médicaments pour les patients ou les hôpitaux.

Qu'il s'agisse des transports, des évacuations sanitaires, de la majoration de traitement dans les outre-mer, il y a des surcoûts partout ! L'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à demander encore un rapport pour évaluer le montant du surcoût, qui est de 31 % à La Réunion et, me semble-t-il, de 27 % à la Martinique et en Guadeloupe... Il est urgent de décider !

M. le président. Monsieur Antiste, l'amendement n° 122 est-il maintenu ?

M. Maurice Antiste. Je veux bien entendre qu'un rapport a été demandé par l'Assemblée nationale, mais en quoi une deuxième demande serait-elle gênante ? Deux valent mieux qu'une ! (*Sourires.*) Je vous propose, mes chers collègues, de voter mon amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 122.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 66 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote sur l'article 24.

Mme Nathalie Goulet. Je voterai l'article 24.

Monsieur le président de la commission, je ne confonds nullement hôpitaux de proximité et groupements hospitaliers territoriaux. Je voulais simplement profiter de la discussion de cet article pour évoquer la question, car, compte tenu des conditions dans lesquelles le projet de loi de financement de la sécurité sociale est examiné, je n'avais pas d'autre occasion de le faire !

M. le président. Merci pour cette belle explication de vote !

Je mets aux voix l'article 24, modifié.

(*L'article 24 est adopté.*)

Article 25

- ① I. – La section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :
- ② 1° À l'article L. 162-22-7-3, les mots : « d'un dispositif de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 du présent code » sont remplacés par les mots : « de l'un des dispositifs de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 et qui sont » ;
- ③ 2° L'article L. 162-23-3 est ainsi rédigé :
- ④ « Art. L. 162-23-3. – Pour les activités de soins mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 bénéficient d'un financement mixte sous la forme de recettes issues directement de l'activité, dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-23-4, et d'une dotation forfaitaire visant à sécuriser de manière pluriannuelle le financement de leurs activités, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑤ 3° Le I de l'article L. 162-23-4 est ainsi modifié :
- ⑥ a) Le 1° est abrogé ;
- ⑦ b) Les 2°, 3° et 4° deviennent, respectivement, les 1°, 2° et 3° ;
- ⑧ c) Le 4° est ainsi rétabli :
- ⑨ « 4° les modalités de calcul de la dotation forfaitaire mentionnée à l'article L. 162-23-3 ; »
- ⑩ 4° La première phrase du I de l'article L. 162-23-5 est ainsi modifiée :
- ⑪ a) La première occurrence de la référence : « 2° » est remplacée par la référence : « 1° » ;
- ⑫ b) Les mots : « servant de base au calcul de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-23-3 et du montant forfaitaire mentionné au 2° du même article » sont supprimés ;
- ⑬ 5° Après l'article L. 162-23-6, il est inséré un article L. 162-23-6-1 ainsi rédigé :
- ⑭ « Art. L. 162-23-6-1. – Les médicaments qui bénéficient de l'un des dispositifs de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 et qui sont administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 dans les condi-

- tions respectivement fixées aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2. La prise en charge de ces médicaments est conditionnée par la prescription initiale du traitement dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 162-22-6, sans préjudice des autres dispositions applicables. » ;
- 15 6° Au premier alinéa de l'article L. 162-23-7, la référence: « au 2° » est remplacée par la référence: « au 1° » ;
- 16 7° À l'article L. 162-23-10, après la référence: « L. 162-23-8 », sont insérés les mots: « ainsi que la dotation forfaitaire mentionnée à l'article L. 162-23-3 ».
- 17 II. – L'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié:
- 18 1° Le III est ainsi modifié:
- 19 a) Le A est abrogé ;
- 20 b) Au premier alinéa du 2° et au 6° du E, la date: « 31 décembre 2019 » est remplacée par la date: « 31 décembre 2020 » ;
- 21 c) Au premier alinéa du F, la date: « 31 décembre 2019 » est remplacée par la date: « 28 février 2023 » ;
- 22 d) Au premier alinéa et à la deuxième phrase du deuxième alinéa du B et, à la fin des a et b du 3° du E, la date: « 1^{er} janvier 2020 » est remplacée par la date: « 1^{er} janvier 2021 » ;
- 23 e) À la deuxième phrase du deuxième alinéa du B, la date: « 28 février 2022 » est remplacée par la date: « 28 février 2026 » ;
- 24 f) Au premier alinéa, à la fin de la dernière phrase du deuxième alinéa et à la fin de l'avant-dernier alinéa du B ainsi qu'au premier alinéa et à la fin du deuxième alinéa du D, la date: « 1^{er} mars 2022 » est remplacée par la date: « 1^{er} mars 2026 » ;
- 25 g) Au premier alinéa du G, la référence: « au 2° » est remplacée par la référence: « au 1° » ;
- 26 h) Il est ajouté un H ainsi rédigé:
- 27 « H. – Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, à compter du 1^{er} janvier 2021 et au plus tard jusqu'au 1^{er} mars 2026, pour chaque établissement mentionné aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code, les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-23-4 dudit code sont minorés du montant des honoraires facturés dans les conditions définies à l'article L. 162-1-7 du même code par les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral au sein de ces établissements et précisées par décret en Conseil d'État. » ;
- 28 2° Aux V et VI, la date: « 31 décembre 2019 » est remplacée par la date: « 31 décembre 2020 ».
- 29 III. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié:
- 30 1° Au 1° de l'article L. 133-4, la référence: « L. 162-22-1 » est supprimée ;
- 31 2° La première phrase de l'article L. 162-21-2 est ainsi modifiée:
- 32 a) Les références: « L. 162-22-1 et L. 162-22-6 et à l'article L. 162-23-1 » sont remplacées par les références: « L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;
- 33 b) À la fin, les mots: « dans la dotation mentionnée à l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots: « dans les dotations mentionnées aux articles L. 162-22-19 et L. 174-1 » ;
- 34 3° À la seconde phrase du quatrième alinéa de l'article L. 162-21-3, les mots: « des articles L. 162-22-3 et » sont remplacés par les mots: « de l'article » ;
- 35 4° À la fin du 2° de l'article L. 162-22, les mots: « L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux d et e de l'article 162-22-6 et conformément à l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par la référence: « L. 162-22-19 » ;
- 36 5° La sous-section 2 de la section 5 du chapitre II du titre VI est abrogée ;
- 37 6° La sous-section 3 de la même section 5 devient la sous-section 2 ;
- 38 7° À l'article L. 162-22-16, les mots: « à l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots: « aux articles L. 162-22-19 et L. 174-1 » ;
- 39 8° La sous-section 3 de la même section 5 est ainsi rétablie:
- 40 « *Sous-section 3*
- 41 « *Dispositions relatives aux activités de psychiatrie*
- 42 « *Art. L. 162-22-18. – I. – Chaque année, est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation et de prise en charge au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.*
- 43 « *Le montant de cet objectif est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.*
- 44 « *Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés, pour tout ou partie, sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions constatées en cours d'année.*
- 45 « *Un décret en Conseil d'État précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif.*
- 46 « *II. – L'objectif défini au I est constitué en dotations dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il comprend:*
- 47 « *1° Une dotation populationnelle, dont le montant tient compte des besoins de la population, des caractéristiques de l'offre de soins hospitalière et extrahospitalière et des projets de développement de nouvelles activités;*

- 48 « 2° Des dotations complémentaires, dont le montant tient compte de l'activité hospitalière et extrahospitalière des établissements et de leurs missions spécifiques. Un décret en Conseil d'État détermine les catégories de dotations complémentaires ;
- 49 « 3° La dotation prévue à l'article L. 162-23-15 pour les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22.
- 50 « III. – La dotation populationnelle est répartie entre les régions en tenant compte des critères sociaux et démographiques et des besoins de la population, des caractéristiques de l'offre de soins hospitalière et extrahospitalière et de l'offre médico-sociale sur le territoire, notamment le nombre d'établissements par région pour chacune des catégories d'établissements mentionnées à l'article L. 162-22-6 ainsi que du projet régional de santé, de ses déclinaisons territoriales et des orientations des schémas interrégionaux.
- 51 « La répartition de la dotation populationnelle entre régions a pour objectif de réduire progressivement les inégalités dans l'allocation de ressources entre les régions. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les modalités et la trajectoire de réduction de ces inégalités.
- 52 « Le montant des dotations régionales issues de la dotation populationnelle est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé.
- 53 « *Art. L. 162-22-19. – I. –* Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 sont financées par :
- 54 « 1° Une dotation résultant de la répartition de la dotation populationnelle mentionnée au II de l'article L. 162-22-18, tenant compte de la contribution de l'établissement à la réponse aux besoins de santé du territoire tels que définis dans le projet territorial de santé mentale ;
- 55 « 2° Des dotations tenant compte de l'activité de l'établissement et, le cas échéant, des missions spécifiques qu'il assure ou auxquelles il participe ;
- 56 « 3° La dotation prévue à l'article L. 162-23-15, lorsque l'établissement atteint des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans par établissement ;
- 57 « 4° Le cas échéant, des crédits issus de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 pour le financement des activités de recherche en psychiatrie.
- 58 « II. – Le montant de ces dotations est fixé annuellement par l'État pour chaque établissement. Ce montant est établi :
- 59 « 1° Pour la dotation mentionnée au 1° du I, en fonction de critères définis au niveau régional après avis des associations d'usagers et de représentants des familles ainsi que des organisations nationales représentatives des établissements de santé en région. Ces critères peuvent faire l'objet d'un encadrement par décret en Conseil d'État ;
- 60 « 2° Pour les dotations mentionnées au 2° du même I, en fonction de critères fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale liés à la nature, au volume et à l'évolution de ses activités et, le cas échéant, à ses missions spécifiques ;
- 61 « 3° Pour la dotation mentionnée au 3° dudit I, selon des modalités de calcul fixées par arrêté dans les conditions prévues à l'article L. 162-23-15 ;
- 62 « 4° Pour la dotation mentionnée au 4° du même I, dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-14.
- 63 « Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. » ;
- 64 9° L'intitulé de la sous-section 5 de la même section 5 est ainsi rédigé : « Dispositions communes aux activités de médecine, de gynécologie-obstétrique et d'ontologie, aux activités de psychiatrie et aux activités de soins de suite et de réadaptation » ;
- 65 10° À la fin du deuxième alinéa de l'article L. 162-26, les mots : « la dotation annuelle mentionnée à l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « les dotations mentionnées à l'article L. 162-22-19 » ;
- 66 11° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 165-7, la référence : « au 1° de l'article L. 162-22-1 et » est supprimée ;
- 67 12° L'article L. 174-1 est ainsi rédigé :
- 68 « *Art. L. 174-1. – I. –* Chaque année, est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie constitué du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des activités suivantes :
- 69 « 1° L'ensemble des activités des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-16 pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 ;
- 70 « 2° Les activités mentionnées au 3° du même article L. 162-22 ;
- 71 « 3° L'ensemble des activités de soins dispensées par l'Institution nationale des invalides ;
- 72 « 4° Les activités de soins dispensées par l'établissement public de santé territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ;
- 73 « 5° Les activités de soins dispensées par l'établissement public de santé de Mayotte ;
- 74 « 6° Les activités de soins dispensées par un hôpital établi dans un autre État à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application d'un accord conclu entre la France et l'État concerné ;
- 75 « 7° Les activités de soins dispensées par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique.
- 76 « Le montant de cet objectif est arrêté par l'État en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.

- 77 « Le montant de l'objectif mentionné au premier alinéa du présent I est constitué en dotations régionales. Certaines des dépenses incluses dans cet objectif peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. Le montant des dotations régionales est fixé par l'État en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations du projet régional ou interrégional de santé et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire.
- 78 « II. – Le montant de la dotation annuelle de financement de chaque établissement est arrêté par l'État. » ;
- 79 13° L'article L. 174-1-1 est abrogé ;
- 80 14° À la première phrase et à la fin de la deuxième phrase du premier alinéa ainsi qu'au second alinéa de l'article L. 174-1-2, la référence : « L. 174-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 174-1 » ;
- 81 15° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 174-2, après la référence : « L. 162-22-16 », est insérée la référence : « , L. 162-22-19 » ;
- 82 16° Le premier alinéa de l'article L. 174-2-2 est ainsi modifié :
- 83 a) La référence : « 7° de l'article L. 174-1-1 » est remplacée par la référence : « 6° du I de l'article L. 174-1 » ;
- 84 b) À la fin, les mots : « à ce même 7° » sont remplacés par les mots : « au même 6° » ;
- 85 17° À la fin de la seconde phrase du second alinéa de l'article L. 174-5, la référence : « L. 174-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 174-1 » ;
- 86 18° L'article L. 174-12 est ainsi modifié :
- 87 a) À la seconde phrase du premier alinéa, la référence : « L. 174-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-18 » ;
- 88 b) À la fin du deuxième alinéa, la référence : « au dernier alinéa de l'article L. 174-1 » est remplacée par la référence : « à l'article L. 162-22-19 » ;
- 89 19° L'article L. 174-15 est ainsi modifié :
- 90 a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 91 « Sont applicables aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les articles L. 162-22-18 et L. 162-22-19. Pour ces activités, le montant des dotations est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en prenant en compte le ressort territorial national du service de santé des armées. » ;
- 92 b) Au troisième alinéa, après la référence : « 1° », est insérée la référence : « , 2° » ;
- 93 c) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 94 « Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au troisième alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-18. » ;
- 95 20° L'article L. 174-15-1 est abrogé.
- 96 21° À l'article L. 174-15-2, la référence : « L. 174-15-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-20-1 » ;
- 97 22° À l'article L. 175-2, les références : « , L. 174-12 et L. 174-15-1 » sont remplacées par la référence : « et L. 174-12 ».
- 98 IV. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- 99 1° Au second alinéa du II de l'article L. 1434-8, les références : « L. 162-22-2, L. 162-22-9 et L. 174-1-1 » sont remplacées par les références : « L. 162-22-9, L. 162-22-18, L. 162-23 et L. 174-1 » ;
- 100 2° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 6131-5, la référence : « à l'article L. 174-1 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-19 ou L. 174-1 » ;
- 101 3° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6145-1, après la référence : « L. 162-22-16, », est insérée la référence : « L. 162-22-19 » ;
- 102 4° Le I de l'article L. 6145-4 est ainsi modifié :
- 103 a) Au 4°, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 4° » ;
- 104 b) Il est ajouté un 5° ainsi rédigé :
- 105 « 5° Une modification des dotations mentionnées à l'article L. 162-22-19 du même code. »
- 106 IV bis. – Au 3° de l'article L. 622-4 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, les mots : « définie par l'article L. 174-15-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnée au II de l'article L. 174-1 ».
- 107 V. – Le 5° du I ainsi que les III, IV et IV bis du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

M. le président. La parole est à Mme Colette Mélot, sur l'article.

Mme Colette Mélot. L'article 25 marque l'ambition de réformer en profondeur le financement du secteur de la psychiatrie, longtemps considéré comme le parent pauvre de la médecine.

Les troubles psychiatriques concernent 12 millions de Français chaque année et seraient, d'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la première cause de handicap à l'échelle mondiale à l'horizon 2020.

Madame la secrétaire d'État, je souhaite attirer votre attention sur la situation des services hospitaliers de pédopsychiatrie. En Corrèze, l'urgence dure depuis trente ans ; dans l'Allier, les listes d'attente s'allongent de jour en jour, semaine après semaine, et les services n'ont plus les moyens d'assurer leur mission, faute de places disponibles pour répondre aux demandes d'hospitalisation des familles, des écoles ou de l'aide sociale à l'enfance ; à l'hôpital de Vichy, le service de pédopsychiatrie affiche une liste d'attente de près d'un an, avec 150 demandes d'hospitalisation en cours.

Les équipes sont proches du burn-out et n'ont plus les moyens de répondre aux besoins de la population. C'est pourquoi notre groupe a déposé un amendement visant à prévoir la création d'équipes mobiles départementales de psychiatrie et de pédopsychiatrie.

M. le président. L'amendement n° 202, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. L'article 25 prévoit la réforme du financement de la psychiatrie.

Madame la secrétaire d'État, alors que vous revenez, au travers de l'article 24, sur la réforme de la tarification à l'activité des hôpitaux (T2A) en mettant en place un forfait en fonction de la population desservie, vous faites exactement l'inverse pour la psychiatrie. En quoi les conséquences négatives de l'introduction de la T2A à l'hôpital ne se retrouveraient-elles pas à l'identique pour les établissements psychiatriques, mais aussi pour les établissements de soins de suite ? Il va falloir nous l'expliquer !

Un rapport de l'IGAS de 2017 soulignait que la progression des ressources affectées à la psychiatrie de service public était régulièrement inférieure à celle des moyens alloués à l'hôpital généraliste. Sur les sept dernières années, les ressources accordées à la psychiatrie publique ont augmenté en moyenne d'un peu plus de 1 % par an, soit un taux d'évolution nettement inférieur à celui de l'Ondam, que nous critiquons déjà âprement.

La faiblesse de la progression de leurs ressources a placé les établissements de santé mentale dans une situation économique, financière et sociale extrêmement préoccupante. Il y a urgence à rétablir un meilleur niveau de financement pour la santé mentale. Malheureusement, telle n'est pas votre proposition, puisque vous avez difficilement débloqué 100 millions d'euros pour le secteur psychiatrique.

Nous avons eu l'occasion d'en parler à la fin de septembre dernier avec M. Frank Bellivier, le délégué interministériel, lors d'une audition par notre commission. La psychiatrie souffre, c'est indéniable, et il faut vraiment prendre des mesures d'urgence, en particulier, comme l'a dit ma collègue Colette Mélot, pour la pédopsychiatrie.

Je ne sais pas où vous avez trouvé des personnels, que ce soient des directeurs d'hôpitaux, des infirmières, des aides-soignantes de psychiatrie, qui souhaitent l'introduction de la T2A dans leur secteur ! On doit certainement pouvoir les compter sur les doigts d'une main...

Quoi qu'il en soit, nous pensons que les soignants en psychiatrie ne sont pas là pour enchaîner les consultations et faire du chiffre : ils dénoncent déjà, précisément, des protocoles qui, pour eux, déshumanisent la relation avec le patient. Ils demandent plus de personnel, une meilleure formation, la mise à disposition de lits d'aval. Quant à la pédopsychiatrie, elle est littéralement sinistrée. Votre idée n'est donc vraiment pas bonne !

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* La commission a émis un avis défavorable sur cet amendement qui vise à supprimer la réforme du financement du secteur psychiatrique, attendue depuis longtemps.

Nous souhaitons toutefois, alors que s'ouvre la discussion sur l'article 25, faire part au Gouvernement de notre inquiétude, inspirée par l'expérience des précédentes réformes financières. Il y a deux ans, par exemple, une réforme peut-être mal maîtrisée du financement a entraîné des mouvements de grève inédits dans le secteur des Ehpad, qui traversait une crise.

Je vous invite, madame la secrétaire d'État, à la prudence et à des échanges suivis avec les acteurs concernés.

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

Mme Christelle Dubos, *secrétaire d'État.* Cela a été dit à plusieurs reprises, cette réforme structurelle du mode de financement de la psychiatrie, qui n'a pas évolué depuis plus de vingt ans, est indispensable pour réduire les iniquités historiques entre secteurs, mais aussi et avant tout entre territoires. Elle est fortement attendue par les soignants et les patients.

Je rappelle que cette introduction d'une forme de capita-tion dans notre système de soins est une véritable révolution qui va profiter aux établissements aujourd'hui sous-dotés et aux patients en attente de soins.

Parallèlement à cette réforme, les moyens affectés à la psychiatrie ont d'ores et déjà été renforcés : ainsi, 50 millions d'euros de crédits pérennes supplémentaires ont été alloués à la fin de 2018, puis encore 80 millions d'euros au début de 2019.

L'avis est défavorable.

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

Mme Laurence Cohen. Je suis atterrée par ces explications ! Nous parlons ici de secteurs sinistrés ; quelques dizaines de millions d'euros ont été débloqués : c'est certes positif, mais ce n'est rien du tout au regard de l'état des services de psychiatrie et de pédopsychiatrie. Les regroupements de centres médico-psychologiques (CMP) ont des conséquences catastrophiques ! Les listes d'attente sont interminables, des patients psychiatriques errent dans les rues ou sont en prison... Et on nous parle de quelques millions d'euros !

Mme Buzyn a fini par entendre, peut-être plus vite que ses prédécesseurs, qu'il fallait mettre un terme à la T2A, et elle a mené une réflexion sur un autre système de financement pour les hôpitaux généralistes : c'était un début. Or voilà que le Gouvernement propose d'appliquer à la psychiatrie ce qui n'a pas marché pour les hôpitaux généralistes ! Et il dit aux parlementaires de ne pas s'inquiéter ! Franchement, c'est n'importe quoi !

On va continuer à alimenter le désarroi des personnels ! Ils nous disent être contraints, faute d'effectifs suffisants, d'avoir souvent recours à la contention ou à la camisole chimique. Voyez l'état des locaux des hôpitaux psychiatriques ! Mais on nous dit : « Ne vous inquiétez pas ! » Honnêtement, je ne comprends pas !

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Alain Milon, *président de la commission des affaires sociales.* Je voudrais d'abord redire à mes collègues que si la situation de la psychiatrie est absolument dramatique, c'est à cause non pas de la T2A, mais de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF).

Mme Laurence Cohen. On est d'accord !

M. Alain Milon, *président de la commission des affaires sociales.* Si la tarification à l'activité n'est, semble-t-il, pas particulièrement efficace, la dotation annuelle de fonctionnement ne l'est pas non plus, puisqu'elle fixe le niveau des ressources des différents établissements : les hôpitaux riches restent riches, même si leur activité diminue, et les hôpitaux pauvres restent pauvres, même si leur activité s'accroît.

Ce problème ne se règlera probablement pas uniquement en mettant en place la tarification à l'activité. C'est la raison pour laquelle on envisage actuellement un *mix* entre la DAF et la T2A.

Ensuite, je voudrais revenir sur ce qui est proposé au détour d'un article du PLFSS pour la psychiatrie.

Madame la secrétaire d'État, la psychiatrie est, vous le savez, particulièrement sinistrée. Le propos de Mme Mélot sur la pédopsychiatrie ne fait que rejoindre les conclusions d'un rapport fait, sur la demande de la commission des affaires sociales, par Michel Amiel : on manque de pédopsychiatres un peu partout sur le territoire national et, dans certaines facultés de médecine, il n'y a même plus de professeurs dans cette spécialité...

Il faudra régler ce problème majeur. Plus largement, la psychiatrie a besoin d'une réflexion globale et d'une loi spécifique, portant sur son fonctionnement, sur son financement et sur la formation des psychiatres et des pédopsychiatres. Il faudra également revoir le système de la sectorisation, qui, s'il était pertinent par le passé, ne l'est peut-être plus autant aujourd'hui.

Par ailleurs, je profite de cette occasion pour évoquer le réseau national FondaMental, qui a été mis en place par des psychiatres et dont j'ai été, en tant que responsable politique, l'un des membres fondateurs. Ce PLFSS prévoit une diminution de 700 000 euros de sa dotation. Il serait utile de continuer à aider ce genre d'associations de médecins psychiatres qui veulent faire leur travail non plus comme au temps de Lacan, mais en s'appuyant sur la génétique et la chimie.

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Madame la sénatrice, au travers de votre interpellation, vous soulevez deux questions.

La première est celle des moyens : peut-être ne sont-ils pas suffisants, mais, vous l'avez dit à demi-mot, nous les renforçons depuis le PLFSS de l'année dernière, alors que la psychiatrie était depuis vingt ans la grande oubliée de la santé en France.

La seconde question est celle de la transition : comment met-on en œuvre ces moyens ? Il n'est aucunement question de la T2A dans cet article ! Au contraire, nous partons non pas de l'activité des établissements, mais de leur responsabilité populationnelle, en prévoyant des moyens supplémentaires en cas de prise en charge de mineurs.

Cet article répond vraiment aux attentes des soignants et des patients.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 202.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 93 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Malhuret, Guerriau, Decool, Menonville et Fouché, Mme Mélot, MM. Lagourgue, Laufoaulu, Capus, Wattebled, A. Marc et Gabouty, Mme N. Delattre, M. Longeot, Mme F. Gerbaud, MM. Lefèvre, Moga, de Nicolaÿ et Bonhomme, Mmes Guillotin et Guidez, M. H. Leroy, Mme Billon et MM. Bouchet et Laménié, est ainsi libellé :

Alinéa 47

Après le mot :

extrahospitalière

insérer les mots :

, de la création d'équipes mobiles départementales de psychiatrie et de pédopsychiatrie

La parole est à Mme Colette Mélot.

Mme Colette Mélot. Cet amendement vise à permettre la création d'équipes mobiles de psychiatrie et de pédopsychiatrie à l'échelle départementale.

Ces équipes mobiles pourraient intervenir à la demande du médecin traitant au domicile de patients psychotiques refusant de rencontrer un psychiatre, afin d'améliorer le suivi médical du malade.

Elles pourraient également rencontrer les enfants et les équipes des centres départementaux de l'enfance ou des maisons d'enfants à caractère social, afin d'améliorer la prise en charge et le suivi d'enfants malades, notamment dans les départements présentant un manque de lits en établissements spécialisés.

Je rejoins le président de la commission lorsqu'il évoque la nécessité d'une loi globale sur la psychiatrie, mais, en attendant, il faut traiter les problèmes.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement tend à préciser le critère de la dotation populationnelle en y intégrant les équipes mobiles départementales.

Bien que je comprenne l'intention, il ne me paraît pas opportun de viser la dotation, établie selon des critères régionaux et répartie par les ARS, pour intégrer des facteurs plus spécifiques aux départements. Le recours aux équipes mobiles départementales de psychiatrie, dont nous soutenons le déploiement, doit être pleinement intégré à la discussion des plans territoriaux de santé mentale, mais il n'est pas pertinent d'en faire une variable du financement des établissements.

Je demande le retrait de l'amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Même avis.

M. le président. Madame Mélot, l'amendement n° 93 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Colette Mélot. Je le retire, en espérant qu'une solution puisse être trouvée.

M. le président. L'amendement n° 93 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 206, présenté par Mmes Benbassa, Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 50

Après le mot :

région

insérer les mots :

ainsi que la distance les séparant des établissements des régions limitrophes

La parole est à Mme Michelle Gréaume.

Mme Michelle Gréaume. L'article 25 du PLFSS prévoit une réforme en profondeur du système de financement du secteur psychiatrique français. La dotation populationnelle serait ainsi répartie entre les régions, en tenant compte de différents critères sociaux et démographiques, ainsi que des besoins psychiatriques des populations à l'échelle locale.

Cette réforme loin d'être parfaite a néanmoins pour mérite de poser les bases d'un nouveau système plus décentralisé, qui prendrait en compte certaines demandes formulées par les structures hospitalières et psychiatriques dans nos territoires.

Cependant, nous estimons nécessaire d'affiner encore davantage les critères de répartition des dotations. En effet, le maillage des établissements hospitaliers psychiatriques en France est inégal : certaines régions particulièrement isolées, notamment dans les territoires ruraux, montagnards ou ultramarins, manquent de personnel, d'infrastructures adaptées et, tout simplement, de moyens.

La situation particulière des régions les plus isolées devrait donc être prise en compte pour le calcul et l'attribution des financements de la psychiatrie en France. Ainsi, l'accès aux soins n'étant pas aussi facile selon que l'on habite à Mayotte ou à Paris, le présent amendement prévoit de tenir compte, dans l'attribution des dotations populationnelles, de la distance séparant les régions isolées des régions limitrophes. L'objectif d'un tel mécanisme est bien évidemment de favoriser les territoires souffrant d'un manque d'infrastructures, du fait de leur situation géographique. Ce dispositif devrait à terme permettre de résorber l'une des nombreuses fractures médicales dont souffrent beaucoup de nos territoires.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je l'ai rappelé, la commission n'est pas favorable à l'alourdissement des critères. Toutefois, cet amendement introduit un critère qui nous semble pertinent pour la définition des dotations populationnelles et qui pourrait permettre d'œuvrer en faveur du décloisonnement entre régions.

La commission a donc émis un avis de sagesse sur cet amendement.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. La réforme proposée vise justement à mieux doter les régions dont l'offre de soins en psychiatrie est insuffisante. L'outre-mer et certaines régions de montagne seront largement bénéficiaires du rattrapage que nous allons opérer, car le retard de ces territoires est important.

S'agissant de la densité de population, ce critère sera pris en compte par les ARS pour répartir les financements au sein des régions.

À mon sens, cet amendement est satisfait. En conséquence, la commission sollicite son retrait. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote.

Mme Nathalie Goulet. Une grande confiance n'exclut pas une petite méfiance... Cet amendement me semble très pertinent ; je le voterai.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 206.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 67 rectifié, présenté par Mmes Dindar et Malet, MM. Lagourgue et Magras, Mmes Guidez et Doineau, MM. Cadic, Canevet et Le Nay, Mme Vullien, M. Henno, Mme Vermeillet et MM. Delcros et Moga, est ainsi libellé :

Alinéa 51, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

et résorber les inégalités en matière d'offre de soins, notamment au sein des départements et régions d'outre-mer

La parole est à Mme Viviane Malet.

Mme Viviane Malet. Comme le précédent, cet amendement a pour objet de résorber les inégalités en matière d'offre de soins, notamment au sein des départements et régions d'outre-mer. La Réunion est ainsi l'un des tout derniers départements français en termes de moyens consacrés à la santé mentale : moins de 100 euros par habitant à La Réunion, contre 130 euros en moyenne dans l'Hexagone.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission émet un avis de sagesse.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 67 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 59, présenté par M. Canevet, est ainsi libellé :

Alinéa 107

Rédiger ainsi cet alinéa :

V. - Le 5° du I, les III et IV du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

La parole est à M. Michel Canevet.

M. Michel Canevet. Cet amendement prévoit une entrée en vigueur du nouveau modèle de financement de la psychiatrie à partir de 2022. Ce sujet est très important.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il nous semble prématuré d'appliquer la réforme du secteur sans modalités transitoires, même si nous sommes d'accord sur les objectifs. Prévoir une année supplémentaire de délai avant son entrée en vigueur nous paraît donc tout à fait raisonnable. Avis favorable.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. J'entends vos inquiétudes, mais il est urgent de faire évoluer le financement de la psychiatrie. Nous continuons à travailler avec les professionnels de la psychiatrie. Le calendrier est certes resserré, mais il est réaliste. En conséquence, l'avis est défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 59.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 25, modifié.

(L'article 25 est adopté.)

Article 26

- ① I. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après la deuxième phrase du premier alinéa du I de l'article L. 160-13, est insérée une phrase ainsi rédigée : « La participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation est proportionnelle aux bases de calcul mentionnées à l'article L. 162-20-1. » ;
- ③ 2° Après l'article L. 162-20, il est inséré un article L. 162-20-1 ainsi rédigé :
- ④ « Art. L. 162-20-1. – I. – Dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6, une tarification nationale journalière des prestations

bénéficiant aux patients hospitalisés, établie par voie réglementaire en fonction des soins donnés et du niveau d'activité de l'établissement où ces soins sont donnés, sert de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13 pour les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22.

- ⑤ « Dans les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 servent de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13 pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 et la tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés sert de base au calcul de la participation de l'assuré pour les activités mentionnées aux 2° et 4° du même article L. 162-22.
- ⑥ « II. – La tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés et les tarifs nationaux des prestations mentionnés au I du présent article servent également, en fonction de la catégorie de l'établissement où les soins sont donnés et de l'activité à laquelle ils se rapportent :
- ⑦ « 1° À l'exercice des recours contre tiers ;
- ⑧ « 2° À la facturation des soins des patients qui relèvent d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles ;
- ⑨ « 3° À la facturation des soins et de l'hébergement des patients qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20.
- ⑩ « III. – Par exception aux 2° et 3° du II du présent article, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 servent à la tarification des soins qui se rapportent aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 donnés dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 lorsque le patient :
- ⑪ « 1° Est affilié au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ;
- ⑫ « 2° Relève de l'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française ;
- ⑬ « 3° Bénéficie de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- ⑭ « 4° Bénéficie de la prise en charge des soins urgents en application de l'article L. 254-1 du même code. » ;
- ⑮ 3° Au 1° du I de l'article L. 162-22-10 et à la première phrase du 1° du I de l'article L. 162-23-4, les mots : « servant de base au calcul de la participation de l'assuré » sont supprimés ;
- ⑯ 4° Les articles L. 162-22-11, L. 162-23-9 et L. 174-3 sont abrogés ;
- ⑰ 5° Après le mot : « tarifs », la fin du 2° de l'article L. 162-22-11-1 est ainsi rédigée : « issus de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation prévue à l'article L. 162-20-1 ; »
- ⑱ 6° L'article L. 174-15 est ainsi modifié :
- ⑲ *a*) Au premier alinéa, la référence : « L. 162-22-11, » est supprimée ;

- ⑳ *b*) Après le quatrième alinéa, dans sa rédaction résultant de l'article 25 de la présente loi, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ㉑ « Les dispositions de l'article L. 162-20-1 applicables aux établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 sont applicables aux activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées. » ;
- ㉒ 7° À la fin de l'article L. 175-1, les références : « des articles L. 174-1 et L. 174-3 » sont remplacées par la référence : « de l'article L. 174-1 ».
- ㉓ II. – Le livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ㉔ 1° Au 5° l'article L. 6143-7, les mots : « les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux » sont remplacés par les mots : « , le cas échéant, les propositions de tarifs » ;
- ㉕ 2° Après la référence : « L. 6145-1 », la fin du 3° de l'article L. 6162-9 est ainsi rédigée : « et le plan global de financement pluriannuel ; ».
- ㉖ II *bis*. – L'article 20-5-2 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifié :
- ㉗ 1° Les deux premiers alinéas sont supprimés ;
- ㉘ 2° Le début du dernier alinéa est ainsi rédigé : « Pour l'application du présent chapitre, au premier alinéa de l'article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale, les mots : "par les caisses... (*le reste sans changement*). »
- ㉙ III. – À la première phrase du premier alinéa du II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), l'année : « 2019 » est remplacée par l'année : « 2020 ».
- ㉚ IV. – Pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les I et II du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2021.
- ㉛ Pour les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les I et II du présent article entrent en vigueur à la date prévue au V de l'article 25 de la présente loi.
- ㉜ Pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les I et II du présent article entrent en vigueur à la date prévue au B du III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, dans sa rédaction résultant de la présente loi, à compter de laquelle les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code.
- ㉝ V. – À compter du 1^{er} janvier 2021 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2023, le montant annuel de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre

de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé.

- 34 À compter de la date prévue au B du III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 précitée, dans sa rédaction résultant de la présente loi, à compter de laquelle les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code, et pendant au maximum trois années, le montant annuel de la dotation mentionné au II de l'article L. 162-23-8 dudit code est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé.
- 35 À compter de la date prévue au V de l'article 25 de la présente loi et pendant au maximum trois années, le montant annuel de la dotation mentionné au 1° du II de l'article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé. – (Adopté.)

Article 26 bis

- 1 I. – L'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :
- 2 « Art. L. 162-22-8-2. – Par dérogation à l'article L. 162-22-6, l'activité de soins de médecine d'urgence autorisée au sens de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, à l'exception de l'activité du service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-2 du même code, exercée par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code est financée par :
- 3 « 1° Une dotation populationnelle, dont le montant par région est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en tenant compte des besoins de la population des territoires et des caractéristiques de l'offre de soins au sein de chaque région. Cet arrêté est pris après avis des organisations nationales représentatives des établissements de santé.
- 4 « L'État fixe annuellement le montant alloué à chaque établissement, issu de la dotation populationnelle et déterminé en fonction de critères définis au niveau régional, après avis des représentants en région des établissements de santé et des professionnels exerçant cette activité. Ces critères peuvent faire l'objet d'un encadrement au niveau national ;
- 5 « 2° Des recettes liées à l'activité et tenant compte de l'intensité de la prise en charge, dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 162-22-6 ;
- 6 « 3° Une dotation complémentaire allouée aux établissements qui satisfont des critères liés à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des prises en charge de cette activité sans préjudice de l'article L. 162-23-15. Un

décret en Conseil d'État précise les modalités de détermination et de mise en œuvre de cette dotation complémentaire.

- 7 « Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'État. »
- 8 I bis (nouveau). – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale, les mots : « , ainsi que ceux réalisés dans un service chargé des urgences d'un établissement de santé mentionné aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, » sont supprimés.
- 9 I ter (nouveau). – L'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- 10 1° Au premier alinéa, après la référence : « L. 162-22-8, », est insérée la référence : « L. 162-22-8-2, » ;
- 11 2° Après le cinquième alinéa, dans sa rédaction résultant des articles 25 et 26 de la présente loi, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 12 « Le montant de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-22-8-2 est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en prenant en compte le ressort territorial national du service de santé des armées. »
- 13 II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

M. le président. L'amendement n° 207, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Marie-Noëlle Lienemann.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Cet amendement prévoit la suppression de l'article 26 bis, introduit à l'Assemblée nationale via l'adoption d'un amendement du député Thomas Mesnier.

Cet article vise à maintenir la T2A, que nous avons toujours combattue, pour le financement des hôpitaux, en assortissant d'une pondération selon la gravité des affections des patients et l'intensité de leur prise en charge.

Ce système pourrait paraître judicieux pour rémunérer la prise en charge de cas complexes, mais il va aussi inciter les hôpitaux à réorienter plus largement les patients simples vers la médecine de ville, alors que celle-ci manque de praticiens. Comme l'a dit Christophe Prudhomme, porte-parole de l'Association des médecins urgentistes de France, ce retour au forfait de réorientation est hors du temps.

Actuellement, la dotation est calculée sur la base du nombre de passages aux urgences l'année précédente, et 25 euros sont alloués par passage sans hospitalisation.

Non seulement cette dotation populationnelle doit être pondérée par un indice de précarité, afin de prendre en compte les difficultés sociales, mais, surtout, tant qu'il n'y aura pas de véritable augmentation de l'enveloppe financière des établissements de santé, il ne faut attendre aucun miracle de ce dispositif. Celui-ci avait certes été retenu par la mission sur les urgences, mais parmi un panel de solutions et de propositions. C'est en effet un ensemble de mesures qui s'avère nécessaire. Il faut, en amont, des centres de santé, et, en aval, des lits et des personnels supplémentaires. Cette mesure, prise isolément, pourrait aggraver les inégalités sociales au lieu d'améliorer la situation. C'est la raison pour laquelle nous proposons sa suppression.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il est défavorable.

La réforme du financement des services des urgences n'apportera pas, en tant que telle, une réponse à la crise des urgences. Néanmoins, le caractère inadapté du mode de financement actuel des urgences a été relevé dans de nombreux rapports, notamment dans celui de nos collègues Laurence Cohen et René-Paul Savary. La commission n'a pas souhaité faire obstacle aux évolutions proposées.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Madame la sénatrice, voilà quelques minutes, Mme Cohen a affirmé que le désengagement de la médecine de ville était la source des difficultés des hôpitaux. Là, vous dites craindre que les hôpitaux lui envoient des patients : soyez cohérents ! L'avis est défavorable.

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

Mme Marie-Noëlle Liemann. Madame la secrétaire d'État, nous disons que, le système hospitalier privilégiant les cas compliqués, les autres seront reportés sur les médecins de ville. Or, il en manque. Cela ne fonctionnera pas si la prise en charge globale n'est pas améliorée.

Cette mesure est préconisée dans le rapport de Mme Cohen et de M. Savary, mais, prise isolément, elle peut déstabiliser encore davantage le système.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 207.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 138, présenté par MM. Jomier, Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais, Jasmin, Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigalas, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérít-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mmes Lepage, Monier, Perol-Dumont, Préville et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

Alinéa 6, après la première phrase

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Cette dotation est notamment liée à une contractualisation avec les professionnels de santé ambulatoires, mentionnant des horaires de permanence des soins adaptés aux besoins de santé de la population.

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Cet amendement vise à assurer une offre de permanence de soins ambulatoires plus qualitative en l'adaptant mieux aux besoins de la population.

Au travers de son pacte pour la refondation des urgences, la ministre de la santé a souhaité mettre en place des mesures réformant le financement de ces services, en instaurant une part proportionnelle à l'offre de soins existante et à sa qualité. L'existence d'une relation forte entre organisation des soins de ville et activité des services des urgences n'est plus à démontrer. Un meilleur usage des services des urgences passe par une optimisation de l'offre de soins en ville, afin que des demandes de soins non programmés puissent être prises en charge par les médecins libéraux ou les médecins salariés des centres de santé.

Actuellement, la permanence des soins commence à 20 heures. Il serait logique de la faire débiter plus tôt pour l'adapter aux pratiques de la population. Cela correspond à une demande répétée des organisations professionnelles.

Au-delà des enjeux financiers induits, ce dossier renvoie à la question de l'heure maximale jusqu'à laquelle il est légitime que les professionnels de santé travaillent. À partir de quelle heure le travail doit-il être considéré comme un service supplémentaire rendu à la société ?

Il y a aussi un enjeu plus global pour notre système de santé : mieux articuler les activités des hôpitaux, notamment des services des urgences, avec celles de la médecine de ville. Tel est, en filigrane, l'objet de cet amendement. Comme vous le savez, la fixation des horaires de la permanence des soins ambulatoires est de nature réglementaire. Je souhaiterais, madame la secrétaire d'État, entendre votre point de vue sur la question.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il est favorable.

L'amendement traite en effet d'un enjeu important, celui du dialogue nécessaire entre les services hospitaliers des urgences et les médecins de ville, de manière à optimiser la permanence des soins et la prise en charge des soins non programmés.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Monsieur le sénateur, vous proposez de lier la dotation pour la qualité des services des urgences à la permanence des soins ambulatoires. Je suis consciente qu'il s'agit d'un point important pour les syndicats de médecins libéraux.

Je rappelle que la permanence des soins est une mission de service public organisée par les ARS en fonction des besoins de la population et de l'offre de soins disponible sur le territoire. Elle fait l'objet d'un cahier des charges régional arrêté après une concertation départementale. Les horaires de la mission de permanence des soins sont ainsi fixés au niveau réglementaire, et non dans la loi.

J'entends les revendications des médecins libéraux, qui souhaitent que l'on aille plus loin et que l'on modifie les horaires de la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Nous ne sommes pas opposés à mener un travail dans ce sens, mais j'insiste sur le fait que les mois à venir doivent prioritairement être consacrés au déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et de leurs missions en matière de soins non programmés.

Nous demandons le retrait de cet amendement d'appel. À défaut, l'avis sera défavorable.

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

M. René-Paul Savary. C'est dommage, madame la secrétaire d'État, car cet amendement de bon sens paraît tout à fait intéressant. Là où les professionnels peuvent s'organiser, il n'y a pas besoin d'une loi, d'un décret ou d'un règlement.

À l'occasion de la préparation de notre rapport, Laurence Cohen et moi-même avons été reçus par le ministère, mais il n'y a jamais eu de suite. Vous auriez pourtant pu vous inspirer de nos préconisations, puisque c'est un ensemble de mesures, et non quelques mesures ponctuelles prises au gré des PLFSS, qui permettra d'améliorer la situation. Cet

amendement ne remet nullement en cause les discussions conventionnelles ni le travail complémentaire qui peut être fait entre le public et le privé.

Dans mon département, qui compte 570 000 habitants, il y a, en moyenne départementale, moins d'un appel entre 23 heures et 6 heures du matin. Nul besoin, dans ces conditions, de mobiliser un grand nombre de médecins.

Il me semble préférable que la permanence des soins soit définie, en première intention, par la bonne intelligence collective locale, plutôt que par la loi ou par un décret.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 138.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 139, présenté par MM. Jomier, Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais, Jasmin, Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigalas, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérit-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mmes Lepage, Monier, Perol-Dumont, Prévile et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – L'article 43 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 est abrogé.

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Cet amendement vise à supprimer la possibilité d'expérimenter un forfait de réorientation d'un patient par un service ou une unité d'accueil ou de traitement des urgences, introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. Cette mesure, présentée en fanfare comme une solution pour désengorger les urgences, semble être tombée aux oubliettes. Cette année, nous avons droit à une nouvelle proposition en matière de financement des urgences.

La problématique majeure que constitue l'engorgement des services hospitaliers d'urgence ne saurait être résolue par le biais de l'instauration de ce forfait, qui vise à facturer une prestation d'hospitalisation pour la réorientation des patients vers les soins de ville. L'Assemblée nationale avait rétabli cette disposition contre l'avis du Sénat, qui l'avait supprimée.

Madame la secrétaire d'État, vous avez tardé à prendre la mesure de la crise actuelle de l'hôpital public et les vagues d'annonces, qui engagent pourtant des sommes non négligeables, semblent toujours décalées.

On a pris l'habitude, depuis une vingtaine d'années, de dire que l'hôpital « traverse une crise ». Mais, cette fois, il ne s'agit pas d'une crise de plus ; nous sommes quasiment arrivés à un point de non-retour, celui où l'hôpital s'affaisse.

L'augmentation des risques due aux moins bonnes prises en charge met les personnels dans une situation intenable. Certains changent carrément de profession. Outre le surmenage, ils ne trouvent plus de sens à leur métier. Le sens du métier de soignant, ce n'est pas d'être rémunéré pour un acte non accompli. Tel est pourtant l'objet du « forfait réorientation » introduit l'an dernier dans la loi.

Il est évident que ce forfait, en plus de ne pas s'inscrire dans une coopération pensée en amont entre la médecine de ville et l'hôpital, ne saurait résoudre la problématique de l'engor-

gement des services des urgences. Interrogés sur cette mesure, les personnels la rejettent en bloc. Elle n'est ni digne ni en mesure de régler le problème. C'est pourquoi il est plus sage, madame la secrétaire d'État, de supprimer cette disposition.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* Le Sénat s'était unanimement opposé, lors de l'examen du PLFSS pour 2019, à l'instauration, à titre expérimental, d'un forfait de réorientation des urgences. Cette expérimentation, qui doit commencer l'année prochaine, n'est pas encore engagée. Par cohérence avec la position qu'elle a exprimée l'an passé, la commission a émis un avis favorable sur cet amendement.

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

Mme Christelle Dubos, *secrétaire d'État.* L'expérimentation sera en effet engagée dès le début de l'année prochaine. Ce cadre expérimental permettra de nourrir les travaux sur le nouveau modèle de financement des urgences prévu à l'article 26 *bis* du présent projet de loi.

Ce forfait de réorientation doit concourir à atteindre l'objectif majeur du recentrage des urgences, né d'un constat fort : 43 % des patients pris en charge aux urgences auraient pu être traités en ville.

M. René-Paul Savary. Et alors ?

Mme Christelle Dubos, *secrétaire d'État.* Les causes de cet afflux trop systématique des patients aux urgences sont multiples. On cite souvent la structuration et la lisibilité insuffisantes des soins non programmés assurés par les professionnels libéraux, mais le mode de fonctionnement actuel des services des urgences contribue aussi à cette dérive. C'est pourquoi nous proposons cette expérimentation.

En conséquence, le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

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

Mme Marie-Noëlle Lienemann. La propension du Gouvernement à s'imaginer savoir mieux que tout le monde ce qui est bon pour le fonctionnement des urgences me consterne !

Qui est favorable à ce forfait de réorientation ? Tous les personnels sont contre, le Sénat a voté contre... Pensez-vous vraiment que l'on puisse appliquer une mesure si ceux qui doivent la mettre en œuvre la désapprouvent totalement ? C'est comme si un mur était en train de s'ériger entre un État qui saurait tout mieux que tout le monde et la population. Cela devient gravissime ! *(Applaudissements sur les travées des groupes CRCE et Les Républicains. – Mme Michelle Meunier applaudit également.)*

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

M. Bernard Jomier. Votre réponse me met vraiment en colère, madame la secrétaire d'État. Comment ne pas comprendre que les gens soient choqués d'être payés pour ne pas soigner ?

Je veux bien envisager toutes les solutions techniques possibles pour éviter l'engorgement des urgences. Vous dites que 43 % des patients des urgences auraient pu être traités en ville ; des études avancent plutôt un taux de 15 % à 20 %. Il est temps de remettre en place une obligation en matière de PDSA. La médecine de ville et l'hôpital doivent travailler de façon contractuelle, dans un esprit de coopération. Mais vous faites l'inverse ! Cet article ne figurait pas dans votre projet initial. Sorti de la poche d'un député, il n'a pas fait

l'objet d'une étude d'impact. C'est une mesure contraire aux valeurs qui animent les personnels de santé, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers! Renoncez à cette mesure qui choque les personnels soignants! (*Applaudissements sur l'ensemble des travées, à l'exception de celles du groupe LaREM.*)

M. Yves Daudigny. Très bien!

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 139.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 26 bis, modifié.

(*L'article 26 bis est adopté.*)

M. le président. Mes chers collègues, il nous reste 100 amendements à examiner. Si nous poursuivons au rythme actuel, nous devons également siéger ce soir. Je livre cet élément à votre réflexion...

Article 26 ter

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le financement et l'évolution du financement des missions de recherche et d'innovation au sein des établissements publics de santé. – (*Adopté.*)

Article 27

- ① I. – Au premier alinéa de l'article L. 6211-21 du code de la santé publique, les références : « des articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-1 » sont remplacées par la référence : « de l'article L. 162-1-7 ».
- ② II. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ③ 1° À la troisième phrase du 1° de l'article L. 161-37, les mots : « aux articles L. 162-1-7-1 et » sont remplacés par les mots : « à l'article » ;
- ④ 2° L'article L. 162-1-7 est ainsi modifié :
- ⑤ a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ⑥ b) À la deuxième phrase du même premier alinéa, les mots : « elle-même » sont remplacés par les mots : « être provisoire pour les actes innovants dans des conditions fixées par décret et faire l'objet d'une révision en respectant une durée de trois ans renouvelable une fois. Elle peut » ;
- ⑦ c) Les quatre derniers alinéas sont remplacés par des II à IX ainsi rédigés :
- ⑧ « II. – La demande d'inscription de l'acte ou de la prestation est adressée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour avis à la Haute Autorité de santé. Cet avis porte sur l'évaluation du service attendu ou du service rendu de l'acte ou de la prestation qui lui est soumis ainsi que, le cas échéant, sur les actes existants dont l'évaluation pourrait être modifiée en conséquence. Il mentionne également si nécessaire les conditions tenant à des indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient et des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation. À la demande du collège, l'avis de la Haute Autorité de santé peut être préparé par la commission spécialisée mentionnée à l'article L. 165-1. Cet avis est transmis à l'Union nationale des caisses

d'assurance maladie dans un délai de six mois à compter du dépôt de la demande, renouvelable une fois pour les évaluations complexes.

- ⑨ « Les conseils nationaux professionnels mentionnés à l'article L. 4021-3 du code de la santé publique ainsi que les associations d'usagers agréées au titre de l'article L. 1114-1 du même code peuvent proposer à la Haute Autorité de santé de s'autosaisir de l'évaluation du service attendu ou du service rendu d'un acte ou d'une prestation, selon des modalités définies par la Haute Autorité de santé.
- ⑩ « III. – L'Union nationale des caisses d'assurance maladie saisit le Haut Conseil des nomenclatures chargé de procéder à la description ainsi qu'à la hiérarchisation des actes et des prestations institué au IV et lui transmet l'avis de la Haute Autorité de santé.
- ⑪ « Le Haut Conseil des nomenclatures établit un rapport relatif à la description et à la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation qui lui est soumis en tenant compte des enjeux de pertinence médicale. Ce rapport est remis, dans un délai de six mois, renouvelable une fois pour les évaluations complexes, à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis simple de la commission mentionnée au V compétente pour la profession de médecin.
- ⑫ « IV. – Le Haut Conseil des nomenclatures est chargé :
- ⑬ « 1° De proposer à la commission mentionnée au V compétente pour la profession de médecin une méthodologie de description et de hiérarchisation des actes et prestations ;
- ⑭ « 2° D'étudier les actes et les prestations qui lui sont soumis par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en vue de les décrire et de les hiérarchiser conformément à la méthodologie mentionnée au 1°.
- ⑮ « Le Haut Conseil des nomenclatures est composé d'un nombre égal de médecins libéraux et de praticiens hospitaliers, ainsi que des personnes qualifiées nommées dans des conditions déterminées par décret. Un représentant de la Haute Autorité de santé, un représentant des patients ainsi que le président de la commission mentionnée au V compétente pour la profession de médecins assistent à ses travaux.
- ⑯ « Le Haut Conseil des nomenclatures remet chaque année un rapport d'activité après consultation de l'ensemble des acteurs impliqués dans la hiérarchisation. Ce rapport est rendu public.
- ⑰ « Le secrétariat est assuré par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.
- ⑱ « V. – Des commissions compétentes pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1 sont chargées du suivi de l'activité de hiérarchisation.
- ⑲ « Ces commissions, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, sont composées paritairement de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'État assiste à leurs travaux.

- 20 « La commission compétente pour la profession des médecins est tenue informée des travaux du Haut Conseil des nomenclatures, qui lui adresse ses rapports. Elle valide la proposition de méthodologie de description et de hiérarchisation des actes et prestations du Haut Conseil des nomenclatures. Elle émet également un avis sur les rapports du Haut Conseil des nomenclatures relatifs à la description et à la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans un délai défini par décret.
- 21 « Pour les autres professions, les commissions déterminent les règles de hiérarchisation des actes de leurs professions.
- 22 « VI. – Par dérogation au III, les actes cliniques et les actes effectués par les biologistes-responsables et biologistes coresponsables mentionnés aux articles L. 6213-7 et L. 6213-9 du code de la santé publique sont inscrits par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis de la commission compétente pour leur profession.
- 23 « VII. – Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et après avis, le cas échéant, de la Haute Autorité de santé lorsque la décision porte sur l'évaluation du service attendu ou du service rendu d'un acte ou d'une prestation. Les décisions d'inscription de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- 24 « VIII. – Tout acte ou prestation inscrit fait l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation, dans les conditions prévues aux alinéas précédents, dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.
- 25 « IX. – Les conditions d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'État. » ;
- 26 3° L'article L. 162-1-7-1 est abrogé ;
- 27 4° L'article L. 162-1-8 est ainsi modifié :
- 28 a) Au premier alinéa, les mots : « par les commissions prévues au deuxième alinéa » sont remplacés par les mots : « par la commission prévue au V » ;
- 29 b) À la fin du même premier alinéa, les mots : « à l'une ou l'autre des catégories mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 162-1-7-1, sans relever des actes mentionnés au premier alinéa du même article » sont remplacés par les mots : « aux catégories suivantes : » ;
- 30 c) Après le même premier alinéa, sont insérés des 1° à 4° ainsi rédigés :
- 31 « 1° Des actes présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé et dont l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique ;
- 32 « 2° Des actes pratiqués uniquement au sein d'un établissement de santé et ayant ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie ;
- 33 « 3° Des actes ayant fait l'objet d'une tarification provisoire dans le cadre d'une expérimentation, notamment dans les conditions prévues à l'article L. 162-31-1 du présent code, et présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie ;
- 34 « 4° Des actes inscrits dans un protocole de coopération ayant fait l'objet d'une proposition par le comité national des coopérations interprofessionnelles telle que mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique. » ;
- 35 d) Au deuxième alinéa, le mot : « dudit » est remplacé par les mots : « du présent » ;
- 36 e) Au quatrième alinéa, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « septième » ;
- 37 f) À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, la référence : « de l'article L. 162-1-7-1 » est remplacée par la référence : « du présent article » ;
- 38 g) À la première phrase du dernier alinéa, la référence : « du même article L. 162-1-7-1 » est supprimée ;
- 39 h) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- 40 « Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé. Dans ce cas, il fixe la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles mentionnées ci-dessus. Les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au *Journal officiel*. » ;
- 41 5° Après la première phrase du 1° du I de l'article L. 162-14-1, est insérée une phrase ainsi rédigée : « La ou les conventions déterminent pour les actes techniques la trajectoire de convergence vers le prix de l'acte établi à partir de la hiérarchisation déterminée par le Haut Conseil des nomenclatures prévue au IV de l'article L. 162-1-7. » ;
- 42 6° Le 2° de l'article L. 182-2 est complété par les mots : « et d'assurer le secrétariat du Haut Conseil des nomenclatures prévu à l'article L. 162-1-7 ».
- 43 III. – L'ensemble des actes inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale à la date de publication de la présente loi fait l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation dans un délai de cinq ans à compter de cette date. Un décret en Conseil d'État précise les adaptations de la procédure de hiérarchisation applicables à ce travail de révision. Ce décret prévoit notamment l'organisation des travaux du Haut Conseil des nomenclatures institué au IV du même article L. 162-1-7 chargé de cette révision.
- 44 IV. – Les I et II du présent article entrent en vigueur le 1^{er} avril 2020. – (*Adopté.*)

Article 28

- 1 I. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- 2 A. – L'article L. 162-17-9 est ainsi modifié :
- 3 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

- 4 a) Les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants au sens de l'article L. 165-1-1 ou distributeurs au détail » ;
- 5 b) À la fin, les mots : « mentionnés à l'article L. 165-1 » sont supprimés ;
- 6 2° Le troisième alinéa est ainsi modifié :
- 7 a) Les mots : « au même article » sont remplacés par les mots : « à l'article » ;
- 8 b) Après le mot : « distributeurs », sont insérés les mots : « au détail » ;
- 9 3° Le quatrième alinéa est ainsi modifié :
- 10 a) Les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;
- 11 b) À la fin, les mots : « mentionnés audit article L. 165-1 » sont supprimés ;
- 12 B. – L'article L. 165-1 est ainsi modifié :
- 13 1° À la première phrase du troisième alinéa, les mots : « fabricants, leurs mandataires ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;
- 14 2° Après le quatrième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- 15 « L'inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa peut également être subordonnée, à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à une procédure de référencement visant à sélectionner les produits et, le cas échéant, les prestations associées pris en charge, selon des critères fondés sur le respect de spécifications techniques, sur la qualité des produits et prestations, sur le volume des produits et prestations nécessaires pour garantir un approvisionnement suffisant du marché ainsi que sur l'intérêt des conditions tarifaires proposées au regard de l'objectif d'efficacité des dépenses d'assurance maladie. »
- 16 « La mise en œuvre de la procédure de référencement prévue au cinquième alinéa peut déroger aux articles L. 165-2, L. 165-3, L. 165-3-3 et L. 165-4 dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État. Les produits et prestations ainsi sélectionnés sont référencés pour une période maximale de deux ans, le cas échéant prorogeable un an, pour une catégorie de produits et prestations comparables. La procédure peut conduire à exclure de la prise en charge, pour la période précédemment mentionnée, les produits ou prestations comparables les moins avantageux au regard des critères de sélection. La procédure de référencement ne peut conduire à placer, pour un produit ou une prestation remboursable, une entreprise en situation de monopole. » ;
- 17 3° À l'avant-dernier alinéa, après les mots : « la liste », sont insérés les mots : « , les conditions de mise en œuvre, le cas échéant, de la procédure de référencement » ;
- 18 4° Après le mot : « finalité », la fin du dernier alinéa est ainsi rédigée : « , leur mode d'utilisation et, le cas échéant, selon le recours à la procédure de référencement. » ;
- 19 C. – L'article L. 165-1-2 est ainsi modifié :
- 20 1° À la seconde phrase du I, les mots : « fabricants ou leurs mandataires ou les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants au sens de l'article L. 165-1-1 » ;
- 21 2° Au premier alinéa du II, les mots : « au fabricant ou à son mandataire ou au distributeur » sont remplacés par les mots : « à l'exploitant » ;
- 22 3° Au troisième alinéa du même II, les mots : « le fabricant ou son mandataire ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant » ;
- 23 4° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa du même II, les mots : « le fabricant ou distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant » ;
- 24 5° À la première phrase du III, les mots : « du fabricant ou de son mandataire ou du distributeur » sont remplacés par les mots : « de l'exploitant » ;
- 25 D. – L'article L. 165-1-4 est ainsi modifié :
- 26 1° Au I, les mots : « le fabricant ou pour le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou pour le distributeur au détail » ;
- 27 2° Le II est ainsi modifié :
- 28 a) Après la première occurrence du mot : « La », sont insérés les mots : « prescription ou la » ;
- 29 b) Le mot : « peut » est remplacé par le mot : « peuvent » ;
- 30 c) Après le mot : « pour », sont insérés les mots : « le prescripteur ou » ;
- 31 d) Après le mot : « distributeur », sont insérés les mots : « au détail » ;
- 32 3° Le IV est ainsi modifié :
- 33 a) Au premier alinéa, les mots : « fabricant ou du distributeur » sont remplacés par les mots : « prescripteur, de l'exploitant ou du distributeur au détail » ;
- 34 b) Le 2° est complété par les mots : « par l'exploitant ou le distributeur au détail » ;
- 35 c) Après le même 2°, il est inséré un 3° ainsi rédigé :
- 36 « 3° D'un montant maximal de 10 000 € par an en cas de méconnaissance par le prescripteur de ses obligations mentionnées au II du présent article » ;
- 37 d) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- 38 « La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. » ;
- 39 E. – Après l'article L. 165-1-5, sont insérés des articles L. 165-1-6 et L. 165-1-7 ainsi rédigés :
- 40 « Art. L. 165-1-6. – La mise en œuvre de la procédure de référencement mentionnée à l'article L. 165-1 peut impliquer un engagement des exploitants ou des distributeurs au détail à fournir des quantités minimales de produits et prestations sur le marché français en cas de sélection de ces produits ou prestations et à garantir une couverture suffisante du territoire français pendant l'inté-

gralité de la période d'application du référencement, y compris la durée maximale de son éventuelle prorogation. La procédure de référencement précise le contenu de ces engagements.

- 41 « Le non-respect des engagements mentionnés au premier alinéa du présent article peut conduire les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à déroger à la procédure de référencement mentionnée au cinquième alinéa de l'article L. 165-1 ou à relancer une nouvelle procédure de référencement pour pallier la défaillance des exploitants ou distributeurs au détail concernés.
- 42 « Il peut également les conduire, après que l'exploitant ou le distributeur au détail a été mis en mesure de présenter ses observations, à :
- 43 « 1° Supprimer le référencement des produits ou prestations concernés ;
- 44 « 2° Prononcer une pénalité financière à l'encontre des exploitants ou des distributeurs au détail concernés, d'un montant maximal de 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre du dernier exercice clos pour les produits ou prestations concernés. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements. Cette pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables à son recouvrement. Le produit de la pénalité est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction ;
- 45 « 3° Mettre à la charge financière des exploitants ou distributeurs au détail concernés les surcoûts éventuels supportés par l'assurance maladie du fait d'un défaut d'approvisionnement en produits ou prestations sélectionnés ou en raison d'une mauvaise couverture du territoire. Le recouvrement des montants correspondants par l'organisme de prise en charge s'effectue selon la procédure prévue à l'article L. 133-4.
- 46 « Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, notamment les règles relatives au respect par les exploitants ou les distributeurs au détail de leurs engagements en ce qui concerne l'approvisionnement du marché français.
- 47 « Art. L. 165-1-7. – I. – Les règles de distribution mentionnées au premier alinéa de l'article L. 165-1 peuvent comporter l'obligation, pour le distributeur au détail de dispositifs médicaux inscrits sur la liste mentionnée au même premier alinéa et pouvant faire l'objet d'une remise en bon état d'usage conformément à l'article L. 5212-1-1 du code de la santé publique, d'informer le patient de l'existence de la possibilité d'acquisition d'un dispositif conforme à sa prescription et remis en bon état d'usage ainsi que des modalités d'acquisition et de prise en charge associées.
- 48 « En cas de méconnaissance de ces obligations, le directeur de l'organisme d'assurance maladie compétent peut prononcer à l'encontre du distributeur au détail, après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière d'un montant maximal de 5 % du chiffre d'affaires hors taxes total réalisé en France. Le montant de la pénalité est fixé en

fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements. Cette pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables à son recouvrement. Le produit de la pénalité est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

- 49 « II. – Lorsque la liste mentionnée à l'article L. 165-1 prévoit la prise en charge d'un dispositif médical remis en bon état d'usage ou pouvant faire l'objet d'une remise en bon état d'usage dans les conditions prévues à l'article L. 5212-1-1 du code de la santé publique, les ministres chargés de la santé et la sécurité sociale peuvent, dans l'arrêté pris pour l'élaboration de ladite liste :
- 50 « 1° Subordonner la prise en charge de l'assuré à son engagement de restituer le dispositif médical concerné à un centre homologué pouvant réaliser une remise en bon état d'usage, lorsque l'assuré n'en a plus l'usage ou lorsque le dispositif médical ne correspond plus à son besoin médical ;
- 51 « 2° (*Supprimé*)
- 52 « III. – La prise en charge des produits mentionnés au I et des prestations éventuellement associées peut être subordonnée à l'identification de chacun d'entre eux à l'aide de codes qui leur sont propres et à la transmission d'informations relatives à la mise en circulation du produit, à l'identification du patient en bénéficiant ainsi qu'aux opérations de réparation et de maintenance.
- 53 « Ces informations sont collectées au sein d'un système d'information dénommé "Enregistrement relatif à la circulation officielle des dispositifs médicaux", mis en œuvre par l'agence en charge des systèmes d'information mentionnés à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique.
- 54 « Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- 55 F. – L'article L. 165-2 est ainsi modifié :
- 56 1° Le I est ainsi modifié :
- 57 a) Au premier alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;
- 58 b) Au deuxième alinéa, les deux occurrences des mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacées par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;
- 59 2° Après le 8° du II, il est inséré un 9° ainsi rédigé :
- 60 « 9° Le caractère remis en bon état d'usage, dans les conditions prévues à l'article L. 5212-1-1 du code de la santé publique, du produit pris en charge. » ;
- 61 G. – L'article L. 165-2-1 est ainsi modifié :
- 62 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
- 63 a) Les deux occurrences des mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacées par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

- 64 b) À la fin, les mots : « ce fabricant ou de ce distributeur » sont remplacés par les mots : « cet exploitant ou de ce distributeur au détail » ;
- 65 2° À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;
- 66 H. – Après le même article L. 165-2-1, il est inséré un article L. 165-2-2 ainsi rédigé :
- 67 « *Art. L. 165-2-2.* – Tout exploitant ou fournisseur de distributeur au détail de produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 est tenu de déclarer au Comité économique des produits de santé, par année civile et par produit ou prestation, le prix auquel il a vendu, le cas échéant au distributeur au détail, chaque produit ou prestation, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur.
- 68 « Lorsque cette déclaration n'a pas été effectuée dans les délais et formes précisés par décret en Conseil d'État ou lorsqu'elle s'avère manifestement inexacte au vu, notamment, des éléments transmis par les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale, le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que l'exploitant ou le fournisseur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière annuelle à la charge de l'exploitant ou du fournisseur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes des ventes mentionnées au premier alinéa du présent article réalisé en France par l'exploitant ou le fournisseur au titre du dernier exercice clos.
- 69 « Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné.
- 70 « La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.
- 71 « Les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont habilités à vérifier, dans le cadre des contrôles qu'ils effectuent, les données relatives aux déclarations faites par les exploitants et les fournisseurs. Ces éléments de contrôle sont transmis au Comité économique des produits de santé.
- 72 « Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- 73 I. – L'article L. 165-3 est ainsi modifié :
- 74 1° À la seconde phrase du premier alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;
- 75 2° Au deuxième alinéa, les deux occurrences des mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacées par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;
- 76 J. – L'article L. 165-3-3 est ainsi modifié :
- 77 1° Le I est ainsi modifié :
- 78 a) Au premier alinéa, deux fois, au 1° et à la première phrase du dernier alinéa, le mot : « fabricants » est remplacé par le mot : « exploitants » ;
- 79 b) Au 2° et à la seconde phrase du dernier alinéa, le mot : « fabricant » est remplacé par le mot : « exploitant » ;
- 80 c) À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, la première occurrence du mot : « fabricant » est remplacée par le mot : « exploitant » et les mots : « du fabricant » sont remplacés par les mots : « de l'exploitant » ;
- 81 2° Le II est ainsi modifié :
- 82 a) Au premier alinéa, après les deux occurrences du mot : « distributeurs », sont insérés les mots : « au détail » ;
- 83 b) Au 1° et à la première phrase de l'avant-dernier alinéa, après le mot : « distributeurs », sont insérés les mots : « au détail » ;
- 84 c) Au 2° et à la deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa, après le mot : « distributeur », sont insérés les mots : « au détail » ;
- 85 d) Au quatrième alinéa, après les deux occurrences du mot : « distributeur », sont insérés les mots : « au détail » ;
- 86 3° Le III est ainsi modifié :
- 87 a) Au premier alinéa, le mot : « fabricants » est remplacé par le mot : « exploitants » ;
- 88 b) Au deuxième alinéa, après le mot : « distributeurs », sont insérés les mots : « au détail » ;
- 89 4° Le V est ainsi modifié :
- 90 a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- 91 – les mots : « fabricant, un distributeur » sont remplacés par les mots : « exploitant, un distributeur au détail » ;
- 92 – les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;
- 93 – les mots : « le fabricant, le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant, le distributeur au détail » ;
- 94 – les mots : « du fabricant, du distributeur » sont remplacés par les mots : « de l'exploitant, du distributeur au détail » ;
- 95 b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur, ou les fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail, ou les exploitants ou distributeurs au détail » ;
- 96 K. – L'article L. 165-4 est ainsi modifié :
- 97 1° À la première phrase du I, les mots : « fabricants ou les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou les distributeurs au détail » ;
- 98 2° Le II est ainsi modifié :
- 99 a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- 100 – à la fin de la première phrase, les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;
- 101 – à la fin de la deuxième phrase, les mots : « fabricants ou par les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou par les distributeurs au détail » ;

- 102 b) Au deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;
- 103 c) Au dernier alinéa, les deux occurrences des mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacées par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;
- 104 L. – L'article L. 165-4-1 est ainsi modifié :
- 105 1° Au premier alinéa et au 2° du I, les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;
- 106 2° Le II est ainsi modifié :
- 107 a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- 108 – les mots : « fabricant ou un distributeur » sont remplacés par les mots : « exploitant ou un distributeur au détail » ;
- 109 – les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;
- 110 b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;
- 111 M. – L'article L. 165-5 est ainsi modifié :
- 112 1° Le I est ainsi modifié :
- 113 a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;
- 114 b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :
- 115 – aux première et seconde phrases, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;
- 116 – à la fin de la première phrase, les mots : « du fabricant ou du distributeur » sont remplacés par les mots : « de l'exploitant ou du distributeur au détail » ;
- 117 2° À la deuxième phrase du II, les mots : « au fabricant ou distributeur » sont remplacés par les mots : « à l'exploitant ou au distributeur au détail » ;
- 118 N. – L'article L. 165-5-1 est ainsi modifié :
- 119 1° À la fin de la première phrase du premier alinéa, les mots : « fabricant ou distributeur » sont remplacés par les mots : « exploitant ou distributeur au détail » ;
- 120 2° À la première phrase du second alinéa, les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;
- 121 O. – L'article L. 165-8-1 est ainsi modifié :
- 122 1° Au premier alinéa, les mots : « le fabricant ou son mandataire ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;
- 123 2° Au deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou son mandataire ou par le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou par le distributeur au détail » ;
- 124 P. – L'article L. 165-11 est ainsi modifié :
- 125 1° Au III, les mots : « fabricants ou leurs mandataires ou les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;
- 126 2° À la seconde phrase du IV, les mots : « fabricants ou leurs mandataires ou par les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou par les distributeurs au détail » ;
- 127 Q. – Au premier alinéa et à la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 165-13, les mots : « le fabricant ou le mandataire ou par le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou par le distributeur au détail » ;
- 128 R. – (*Supprimé*)
- 129 II. – Après l'article L. 5212-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5212-1-1 ainsi rédigé :
- 130 « Art. L. 5212-1-1. – Certains dispositifs médicaux à usage individuel figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent faire l'objet d'une remise en bon état d'usage en vue d'une réutilisation par des patients différents de ceux les ayant initialement utilisés.
- 131 « La réalisation de cette remise en bon état d'usage est subordonnée :
- 132 « 1° Au respect de critères permettant de garantir la qualité et la sécurité sanitaire d'emploi du dispositif médical remis en bon état d'usage ;
- 133 « 2° À une procédure d'homologation des centres ou des professionnels autorisés à réaliser cette remise en bon état d'usage.
- 134 « Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État, notamment les conditions dans lesquelles certains dispositifs médicaux peuvent faire l'objet d'une remise en bon état d'usage ainsi que les conditions de réalisation de la procédure d'homologation prévue au 2°. »
- M. le président.** L'amendement n° 19, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission, est ainsi libellé :
- I. – Alinéas 14 à 18
Supprimer ces alinéas.
- II. – Alinéas 40 à 46
Supprimer ces alinéas.
- La parole est à M. le rapporteur général.
- M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Cet amendement prévoit la suppression de la procédure de référencement sélectif de certains dispositifs médicaux – la mesure vise essentiellement les fauteuils roulants, mais son champ pourra ultérieurement être élargi –, en raison de trois effets principaux.
- Tout d'abord, en se limitant au seul élément figurant sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), cette procédure risque de manquer sa cible, faute d'englober l'ensemble des aides techniques réellement facteurs de reste à charge.
- Ensuite, en empêchant tout nouvel acteur de pénétrer sur le marché, elle ne manquera pas d'entraîner la formation d'oligopoles, ce qui engendrera inévitablement une hausse des prix à long terme.

Enfin, l'injonction qui pourra être faite aux entreprises sélectionnées de « fournir des quantités minimales de produits et de prestations sur le marché français » ne paraît pas réaliste au vu du maillage actuel de la filière du dispositif médical.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Cet article permet d'avoir des financements innovants pour des systèmes qu'il faut envisager différemment. S'agissant des fauteuils, nous devons garantir aux patients des modèles adaptés à leurs besoins. Ce n'est pas toujours le cas aujourd'hui, et les restes à charge peuvent être élevés. Devant ce constat, nous souhaitons faire baisser les prix et diminuer les restes à charge.

Nous avons besoin pour cela de dispositifs innovants de tarification, qui existent déjà dans d'autres pays. Proposer de supprimer ce référencement sélectif revient à ne pas vouloir faire évoluer une situation qui est bloquée depuis plus de vingt ans, sachant que les travaux précédents de révision ont déjà échoué.

Le périmètre du dispositif vise dans un premier temps les fauteuils roulants. La procédure sera limitée dans le temps et n'empêchera pas l'entrée de nouveaux acteurs par la suite. Plusieurs candidats seront sélectionnés, de façon à pouvoir garantir l'approvisionnement et à ne pas créer de monopole.

Nous travaillons sur ce dispositif avec les fournisseurs, les professionnels, mais aussi les destinataires de ces matériels. L'avis est défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 19.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 20, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission, est ainsi libellé :

Alinéa 47

Après les mots :

au même premier alinéa

insérer les mots :

, le cas échéant équipés des aides techniques au sens du 2° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles,

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise à s'assurer que la remise en bon état d'usage concernera bien le fauteuil roulant pris dans son ensemble, et non les seuls éléments éligibles au remboursement par l'assurance maladie.

Un important reste à charge peut être lié aux aides techniques qui n'ont pas la qualité de dispositifs médicaux, mais qui font pourtant partie intégrante du fauteuil.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. La mesure cible la prise en charge de dispositifs médicaux, notamment de fauteuils roulants. Ils pourront être remis en bon état d'usage, c'est-à-dire remis en condition de sécurité, d'hygiène et de fonctionnement, après l'utilisation par une première personne qui n'en a plus l'usage. La mesure permet la prise en charge par l'assurance maladie de ce dispositif de remise en bon état. L'avis est défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 20.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 95 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Malhuret, Guerriau, Decool, Menonville et Fouché, Mme Mélot, MM. Lagourgue, Laufoaulu, Capus, Wattebled, A. Marc, Gabouty, Longeot, Bonne, Lefèvre, Moga, de Nicolaï et Bonhomme, Mmes Guillotin et Guidez, M. H. Leroy, Mme Billon et MM. Bouchet et Laménie, est ainsi libellé :

Alinéa 47

Après les mots :

d'usage

insérer les mots :

notamment par des structures du réemploi,

La parole est à Mme Colette Mélot.

Mme Colette Mélot. Cet amendement vise à la prise en compte, dans le décret prévu pour fixer les modalités d'application de l'article, les structures du réemploi qui gèrent la récupération, la valorisation et la remise en bon état d'usage de biens multiples. Cette mesure pourrait amener des structures du réemploi à réparer et remettre en état des fauteuils roulants, par exemple.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La précision apportée par cet amendement ne paraît pas nécessairement opportune. La priorité, en matière de remise en bon état d'usage, doit être donnée à des centres homologués, pas forcément à des structures de réemploi, quand bien même ces dernières peuvent être bénéficiaires d'une homologation.

En conséquence, l'avis est défavorable.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Cet amendement est satisfait. Avis défavorable.

M. le président. Madame Mélot, l'amendement n° 95 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Colette Mélot. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 95 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 34, présenté par M. Mouiller, Mme Imbert, M. Morisset, Mmes Micoulean et Deromedi, MM. Sol, D. Laurent et Brisson, Mmes Canayer, Morhet-Richaud, Eustache-Brinio et Puissat, M. Pellevat, Mme Bruguière, M. Daubresse, Mme Berthet, MM. Cardoux et Bazin, Mmes Richer et Grunty, MM. Lefèvre, Houpert, Bonhomme et Bouchet, Mmes L. Darcos, Estrosi Sassone, Lassarade et Chauvin, MM. Pierre, Kennel, Calvet, B. Fournier, Bonne et Mayet, Mmes Lavarde et Deseyne, MM. de Legge, Cuypers, Charon et Dallier, Mmes M. Mercier, Giudicelli, Garriaud-Maylam et Malet et MM. Cambon, Gremillet, Husson, Mandelli et Babary, est ainsi libellé :

Alinéa 47

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Le patient conserve sa liberté de choix entre un dispositif neuf et un dispositif remis en bon état d'usage.

La parole est à M. Philippe Mouiller.

M. Philippe Mouiller. Je salue l'initiative du Gouvernement, qui reprend une proposition du Sénat visant à la réutilisation de matériels remis en bon état de fonctionnement, notamment de fauteuils roulants. Cette avancée était attendue. Toutefois, la rédaction actuelle inquiète les associations du monde du handicap, car elle ne fait pas clairement mention de la liberté de choix du destinataire du matériel. Certes, l'information sur le caractère neuf ou remis en état de celui-ci est obligatoire, mais il me semble fondamental, pour aller au bout de la démarche, que le libre choix des personnes concernées soit explicitement mentionné.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* Avis favorable.

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

Mme Christelle Dubos, *secrétaire d'État.* Il n'est nullement question de contraindre le choix du patient, qui restera libre d'acheter le dispositif qu'il préfère. L'ajout de cette mention pourrait toutefois être source de confusion, monsieur le sénateur. Nous demandons donc le retrait de cet amendement. À défaut, l'avis sera défavorable. (*Protestations sur les travées du groupe Les Républicains.*)

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote.

Mme Nathalie Goulet. C'est le contraire, madame la secrétaire d'État : il s'agit d'un amendement de clarification, et non de confusion.

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

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 96 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Malhuret, Guerriau, Decool, Menonville et Fouché, Mme Mélot, MM. Lagourgue, Laufoaulu, Capus, Wattedled, A. Marc, Gabouty, Longeot, Lefèvre, Moga, de Nicolaÿ, Bonhomme et Mayet, Mmes Guillotin et Guidez, M. H. Leroy, Mme Billon et MM. Bouchet et Laménie, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 51

Rétablir cet alinéa dans la rédaction suivante :

« 2° Fixer le montant de la consigne mise à la charge de l'assuré pour bénéficier de la prise en charge du dispositif médical.

II. – Après l'alinéa 51

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« La consigne mentionnée au 2° ne peut donner lieu à aucune prise en charge, au titre d'aucune prestation ou allocation. Elle est rétrocédée à l'assuré par l'assurance maladie lorsqu'il restitue le dispositif conformément au 1°, sauf lorsque l'état du dispositif médical est anormalement détérioré.

La parole est à Mme Colette Mélot.

Mme Colette Mélot. Cet amendement vise à réintroduire le mécanisme de consigne initialement prévu par le Gouvernement, afin d'inciter les assurés à restituer le matériel pris en charge par l'assurance maladie pour qu'il puisse profiter à d'autres assurés.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* La commission ne s'est pas montrée favorable au rétablissement de la consigne, qui figurait dans le texte initial et qui a été supprimée par l'Assemblée nationale.

Pour rappel, ce mécanisme conditionnait le bénéfice d'un dispositif remis à neuf au versement d'une somme d'argent, qui ne pouvait donner lieu à aucune prise en charge au titre de la sécurité sociale ou de la protection sociale, et qui était rétrocédée au bénéficiaire au moment de la restitution du dispositif.

Instaurer un tel mécanisme ne nous paraît pas opportun. En conséquence, nous demandons le retrait de cet amendement. À défaut, l'avis sera défavorable.

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

Mme Christelle Dubos, *secrétaire d'État.* Même avis.

Mme Colette Mélot. Je retire l'amendement !

M. le président. L'amendement n° 96 rectifié *bis* est retiré.

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

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 140 est présenté par MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigal, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérít-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mmes Lepage, Monier, Perol-Dumont, Préville et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

L'amendement n° 208 est présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 52

1° Remplacer les mots :

peut être

par le mot :

est

2° Compléter cet alinéa par les mots :

, d'origine des pièces détachées utilisées pour les réparations, neuves ou compatibles, les périodes de garantie

La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n° 140

M. Yves Daudigny. Tous les éléments de sécurité, de matériovigilance, de sécurité sanitaire doivent faire l'objet d'une attention particulière et d'une garantie renforcée lorsqu'il s'agit d'une personne en situation de handicap, avancée en âge ou fragile.

Par ailleurs, tous les éléments d'information relatifs à la traçabilité des matériels, aux opérations de réparation et de maintenance et à l'origine des pièces détachées doivent être recensés et disponibles, afin de sécuriser les parcours des dispositifs médicaux et d'identifier les responsabilités en cas d'accident.

M. le président. La parole est à Mme Michelle Gréaume, pour présenter l'amendement n° 208.

Mme Michelle Gréaume. Je fais mien l'argumentaire développé par M. Daudigny.

M. le président. L'amendement n° 97 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Malhuret, Guerriau, Decool, Menonville et Fouché, Mme Mélot, MM. Lagourgue, Laufoaulu, Capus, Wattedled, A. Marc, Gabouty, Longeot, Lefèvre, Moga, de Nicolaÿ et Bonhomme, Mmes Guillotin et Guidez, M. H. Leroy, Mme Billon et MM. Bouchet et Laménie, est ainsi libellé :

Alinéa 52

1° Remplacer les mots :

peut être

par le mot

est

2° Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

En cas de réparation, l'origine des pièces détachées utilisées, neuves ou compatibles, ainsi que leurs périodes de garantie sont transmises.

La parole est à Mme Colette Mélot.

Mme Colette Mélot. Cet amendement, presque identique aux précédents, est défendu.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. En soi, tout dispositif conduisant à renforcer la matériovigilance sur un fauteuil roulant remis à neuf paraît intéressant. Les amendements prévoient tout de même de conditionner la prise en charge financière du fauteuil usagé à la traçabilité du moindre de ses composants, ce qui risque de contraindre de façon importante le travail des centres homologués. C'est pourquoi la commission sollicite l'avis du Gouvernement sur ces amendements.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. L'article prévoit déjà de créer un système unique de traçabilité des matériels remis en bon état. C'est une avancée importante pour favoriser la qualité et la sécurité d'emploi de ces dispositifs médicaux.

Cela étant, il est important de prévoir une entrée en vigueur progressive, d'où la présence du mot « peut-être » dans le texte. Il serait contreproductif de prévoir une entrée en vigueur immédiate.

En conséquence, l'avis est défavorable.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Sagesse.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 140 et 208.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 97 rectifié *bis* n'a plus d'objet.

L'amendement n° 209, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 58

Insérer trois alinéas ainsi rédigés :

...) Le troisième alinéa est ainsi modifié :

- à la première phrase, après le mot : « principalement », sont insérés les mots : « des montants détaillés des contributions en recherche et développement investies par le fabricant, des contributions publiques à la recherche et au développement du produit de santé concerné, d'informations concernant la provenance et le coût des principes actifs et matières premières du produit de santé concerné, » ;

- après la même première phrase, sont insérées deux phrases ainsi rédigées : « Elle prend également en compte l'information relative aux statuts des brevets protégeant le médicament ou produit de santé. Elle tient également compte du prix des génériques disponibles hors du marché européen. » ;

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a adopté un amendement contraignant les industriels à dévoiler, au moment de la fixation du prix d'un médicament, les investissements publics en recherche et développement dont ils ont bénéficié.

C'est une bonne nouvelle pour celles et ceux qui souhaitent, comme nous, instaurer une véritable démocratie sanitaire et mettre fin à une certaine omerta entourant la fixation du prix des médicaments.

Cette première étape essentielle s'inscrit dans la résolution sur la transparence votée en mai dernier à l'Assemblée mondiale de la santé. Il nous semble très important, comme à beaucoup d'entre vous, mes chers collègues, de légiférer dans ce domaine.

Aussi, notre amendement vise à reprendre une proposition de l'observatoire de la transparence dans les politiques du médicament. En effet, notre seul regret porte sur la disposition adoptée à l'Assemblée nationale, sur l'initiative du Gouvernement, qui renvoie les modalités de la transparence à un décret d'application devant être adopté d'ici à janvier 2021 et qui supprime la prise en compte des informations fournies dans la fixation des prix.

Pour ces raisons, nous proposons d'aller un peu plus loin, en ne se limitant pas aux investissements totaux des industriels, mais en tenant compte également des montants détaillés des contributions en recherche et développement investies par le fabricant, des contributions publiques à la recherche et au développement du produit de santé concerné, d'informations concernant la provenance et le coût des principes actifs et matières premières, ainsi que du statut des brevets.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a adopté à l'article 29 un amendement qui a pour objet la publicité des fonds publics attribués aux exploitants de spécialités pharmaceutiques en matière de recherche et développement.

Compte tenu de la sensibilité de ces données et surtout de la complexité de leur interprétation, un décret a été prévu. Ainsi, le premier point de cet amendement, dont l'imputation est d'ailleurs discutable, me paraît largement satisfait.

La disposition relative au statut des brevets – c'est le second point de cet amendement – me laisse plus perplexe. Il est vrai que la base principale de données relatives aux brevets, qui est gérée par l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle, est alimentée par les entreprises pharmaceutiques et ne donne pas toute satisfaction en matière de transparence.

Pour autant, les leviers à la main de l'État n'ont pas vocation à percer excessivement le secret des affaires, mais à permettre son intervention ponctuelle pour garantir l'intérêt public.

Mme Laurence Cohen. Ah, le fameux secret des affaires !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. C'est notamment le cas de la licence d'office, qui est très peu activée, j'en conviens. À mon sens, la politique des brevets de médicaments qui doit concilier le droit commun de l'initiative privée et les objectifs de santé publique est certainement perfectible, mais mérite un travail bien plus approfondi avant de légiférer.

C'est pourquoi l'avis de la commission est défavorable.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Même avis.

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

Mme Laurence Cohen. J'imagine que notre amendement ne va pas être adopté, mais nous le maintiendrons, parce que nous nous appuyons sur le travail, étayé, de l'observatoire de la transparence dans les politiques du médicament.

Surtout, M. le rapporteur général nous dit que ce sujet mérite d'être examiné plus avant et Mme la secrétaire d'État répond qu'elle est du même avis... Dès lors, allez-vous engager ce travail approfondi ? Vous semblez reconnaître qu'il existe une certaine opacité sur la formation des prix, mais vous nous dites que vous allez réfléchir... Dans le cadre d'un débat au Parlement, tout cela n'est pas très sérieux !

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

M. Bernard Jomier. Je voterai cet amendement, ainsi que l'amendement n° 210 que nous examinerons ensuite. Ils sont tous deux dans la droite ligne des déclarations que le chef de l'État a faites lors d'une réunion à Genève sur ce thème.

J'entends l'argument de M. le rapporteur général sur la nécessité de renvoyer les conditions d'application à un décret, mais personne ne peut contester le fait que, en la matière, nous devons améliorer la transparence. Sur la politique du médicament, l'opinion publique elle-même se pose beaucoup de questions, et la meilleure façon d'y répondre est de mettre tous les éléments sur la table.

Lors d'une récente audition, le président du Comité consultatif national d'éthique nous rappelait que les dividendes versés par l'industrie du médicament au niveau mondial dépassaient ceux de l'industrie du luxe ! Cet argent n'est pas investi dans la recherche ou au bénéfice des patients. De telles informations méritent d'être mises dans le débat public et discutées. Sinon, les positions se cristallisent et deviennent irréconciliables, ce qui ne profite à personne.

Les enjeux des coûts de l'innovation et des nouveaux médicaments – immunothérapies, etc. – sont connus et importants. Il faut donc accepter les perspectives tracées à Genève en termes de transparence du secteur du médicament.

Ces deux amendements vont tout à fait dans ce sens, et sans excès !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 209.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 210, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 67

Compléter cet alinéa par les mots :

ainsi que les dépenses pour l'acquisition des brevets ayant permis la commercialisation des médicaments concernés

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Cet amendement a la même philosophie que le précédent. Je considère donc qu'il est défendu, monsieur le président.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Défavorable.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 210.

(L'amendement n'est pas adopté.)

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

L'amendement n° 106 rectifié *bis* est présenté par Mme Imbert, M. Pellevat, Mmes Morhet-Richaud, Micouleau, Puissat et Ramond, M. Vaspert, Mmes Bonfanti-Dossat et M. Mercier, M. Savary, Mme Bruguère, MM. D. Laurent et Morisset, Mmes L. Darcos et Gruny, MM. Brisson, de Nicolaÿ, Sol et Lefèvre, Mme Noël, MM. Rapin et Mandelli, Mme Deromedi, MM. Karoutchi, Saury et Genest, Mme Lamure, M. Bonne, Mme Deseyne, MM. Groperrin et Bascher, Mme Berthet et MM. Poniatowski et Mouiller.

L'amendement n° 141 est présenté par MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigalas, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérît-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mmes Lepage, Monier, Perol-Dumont, Prévillie et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 67

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Cette déclaration ne s'applique pas aux exploitants ou aux fournisseurs de distributeur au détail de produits et prestations dont les organisations représentatives disposent des moyens techniques nécessaires pour transmettre ces données.

La parole est à Mme Corinne Imbert, pour présenter l'amendement n° 106 rectifié *bis*.

Mme Corinne Imbert. L'article 28 impose la transmission des données relatives aux prix pratiqués entre les intermédiaires – fabricants, distributeurs en gros ou au détail – sur le marché de la liste des produits et prestations.

La transparence des données relatives à la vente des produits ou prestations par les exploitants ou les fournisseurs de distributeurs au détail doit être renforcée. Les pharmaciens sont volontaires pour participer à ce contrôle accru.

Les organisations syndicales des pharmaciens d'officine sont en mesure de transmettre, sur la base d'un panel représentatif, des informations détaillées, précises et suffisantes au comité économique des produits de santé, le CEPS. Les modalités de transmission des données par les organisations syndicales représentatives sont d'ailleurs définies dans l'accord-cadre avec le CEPS.

Dans l'éventualité où le CEPS aurait besoin d'informations plus spécifiques pour une série de dispositifs médicaux, le décret en Conseil d'État prévu au nouvel article L. 165-2-2 du code de la sécurité sociale pourrait fixer les modalités précises de requête et de transmission de ces données.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n° 141.

M. Yves Daudigny. Il est défendu, monsieur le président.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Le dispositif de ces amendements identiques paraît intéressant, dans la mesure où il ouvre la possibilité à certains distributeurs de faire parvenir au CEPS un panel de données pertinentes.

Pour autant, la commission a souhaité recueillir l'avis du Gouvernement, en raison du risque que ces dérogations pourraient entraîner en matière d'homogénéité des systèmes d'information.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Tout à l'heure, on nous demandait davantage de traçabilité des prix – cet article constitue d'ailleurs une avancée majeure en la matière –, alors que cet amendement a pour objet d'exonérer de l'obligation prévue certains exploitants.

Cette mesure créerait une inégalité de traitement entre les différents types d'entreprises en fonction de la possibilité pour elles d'être représentées ou non. Cela viendrait également compliquer l'exploitation des données, puisque certains fabricants fourniraient des données fines et d'autres des données agrégées.

L'avis du Gouvernement est donc défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Corinne Imbert, pour explication de vote.

Mme Corinne Imbert. Avant de déposer cet amendement, j'ai lu à plusieurs reprises l'article 28, et il faut reconnaître, madame la secrétaire d'État, qu'il est peu compréhensible.

Les professionnels sont d'accord pour transmettre les informations, mais nous proposons que cela puisse se faire sur la base d'un panel et que les organisations représentatives qui en ont les moyens soient habilitées à le faire, plutôt que chaque distributeur. Cela aurait l'avantage de regrouper les transmissions. Je le redis, ce n'est pas un refus de transparence, bien au contraire.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 106 rectifié *bis* et 141.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 35, présenté par M. Mouiller, Mme Imbert, M. Morisset, Mmes Micouleau et Deromedi, MM. Sol, D. Laurent et Brisson, Mmes Canayer, Morhet-Richaud, Eustache-Brinio et Puissat, M. Pellevat, Mme Bruguère, M. Daubresse, Mme Berthet, MM. Cardoux et Bazin, Mmes Richer et Gruny, MM. Lefèvre, Houpert, Bonhomme et Bouchet, Mmes L. Darcos, Estrosi Sassone, Lassarade et Chauvin, MM. Pierre, Kennel, Calvet, B. Fournier, Bonne et Mayet, Mmes Lavarde et Deseyne, MM. de Legge, Cuypers, Charon et Dallier, Mmes M. Mercier, Giudicelli, Garriaud-Maylam et Malet et MM. Cambon, Raison, Gremillet, Husson et Mandelli, est ainsi libellé :

Alinéa 131

Compléter cet alinéa par les mots :

, outre les dispositions prévues au présent chapitre

La parole est à M. Philippe Mouiller.

M. Philippe Mouiller. Cet amendement de précision vise à rendre pleinement applicable aux dispositifs médicaux remis en bon état d'usage le droit commun en matière de matériovigilance, ce que le texte initial ne prévoit que de manière très succincte.

Je le répète, au regard de la mobilisation des associations du monde du handicap, je pense qu'il est nécessaire que le texte soit particulièrement explicite. Le Gouvernement a tout intérêt à mieux communiquer, de façon à rassurer les futurs utilisateurs.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Favorable, monsieur le président.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Le code de la santé publique, notamment dans sa partie réglementaire, prévoit déjà le signalement des événements de matériovigilance, et c'est le décret d'application, en cohérence avec ce qui se fait déjà, qui précisera les choses en ce qui concerne cet article.

L'avis du Gouvernement est donc défavorable.

M. le président. La parole est à M. Philippe Mouiller, pour explication de vote.

M. Philippe Mouiller. Madame la secrétaire d'État, j'entends votre argument juridique, mais il me semble que vous ratez une occasion !

L'évolution prévue à cet article concernant le matériel remis en bon état d'usage est une réelle avancée, et vous la gâchez, parce que vous ne montrez pas la plus-value du dispositif. Finalement, vous inquiétez l'ensemble des personnes concernées et vous perdez en termes de communication, alors que la démarche est plutôt positive. Je le regrette.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 35.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 211, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale prévoit la prise en charge d'un dispositif médical remis en bon état d'usage ou pouvant

faire l'objet d'une remise en bon état d'usage dans les conditions prévues au présent article, aucune disposition ne peut contraindre un utilisateur à acquérir un tel produit alternativement à un produit neuf. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Il est défendu, monsieur le président.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* Défavorable.

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

Mme Christelle Dubos, *secrétaire d'État.* Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 211.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 28, modifié.

(L'article 28 est adopté.)

Article 28 bis

- ① La sous-section 1 de la section 1 du chapitre V du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :
- ② 1° L'article L. 165-1-5 est ainsi modifié :
- ③ a) Le I est ainsi modifié :
- ④ – les deux premières phrases du premier alinéa sont remplacées par cinq phrases ainsi rédigées : « Un exploitant peut, pour certains de ses produits et prestations, en vue d'une inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et pour une indication particulière, faire une demande de prise en charge transitoire par l'assurance maladie. Dans le cas d'un dispositif médical, le produit doit disposer d'un marquage "CE" dans l'indication considérée. Cette prise en charge est décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la commission mentionnée au même article L. 165-1 et dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. Lorsqu'aucune demande d'inscription n'a été déposée, pour l'indication considérée, sur la liste mentionnée audit article L. 165-1 dans un délai de douze mois à compter de la demande de prise en charge transitoire prévue au présent I, cette prise en charge est suspendue. Le décret précité fixe également les situations et les conditions dans lesquelles les ministres compétents peuvent suspendre la prise en charge transitoire ou y mettre fin. » ;
- ⑤ – le second alinéa est supprimé ;
- ⑥ b) Les II à IV sont remplacés par des II à V ainsi rédigés :
- ⑦ « II. – Lorsque les ministres compétents envisagent la prise en charge transitoire d'un produit ou d'une prestation pour une indication particulière, l'exploitant leur propose le montant de la compensation maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit ou la prestation dès lors que ce produit ou cette prestation ne fait pas l'objet d'une prise en charge au titre de la liste prévue à l'article L. 165-1 pour au moins l'une de ses indications. Les ministres chargés de la santé ou de la sécurité sociale peuvent s'y opposer par une décision motivée et, dans ce cas, adressent une proposition de fixation du montant de la compensation

susceptible d'être accordée. En cas de refus de cette proposition par l'exploitant, la demande de prise en charge transitoire est réputée abandonnée.

- ⑧ « III. – Un produit ou une prestation ayant fait l'objet d'une prise en charge transitoire pour une indication donnée au titre du I du présent article et dont la prise en charge est suspendue peut être éligible à un renouvellement de cette prise en charge si l'exploitant dépose, dans les douze mois suivant cette suspension, une demande d'inscription, pour l'indication considérée, sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État. Au-delà de la période de douze mois précitée, l'exploitant de ce produit ou prestation n'est plus éligible à déposer une nouvelle demande de prise en charge transitoire pour l'indication considérée.
- ⑨ « IV. – Lorsqu'un produit ou une prestation ayant fait l'objet d'une prise en charge transitoire au sens du I du présent article est inscrit au remboursement au titre de la liste prévue à l'article L. 165-1 et fait l'objet d'un tarif de responsabilité et, le cas échéant, d'un prix fixé par convention avec le Comité économique des produits de santé au titre de l'une ou de plusieurs de ses indications, la convention détermine le prix net de référence du produit ou de la prestation au sens de l'article L. 165-4. Si ce prix net de référence est inférieur au montant de la compensation définie au II du présent article, l'exploitant reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de la totalité de la période de prise en charge transitoire, et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence.
- ⑩ « V. – Pour l'application du IV du présent article, pour une indication particulière, lorsque le produit ou la prestation ayant fait l'objet d'une prise en charge transitoire au titre du I et, le cas échéant, du III est inscrit au remboursement au titre de la liste prévue à l'article L. 165-1 pour l'indication considérée et fait l'objet d'un prix ou d'un tarif fixé par décision du Comité économique des produits de santé, ou lorsque les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale refusent l'inscription sur ladite liste d'un produit ou d'une prestation ayant fait l'objet d'une prise en charge transitoire au titre du I et, le cas échéant, du III pour l'indication considérée, ou lorsqu'aucune inscription sur ladite liste pour l'indication considérée n'est intervenue dans les trente mois suivant la demande de prise en charge transitoire prévue au I, le Comité économique des produits de santé peut établir un prix de référence ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu, en fonction des critères de fixation et de modification des tarifs de responsabilité et des prix prévus aux articles L. 165-2 et L. 165-3. » ;
- ⑪ 2° Après le même article L. 165-1-5, il est inséré un article L. 165-1-5-1 ainsi rédigé :
- ⑫ « Art. L. 165-1-5-1. – I. – La prise en charge transitoire d'un produit ou d'une prestation, pour une indication particulière, au titre de l'article L. 165-1-5, implique l'engagement de l'exploitant du produit ou de la prestation de permettre d'assurer la continuité des traitements initiés :

- ⑬ « 1° Pendant la durée de la prise en charge transitoire, et du renouvellement éventuel de celle-ci, au titre des I et III du même article L. 165-1-5 ;
- ⑭ « 2° Le cas échéant, pendant la durée de la période de suspension de la prise en charge transitoire prévue au I dudit article L. 165-1-5 ;
- ⑮ « 3° Et pendant une durée d'au moins un an à compter, pour l'indication considérée, de l'arrêt de la prise en charge transitoire au titre du même article L. 165-1-5.
- ⑯ « Ces dispositions ne s'appliquent pas si le produit ou la prestation, pour l'indication concernée, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients. Le délai d'un an mentionné au 3° du présent I est ramené à quarante-cinq jours lorsque l'indication concernée fait l'objet d'un refus de prise en charge au titre de la liste prévue à l'article L. 165-1.
- ⑰ « Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge transitoire au titre de l'article L. 165-1-5, les conditions de prise en charge, le cas échéant fixées par le Comité économique des produits de santé, s'appliquent.
- ⑱ « II. – En cas de manquement aux obligations de continuité des traitements définies au I du présent article, le Comité économique des produits de santé peut prononcer à l'encontre de l'entreprise concernée, après que cette dernière a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à laquelle s'appliquent les dispositions du troisième alinéa du V de l'article L. 165-3-3. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre du produit ou de la prestation mentionné au I, durant les vingt-quatre mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.
- ⑲ « Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret en Conseil d'État. » – (Adopté.)

Article 28 ter

Dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le montant consolidé de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie résultant du remboursement des dispositifs médicaux, ventilé selon les différentes modalités de remboursement. – (Adopté.)

Article 29

- ① I. – Le titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le dernier alinéa de l'article L. 5121-10-2 est supprimé ;
- ③ 2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 5123-2, après la référence : « L. 5124-13 », sont insérés les mots : « ou faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 » ;
- ④ 3° Après l'article L. 5124-13-1, il est inséré un article L. 5124-13-2 ainsi rédigé :

- ⑤ « Art. L. 5124-13-2. – Une spécialité pharmaceutique faisant l'objet d'une distribution parallèle est une spécialité :
- ⑥ « 1° Ayant une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne en application du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments ;
- ⑦ « 2° Et importée d'un autre État membre ou partie à l'Espace économique européen par un établissement pharmaceutique autre que le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou autre que l'entreprise qui en assure l'exploitation en vue de sa commercialisation sur le territoire français. » ;
- ⑧ 4° L'article L. 5124-18 est complété par un 15° ainsi rédigé :
- ⑨ « 15° Les obligations des entreprises assurant la distribution parallèle de médicaments au sens de l'article L. 5124-13-2 ainsi que les conditions dans lesquelles les médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle sont commercialisés en France. » ;
- ⑩ 4° bis Le deuxième alinéa du II de l'article L. 5125-23 est ainsi modifié :
- ⑪ a) Après la deuxième phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Parmi ces situations médicales, certaines peuvent en outre faire l'objet d'une exclusion de substitution par le pharmacien, même lorsque le prescripteur n'a pas exclu cette possibilité sur l'ordonnance. » ;
- ⑫ b) Avant la dernière phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « L'arrêté mentionné au présent alinéa peut également préciser les situations médicales dans lesquelles cette exclusion peut être justifiée par le pharmacien, notamment sur l'ordonnance, ainsi que, le cas échéant, les modalités de présentation de cette justification par le pharmacien et d'information du prescripteur. » ;
- ⑬ 5° Les articles L. 5125-23-2 et L. 5125-23-3 sont abrogés.
- ⑭ II. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑮ 1° Le premier alinéa de l'article L. 138-1 est ainsi modifié :
- ⑯ a) Après la première occurrence du mot : « pharmaceutiques », sont insérés les mots : « , par les entreprises bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle pour une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique, par les entreprises assurant la distribution parallèle de spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code » ;
- ⑰ b) Les mots : « du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « dudit code » ;
- ⑱ 2° À l'intitulé de la section 2 du chapitre VIII du titre III, après le mot : « exploitation », sont insérés les mots : « , l'importation parallèle ou la distribution parallèle » ;
- ⑲ 3° Le I de l'article L. 138-10 est ainsi modifié :

- 20 a) Après le mot : « exploitation », sont insérés les mots : « , l'importation parallèle ou la distribution parallèle » ;
- 21 b) La référence : « et L. 5124-2 » est remplacée par les références : « L. 5124-2, L. 5124-13 et L. 5124-13-2 » ;
- 22 4° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 138-13, les mots : « exploitant les » sont remplacés par les mots : « assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle des » ;
- 23 4° bis (nouveau) Après le 2° du III de l'article L. 162-16, dans sa rédaction résultant de l'article 66 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 24 « Pour les groupes génériques, la limitation de la base de remboursement mentionnée au présent III s'applique à compter de deux ans suivant la publication au *Journal officiel* ou, le cas échéant, au Bulletin officiel des produits de santé du prix de la première spécialité générique du groupe. » ;
- 25 5° Le V du même article L. 162-16, dans sa rédaction résultant de l'article 66 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 précitée, est abrogé ;
- 26 6° L'article L. 162-16-4 est ainsi modifié :
- 27 a) À la première phrase du premier alinéa du I, après le mot : « médicament », sont insérés les mots : « , l'entreprise assurant l'importation parallèle du médicament ou l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament » ;
- 28 b) Le II est complété par un 7° ainsi rédigé :
- 29 « 7° Le médicament fait l'objet d'une importation parallèle au sens de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code. » ;
- 30 7° Après l'article L. 162-16-4-1, sont insérés des articles L. 162-16-4-2 et L. 162-16-4-3 ainsi rédigés :
- 31 « Art. L. 162-16-4-2. – Le prix de cession des préparations magistrales et des préparations hospitalières, définies aux 1° et 2° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, pour la nutrition parentérale à domicile, prises en charge par les organismes d'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code, est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le prix peut notamment être différent selon des catégories de préparations définies après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique.
- 32 « Les préparations magistrales et les préparations hospitalières relevant du premier alinéa du présent article sont définies respectivement comme des mélanges individualisés ou standardisés de nutrition parentérale indiqués aux enfants ou aux adultes.
- 33 « Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article, notamment les catégories de préparations, les procédures et délais de fixation des prix, les critères de fixation des prix, les règles selon lesquelles certaines préparations pour nutrition parentérale à domicile peuvent être prises en charge par l'assurance maladie ou exclues de celle-ci ainsi que les modalités de sélection des établissements concernés.
- 34 « Art. L. 162-16-4-3. – I. – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent fixer par arrêté, pour certains médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou pour certains produits de santé financés au titre des prestations d'hospitalisation définies à l'article L. 162-22-6 du présent code autres que les médicaments, un prix maximal de vente aux établissements de santé, dans au moins l'une des situations suivantes :
- 35 « 1° En cas de risque de dépenses injustifiées, notamment au regard d'une augmentation significative des prix de vente constatés ou au regard des prix de produits de santé comparables ;
- 36 « 2° Dans le cas de produits de santé qui, à titre unitaire ou compte tenu de leur volume global, ont, de manière prévisible ou constatée, un caractère particulièrement coûteux pour certains établissements.
- 37 « II. – Le prix maximal prévu au I est fixé, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations :
- 38 « 1° Pour les médicaments, au regard d'au moins l'un des critères mentionnés à la seconde phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé au regard d'au moins l'un des critères prévus au II du même article L. 162-16-4 ;
- 39 « 2° Pour les produits de santé autres que les médicaments, au regard d'au moins l'un des critères mentionnés au dernier alinéa du I de l'article L. 165-2. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé au regard d'au moins l'un des critères prévus au II du même article L. 165-2.
- 40 « III. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. » ;
- 41 8° À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-16-5, la première occurrence du mot : « ou » est remplacé par les mots : « , faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code ou disposant » ;
- 42 9° Au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6, après la première occurrence du mot : « entreprise », sont insérés les mots : « titulaire des droits d'exploitation de ces spécialités, l'entreprise assurant leur importation parallèle ou l'entreprise assurant leur distribution parallèle » ;
- 43 9° bis (Supprimé)
- 44 10° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17, la référence : « L. 601 » est remplacée par la référence : « L. 5121-8 » et, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « , les médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code » ;
- 45 11° À la fin du troisième alinéa du I de l'article L. 162-17-3, les mots : « Journal officiel de la République française » sont remplacés par les mots : « Bulletin officiel des produits de santé » ;
- 46 12° L'article L. 162-17-3-1 est complété par un III ainsi rédigé :
- 47 « III. – Les informations et décisions relatives au remboursement, à la prise en charge, aux prix, aux tarifs et à l'encadrement de la prescription et de la dispensation des médicaments, des dispositifs médicaux, des

autres produits de santé et, le cas échéant, des prestations associées sont publiées au Bulletin officiel des produits de santé. » ;

48 13° Le 1° de l'article L. 162-17-4 est abrogé ;

49 13° *bis* (nouveau) Après l'article L. 162-17-4-2, il est inséré un article L. 162-17-4-3 ainsi rédigé :

50 « Art. L. 162-17-4-3. – Les entreprises mettent à la disposition du Comité économique des produits de santé, pour chacun des médicaments inscrits ou ayant vocation à être inscrits sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code, le montant des investissements publics de recherche et développement dont elles ont bénéficié pour le développement desdits médicaments. Ce montant est rendu public. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret. » ;

51 14° Au second alinéa de l'article L. 162-17-5, après le mot : « prestations », sont insérés les mots : « ou assurant l'importation parallèle ou la distribution parallèle de ces médicaments » ;

52 15° Au premier alinéa de l'article L. 162-17-7, après la deuxième occurrence du mot : « médicament », sont insérés les mots : « , qui assure son importation parallèle ou qui assure sa distribution parallèle » ;

53 16° L'article L. 162-18 est ainsi modifié :

54 a) Au premier alinéa du I, après le mot : « exploitent », sont insérés les mots : « , qui assurent l'importation parallèle ou qui assurent la distribution parallèle d' » ;

55 b) Le II est ainsi modifié :

56 – le premier alinéa est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

57 « II. – Pour :

58 « 1° Les spécialités susceptibles d'être utilisées, au moins en partie, concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments ;

59 « 2° Les spécialités bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code, ainsi pour les spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires à ces dernières,

60 « le remboursement par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques inscrites, au moins pour l'une de leurs indications, sur les listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7 ou L. 162-23-6, ou prises en charge au titre de l'article L. 162-17-2-1, peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les entreprises qui exploitent ces spécialités, qui assurent leur importation parallèle ou qui assurent leur distribution parallèle. Les remises peuvent concerner une spécialité ou, le cas échéant, un ensemble de spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte au moins l'un des critères prévus aux I ou II de l'article L. 162-16-4, appliqué aux prix nets ou aux tarifs nets au sens du dernier alinéa du I du présent article. » ;

61 – au second alinéa, après le mot : « spécialité », sont insérés les mots : « , assurant son importation parallèle ou assurant sa distribution parallèle » ;

62 17° À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-22-7, après la première occurrence du mot : « marché », sont insérés les mots : « , de l'entreprise assurant l'exploitation, de l'entreprise assurant l'importation parallèle, de l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament » ;

63 18° À l'article L. 245-1, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code ou assurant la distribution parallèle, au sens de l'article L. 5124-13-2 dudit code, » ;

64 19° À la seconde phrase du 1° du I de l'article L. 245-2, après le mot : « exploitation », sont insérés les mots : « , à l'importation parallèle ou à la distribution parallèle » ;

65 20° L'article L. 245-6 est ainsi modifié :

66 a) Au I, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code ou assurant la distribution parallèle, au sens de l'article L. 5124-13-2 dudit code, » ;

67 b) Le 4° du II est abrogé ;

68 c) Au VI, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code ou assurant la distribution parallèle, au sens de l'article L. 5124-13-2 dudit code, » .

69 III. – A. – L'article L. 162-16-4-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du présent article, entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2021.

70 A *bis* (nouveau). – Le 4° *bis* du II entre en vigueur à une date fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, et au plus tard le 1^{er} janvier 2022. Les dispositions du même 4° *bis* ne s'appliquent pas aux groupes génériques pour lesquels le prix d'une spécialité générique a été publié au *Journal officiel* ou, le cas échéant, au Bulletin officiel des produits de santé antérieurement à cette date d'entrée en vigueur.

71 B. – Les 11° et 12° du II entrent en vigueur à une date fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, et au plus tard le 1^{er} mars 2022.

72 C (nouveau). – Le 13° *bis* du II entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2021.

M. le président. L'amendement n° 21, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission, est ainsi libellé :

Alinéa 13

Remplacer cet alinéa par deux alinéas ainsi rédigés :

5° Après le 3° de l'article L. 5125-23-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° La substitution n'est pas exclue par une recommandation établie, après consultation des professionnels de santé et des associations agréées d'usagers du système de santé, et publiée par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 ; » .

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a produit en 2016 à propos de la substitution d'un biosimilaire une position très claire : même en cours de traitement, elle ne présente pas de danger particulier, pour autant que cette substitution soit exclusivement de l'initiative du médecin, et non de celle du pharmacien d'officine.

L'abrogation qu'opère le projet de loi de la possibilité de substitution par le pharmacien est néanmoins regrettable, car le contrôle par le prescripteur est déjà assuré par la possibilité qui lui est ouverte de spécifier le caractère non substituable du médicament biologique de référence et par son information obligatoire par le pharmacien, dans des conditions précises par décret.

Il a été objecté que le retard de publication de ce décret empêchait la bonne information du prescripteur. Ces délais sont notamment liés à la montée en charge encore embryonnaire de la messagerie sécurisée de santé, dont il est prévu qu'elle sera, un jour, largement déployée...

L'amendement tend à revenir sur l'abrogation décidée par le texte en raison du signal très négatif qui serait envoyé aux fabricants de biosimilaires, ainsi que de l'utilité pour certaines pathologies, notamment le diabète, d'une substitution d'un biosimilaire par le pharmacien d'officine. Il a pour objet de préciser que la substitution peut encore avoir lieu, mais dans un cadre plus sécurisé, en permettant à l'ANSM de la réguler par des recommandations.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Je voudrais dire très clairement que le Gouvernement soutient sans réserve le développement des médicaments biosimilaires. Nous n'avons pas attendu pour agir le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. Plusieurs mesures incitatives ont d'ores et déjà été mises en place, et d'autres vous sont proposées aujourd'hui.

Si nous soutenons leur développement, nous ne souhaitons pas le faire à n'importe quel prix, car les biosimilaires ne sont pas des génériques.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 propose de supprimer la possibilité de mettre en œuvre une substitution par le pharmacien, qui a été introduite en 2014. Il y va de la qualité et de la sécurité des soins, ni plus, ni moins.

Pour essayer de mettre tout le monde d'accord, il nous faut repartir d'une page blanche en ce qui concerne l'interchangeabilité des biosimilaires, et nous devons y travailler avec les pharmaciens, les prescripteurs et les patients. Notre objectif à tous est le même : garantir le bon usage en cas d'alternance entre médicaments interchangeables.

Je me suis engagée auprès de l'Assemblée nationale à travailler sur cette question, avec un seul objectif : l'intérêt des patients. Dans l'attente de ce travail, nous conservons le prescripteur au cœur du dispositif.

L'avis du Gouvernement est donc défavorable sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 21.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 22, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 29

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° En cas de risque de dépenses injustifiées, notamment au regard d'une augmentation significative des prix de vente constatés. » ;

II. – Alinéas 34 à 40

Supprimer ces alinéas.

III. – Après l'alinéa 62

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Après le 8° du II de l'article L. 165-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Le caractère particulièrement coûteux pour certains établissements de certains produits de santé, à titre unitaire ou compte tenu de leur volume global. » ;

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La possibilité accordée à l'État de fixer un prix maximal de cession pour certains médicaments ou produits de santé a suscité l'incompréhension des acteurs concernés.

En effet, elle introduit une dérogation au principe équilibré de la négociation conventionnelle du prix entre l'industriel et le CEPS, et les critères susceptibles de provoquer cette fixation unilatérale sont décrits de façon à être à tout moment opposables aux industriels au mépris de la loyauté qui régit normalement les conditions de la commande publique.

En conséquence, cet amendement vise à renvoyer à la négociation conventionnelle entre l'industriel et le CEPS les deux cas évoqués par l'article 29.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 22.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 212, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 45

Remplacer cet alinéa par trois alinéas ainsi rédigés :

11° Le troisième alinéa du I de l'article L. 162-17-3 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « tarifs », sont insérés les mots : « , les conventions mentionnées à l'article L. 162-16-4 » ;

b) Après le mot : « publiés », sont insérés les mots : « au Bulletin officiel des produits de santé et » ;

La parole est à Mme Marie-Noëlle Lienemann.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Cet amendement a pour objet de rendre publiques les conventions signées par le CEPS avec l'industrie pharmaceutique, y compris les remises qui lui sont accordées – cette dernière précision est extrêmement importante.

Aujourd'hui, le prix facial des médicaments est publié au *Journal officiel* et les informations sur ce qui est réellement payé par le système de santé ne sont pas disponibles, alors que les prix des produits de santé ont un impact direct sur l'accès aux soins des patients.

L'industrie pharmaceutique préférerait évidemment continuer de rester dans l'ombre au motif du secret économique, mais nos concitoyennes et nos concitoyens n'acceptent plus ces arrangements entre amis. Il faut établir la transparence, car il s'agit d'un véritable problème démocratique et sanitaire.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise à rendre publiques les conventions passées entre les exploitants pharmaceutiques et le CEPS, en insistant notamment sur le niveau des remises.

Je signale aux auteurs de cet amendement que le rapport annuel d'activité du CEPS fait état du montant global des remises consenties par les exploitants. Compte tenu des objectifs de santé publique et de maîtrise des dépenses d'assurance maladie que doit servir le CEPS, la publicité d'un chiffre global me paraît absolument essentielle.

En revanche, la phase de négociation préalable, qui fait intervenir individuellement le CEPS et chaque exploitant, relève à mon sens du secret des affaires.

Cet équilibre délicat entre l'application ordinaire du droit des affaires à l'activité pharmaceutique, qui reste un secteur comme un autre, et les objectifs d'intérêt public spécifiques à ce secteur se matérialise dans la nature quelque peu singulière du CEPS, qui ne se confond pas avec le ministère de la santé, et dans la publicité limitée au chiffre global.

L'avis de la commission est donc défavorable.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 212.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 142, présenté par MM. Jomier, Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais, Jasmin, Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigalas, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérít-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mmes Lepage, Monier, Perol-Dumont, Préville et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

Alinéa 47

Après le mot :

relatives

insérer les mots :

à l'autorisation de mise sur le marché,

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Le présent amendement a pour objet de faire figurer au nouveau bulletin officiel des produits de santé l'information concernant l'autorisation de mise sur le marché, car celle-ci est loin de constituer une étape obligatoire pour tous les produits de santé.

En effet, les dispositifs médicaux ne sont pas soumis aux mêmes règles et contrôles par les autorités sanitaires que les médicaments. La réglementation européenne les considère comme des objets de consommation et, à la Commission européenne, ils sont rattachés à la direction générale des entreprises, et non à la direction générale de la santé.

Ainsi, tandis que les médicaments ne peuvent pas être commercialisés sans une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, un simple marquage CE pour conformité européenne suffit à commercialiser les dispositifs médicaux, y compris les plus à risques, comme les implants. Ces derniers ayant vocation à rester dans le corps pendant des années, il est logique que nos concitoyens s'imaginent qu'ils font l'objet des mêmes règles de sécurité sanitaire que les médicaments.

Cette situation a notamment été révélée par le travail d'investigation *Implant Files* conduit par un consortium international de journalistes, mais elle est la conséquence de plusieurs décennies de laxisme et de contrôle passif du marché, selon l'expression utilisée par l'IGAS dans un rapport d'audit, qui a été remis à Mme la ministre des solidarités et de la santé il y a un an.

Une nouvelle réglementation engagée à l'échelon européen devrait entrer en vigueur en 2020, mais elle ne placera pas les dispositifs médicaux les plus à risque sous un régime d'autorisation de mise sur le marché.

Faute d'action plus déterminée des autorités françaises et européennes, il convient de renforcer par tout moyen la transparence, pour permettre aux patients de faire des choix éclairés.

Tel est l'objet de cet amendement.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'idée nous paraît bonne : elle permettra de distinguer les dispositifs médicaux ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché et les autres.

L'avis de la commission est donc favorable.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. L'objectif du bulletin officiel est de regrouper l'ensemble des décisions relatives à la prise en charge des produits de santé.

Or les publications relatives aux autorisations de mise sur le marché sont des décisions de police sanitaire et elles sont déjà rendues publiques sur le site de l'ANSM. La publication conjointe de décisions de police sanitaire et de prise en charge me paraît contraire à votre objectif de lisibilité des décisions.

L'avis du Gouvernement est donc défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote.

Mme Nathalie Goulet. Je vais soutenir cet amendement.

La mission d'information du Sénat sur les dispositifs médicaux implantables et les interventions à visée esthétique, qui était présidée par Chantal Jouanno, avait déjà formulé cette préconisation. C'était en 2012, mais je ne vois pas pourquoi aujourd'hui nous ne soutiendrions pas une telle mesure.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 142.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Avant de voter l'article 29, je voudrais poser une question à Mme la secrétaire d'État.

Le Gouvernement a fait adopter en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale un amendement qui a pour objet, d'ici à 2022, un mécanisme de transition lors de la mise à disposition d'une spécialité générique. La date d'entrée en vigueur de l'article 66 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, qui a institué le principe selon lequel les médicaments princeps et génériques sont remboursés de la même façon, sera-t-elle modifiée en conséquence ?

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Non, monsieur le président de la commission ! Le nouveau dispositif laisse au pouvoir réglementaire une marge d'appréciation pour la date d'entrée en vigueur. Nous pourrions donc moduler cette date, pour avoir le temps d'adapter le système d'information de la CNAM.

M. le président. Je mets aux voix l'article 29, modifié.

(L'article 29 est adopté.)

Article 29 bis

- ① I. – À titre expérimental, pour une durée de deux ans, l'État peut autoriser l'usage médical du cannabis sous la forme de produits répondant aux standards pharmaceutiques, dans certaines indications ou situations cliniques réfractaires aux traitements indiqués et accessibles.
- ② II. – Les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation sont définies par voie réglementaire. Elles précisent notamment les conditions de prise en charge, le nombre de patients concernés, les modalités d'importation, de production, d'approvisionnement, de prescription et de délivrance par les pharmacies hospitalières et d'officine ainsi que les conditions d'information et de suivi des patients et de formation des professionnels de santé.
- ③ III. – Dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport portant notamment sur l'usage médical du cannabis pour les malades, leur suivi, l'organisation du circuit de prescription et de dispensation ainsi que sur les dépenses engagées. Ce rapport étudie, en particulier, la pertinence d'un élargissement du recours à l'usage médical du cannabis au terme de l'expérimentation et, le cas échéant, les modalités de sa prise en charge par l'assurance maladie.

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

L'amendement n° 213, présenté par Mmes Benbassa, Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

La production de cannabis à usage thérapeutique et médical doit être issue de l'agriculture biologique française à hauteur d'au moins 60 % de la production totale.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Le présent amendement, dont la première cosignataire est Esther Benbassa, a pour objet que la production de cannabis à usage thérapeutique et médical,

concernée par l'expérimentation de deux ans qui est prévue à cet article, soit issue à hauteur de 60 % de l'agriculture biologique française.

Cette proposition ambitieuse a deux missions essentielles : premièrement, offrir une qualité médicinale irréprochable, afin que l'expérimentation du cannabis thérapeutique sur le sol français se déroule au mieux ; deuxièmement, permettre le développement d'une filière française dans un domaine actuellement inexploré par les agriculteurs, qui pourraient subir de plein fouet la concurrence de filières des nombreux pays ayant légalisé le cannabis thérapeutique bien avant nous.

Notre groupe espère que ce double objectif sera partagé par l'ensemble des groupes politiques de cet hémicycle. Nous ne voyons pas d'ailleurs pourquoi le Gouvernement ne soutiendrait pas cette initiative, puisqu'il appelle de ses vœux le développement d'une agriculture biologique française.

M. le président. L'amendement n° 79 rectifié n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. À la différence du chanvre industriel, la production du cannabis thérapeutique se fera en climat contrôlé, *indoor* et sans terre, ce qui évitera tout résidu de pesticide.

Il s'agit d'un mode de production pour lequel la certification en agriculture biologique n'est pas adaptée. C'est le cadre d'expérimentation fixé par l'ANSM qui déterminera le cahier des charges des produits de cannabis à visée thérapeutique, dans un souci de protection de la santé des patients.

L'avis de la commission est donc défavorable.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Même avis.

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

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Cet amendement a en fait deux objets : que le cannabis soit produit en France et qu'il soit issu de l'agriculture biologique. Il me semble que le premier aspect n'est pas négligeable !

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Mais d'amendement n'est pas rédigé ainsi !

Mme Marie-Noëlle Lienemann. D'accord, monsieur le président de la commission. Dans ce cas, je propose de le rectifier pour enlever le terme biologique.

En effet, si l'origine française me paraît être la première des priorités, il me semble aussi très important que les produits soient issus de l'agriculture biologique, afin d'éviter, durant l'expérimentation, toute interférence qui serait due aux pesticides. En outre, cela concourrait à soutenir la filière biologique française, ce qui me paraît également très souhaitable.

M. le président. Je suis donc saisi d'un amendement n° 213 rectifié, présenté par Mmes Benbassa, Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, et ainsi libellé :

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

La production de cannabis à usage thérapeutique et médical doit être issue de l'agriculture française à hauteur d'au moins 60 % de la production totale.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je ne vois évidemment pas d'objection au fait de s'approvisionner principalement en France. Mais encore faut-il que la production nationale soit suffisante.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Elle l'est, par exemple dans la Creuse!

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Peut-être, mais cette production française est très peu importante. Je parle évidemment de la production légale, à des fins thérapeutiques... (Sourires.)

Je le redis, il y a aujourd'hui très peu de cannabis français, ...

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Mais si!

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. ... et si nous voulons faire en sorte que l'expérimentation se passe bien, nous devons faire appel à la production étrangère.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Vous plaisantez?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je ne plaisante pas, madame Lienemann; j'essaie de m'informer. Je suis sans doute moins compétent que vous sur ce sujet, parce que je n'en ai jamais fumé. (Sourires sur les travées des groupes UC et Les Républicains.)

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Mais moi non plus!

M. le président. Madame Lienemann, vous vous êtes déjà exprimée, je vous demande de respecter les personnes qui ont la parole.

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Mesdames, messieurs les sénateurs, nous parlons d'une production qui doit répondre à des standards sanitaires et pharmaceutiques, et non de l'usage récréatif du cannabis.

Comme la France n'a pas encore expérimenté ni autorisé ces médicaments, nous n'en avons pas sur notre territoire et nous n'avons pas non plus de production de cannabis destiné à cet usage.

Rien n'empêchera d'utiliser une production française, éventuellement issue de l'agriculture biologique, une fois que l'expérimentation sera lancée. Le projet de loi ne l'interdit pas.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Encore heureux!

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 213 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote sur l'article 29 bis.

Mme Laurence Cohen. À la suite de ce débat, je souhaite préciser que le groupe CRCE votera en faveur de cet article, qui propose d'engager une expérimentation visant à autoriser l'usage du cannabis thérapeutique pour certaines pathologies. Je rappelle d'ailleurs que cette mesure a reçu un avis favorable de l'ANSM en juillet dernier.

Ce n'est pas la première fois que nous débattons de ce sujet; nous avons eu occasion de le faire en mars dernier, à la demande de notre collègue Esther Benbassa, qui est membre de notre groupe.

Je crois que nous pouvons saluer cette avancée scientifique et médicale, qui a fait ses preuves dans dix-sept pays européens. C'est une réponse à la souffrance de patients pour lesquels les thérapies classiques ne fonctionnent plus et qui se retrouvent dans l'obligation de recourir à l'autoculture ou d'utiliser illégalement des produits issus du marché noir avec tous les risques que peut présenter l'automédication.

Mes chers collègues, peut-être comprenez-vous mieux ainsi l'objet de l'amendement n° 213 et regrettez-vous de ne pas l'avoir voté... (M. le rapporteur général et Mme la secrétaire d'État s'exclament.)

Par ailleurs, nous partageons les remarques du président Milon: il sera important de suivre de manière très régulière les patients, pour détecter d'éventuels effets indésirables; il sera également nécessaire d'avoir une bonne traçabilité des produits qui proviennent d'entreprises étrangères.

La France ne commercialise pas encore de tels produits, puisque c'est interdit. Je suis sûre cependant que ce sera prochainement le cas, parce que, comme l'a dit ma collègue Marie-Noëlle Lienemann, la culture du chanvre industriel existe dans de nombreux départements, dont la Creuse – 17 000 hectares sont déjà consacrés à cette production sur notre territoire.

Ces agriculteurs attendent beaucoup de la légalisation du cannabis thérapeutique, qui constituerait un levier important pour la redynamisation économique de ces territoires.

Enfin, madame la secrétaire d'État, nous vous demandons que cette expérimentation, puis sa généralisation, soient prises en charge financièrement et que l'usage du cannabis thérapeutique soit remboursé par la sécurité sociale.

Pour tous ces enjeux médicaux, sociaux et économiques, nous voterons cet article 29 bis, qui constitue un premier pas, même si nous regrettons bien évidemment que notre amendement n'ait pas été adopté.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Rossignol, pour explication de vote sur l'article.

Mme Laurence Rossignol. Je voudrais rappeler à nos collègues que nous avons eu un débat très sérieux, voilà quelques mois, dans cet hémicycle, sur l'usage du cannabis thérapeutique. À l'époque, les réflexions étaient beaucoup plus convergentes et bien moins souriantes que celles que nous avons cet après-midi...

Je voterai cet article, comme les autres membres de mon groupe, j'imagine, mais j'invite nos collègues, qui sont souvent très pointus sur les questions agricoles et attentifs aux différentes filières de l'agriculture, à traiter le sujet de la production française de chanvre et de cannabis avec plus d'attention, même si nous sommes samedi soir et que tout le monde est un peu détendu. (Murmures sur les travées du groupe Les Républicains.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 29 bis.

(L'article 29 bis est adopté.)

Article 30

- ① I. – Le chapitre I^{er} du titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié:
- ② A. – L'article L. 5121-12 est ainsi modifié:
- ③ 1° La première phrase du 2° du I est ainsi modifiée:

- 4 a) Les mots : « un bénéfice » sont remplacés par les mots : « une efficacité cliniquement pertinente et un effet important » ;
- 5 b) Après le mot : « lui », sont insérés les mots : « , que des conséquences graves pour ce patient sont fortement probables en l'état des thérapeutiques disponibles » ;
- 6 c) Après les mots : « sécurité sont », il est inséré le mot : « fortement » ;
- 7 2° Le III est ainsi modifié :
- 8 a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « A. – » ;
- 9 b) Les 1° et 2° sont complétés par les mots : « , sans qu'une décision relative à cette demande n'ait été prise » ;
- 10 c) À la fin du 3°, les mots : « ou une demande d'essai clinique a été déposée » sont supprimés ;
- 11 d) Après le mot : « présent », la fin du 4° est ainsi rédigée : « A. La valeur maximale de ce délai est fixée par décret ; »
- 12 e) Après le même 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :
- 13 « 5° L'état clinique du patient du fait de son urgence vitale nécessite le traitement immédiat par ce médicament. Ce cas ne s'applique que pour les traitements des maladies aiguës sans alternative thérapeutique prise en charge par l'assurance maladie. » ;
- 14 f) Il est ajouté un B ainsi rédigé :
- 15 « B. – Une demande d'autorisation au titre du 2° du I n'est en outre recevable que si les conditions suivantes sont remplies :
- 16 « 1° Le nombre total d'autorisations délivrées au titre du même 2° pour le médicament ne dépasse pas, le cas échéant, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;
- 17 « 2° Le médicament faisant l'objet de ces autorisations ne dispose pas d'une première autorisation de mise sur le marché, indépendamment de l'indication pour laquelle la demande est effectuée ;
- 18 « 3° Le médicament faisant l'objet de ces autorisations ne dispose pas d'une autorisation au titre du 1° du I.
- 19 « Au-delà du seuil mentionné au 1° du présent B, le titulaire des droits d'exploitation conserve la possibilité de déposer une demande au titre du 1° du I. » ;
- 20 3° Le IV est ainsi rédigé :
- 21 « IV. – Par dérogation aux dispositions du A du III et sans préjudice du B du même III, une autorisation demandée au titre du 2° du I peut être accordée lorsque le médicament a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation, si l'indication thérapeutique sollicitée est différente de celle de l'autorisation du médicament ayant fait l'objet de cet arrêt et qu'il existe de fortes présomptions d'efficacité et de sécurité du médicament dans l'indication thérapeutique sollicitée. » ;
- 22 B. – Au 8° de l'article L. 5121-20, les mots : « dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces autorisations » sont remplacés par les mots : « et modalités d'octroi, de modification, de renouvellement, de suspension ou de retrait de cette autorisation ».
- 23 II. – La section 4 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :
- 24 A. – L'article L. 162-16-5-1 est ainsi modifié :
- 25 1° Le III est ainsi modifié :
- 26 a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « A. – » ;
- 27 a bis) Au dernier alinéa, la référence : « III » est remplacée par la référence : « A » ;
- 28 b) Sont ajoutés des B et C ainsi rédigés :
- 29 « B. – 1. Pour chaque indication considérée, l'intégralité des remises dues au titre du A est versée en une seule fois. Ces remises sont versées au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu.
- 30 « 2. Tout laboratoire redevable de remises mentionnées au 1 du présent B peut en être exonéré s'il signe avec le comité une convention prévoyant le versement de remises. Cette convention est signée avant le 1^{er} mai de l'année suivant l'année civile au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée donnant lieu au versement desdites remises a eu lieu. Elle peut prévoir :
- 31 « a) Soit le versement sur deux années successives au maximum de remises dont le montant total ne peut être inférieur au montant qui aurait été dû en application du 1 ;
- 32 « b) Soit le versement en une seule fois, au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu. Dans ce cas, le montant de la remise est égal au montant qui aurait été dû en application du 1, auquel une décote, dans la limite de 3 %, peut être appliquée.
- 33 « C. – Pour chaque indication considérée, le ministre chargé de la sécurité sociale communique au laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité pharmaceutique prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, et pour laquelle l'indication ne relève pas des dispositions du V du présent article, un montant prévisionnel auquel l'assurance maladie pourrait prendre en charge cette indication. » ;
- 34 2° Le V est ainsi modifié :
- 35 a) Après le mot : « fait », la fin du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « l'objet : » ;
- 36 b) Après le même deuxième alinéa, sont insérés des 1° et 2° ainsi rédigés :
- 37 « 1° Ou bien d'une prise en charge en application du II du même article L. 162-16-5-2 ;
- 38 « 2° Ou bien d'une autorisation temporaire d'utilisation délivrée au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-1 ou du I de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. » ;
- 39 B. – Au deuxième alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1-1, après le mot : « considéré », sont insérés les mots : « , dans la limite du seuil mentionné au 1° du B du III du même article L. 5121-12, ».
- 40 III. – A. – Le I ainsi que le 2° du A et le B du II entrent en vigueur le 1^{er} mars 2020. Le A du I, le 2° du A du II et le B du même II sont applicables aux demandes d'autorisations mentionnées au 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique

déposées à compter de cette date ainsi qu'à leur prise en charge, indépendamment de celles déposées avant le 1^{er} mars 2020 pour les spécialités pharmaceutiques concernées et de leur prise en charge.

- ④1 B. – Le 2 du B du III de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du présent article, est applicable :
- ④2 1° Aux spécialités pharmaceutiques prises en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 du même code, dans une indication considérée, à compter d'une date postérieure à la date de publication de la présente loi ;
- ④3 2° Aux spécialités pharmaceutiques prises en charge au titre des mêmes articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, dans une indication considérée, à la date de publication de la présente loi ou pour lesquelles la prise en charge au titre desdits articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 a pris fin au cours de l'année 2019.
- ④4 C. – Le C du III de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du présent article, est applicable aux spécialités pharmaceutiques prises en charge, dans une indication considérée, au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 du même code, et pour lesquelles l'indication ne relève pas du V de l'article L. 162-16-5-1 dudit code, dans sa rédaction résultant du présent article, à l'exclusion des indications dont la prise en charge est octroyée suite à une autorisation temporaire d'utilisation délivrée au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, que cette prise en charge soit effective à la date de publication de la présente loi ou à une date postérieure.
- ④5 D. – L'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale est rendu applicable aux spécialités pharmaceutiques prises en charge, dans une indication considérée, au titre de l'article L. 162-16-5-1-1 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, ou de l'article L. 162-16-5-2 dudit code à la date de publication de la présente loi.

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

L'amendement n° 128 rectifié *bis*, présenté par MM. Savary et Bazin, Mme Berthet, M. Bizet, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Bonne et Bouchet, Mme Bruguière, M. Charon, Mme Chauvin, M. Cuypers, Mme L. Darcos, M. Daubresse, Mme Eustache-Brinio, MM. Gremillet et Houpert, Mme Lassarade, MM. D. Laurent, Lefèvre, Morisset et Pellevat, Mme Procaccia et MM. Regnard, Saury et Sol, est ainsi libellé :

Alinéas 1 à 22, 33 à 40, 44 et 45

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. René-Paul Savary.

M. René-Paul Savary. Cet amendement a été proposé par France Assos Santé, une association qui regroupe de nombreux usagers et qui veut attirer votre attention, madame la secrétaire d'État, sur les autorisations temporaires d'utilisation (ATU) nominatives.

En effet, cet article entraîne un durcissement des critères pour des raisons strictement budgétaires. Ne pensez-vous pas que ces dispositions risquent de porter préjudice à certains

patients, qui ne pourront pas bénéficier des molécules innovantes ? Il s'agit ici d'un amendement d'appel, car je pense qu'il faut rassurer dans ce domaine.

M. le président. L'amendement n° 155, présenté par MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certainais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigalas, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérít-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mme Lepage, M. Lurel, Mmes Monier, Perol-Dumont, Prévillé et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

I. – Alinéas 1 à 22

Supprimer ces alinéas.

II. – Alinéas 36 à 38

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Historiquement créées au moment de l'épidémie de VIH-Sida, les ATU répondent à des urgences vitales ou à l'absence de traitement approprié pour des personnes atteintes de maladies rares ou graves, comme le cancer.

L'ATU nominative est demandée pour une personne par un médecin, l'ATU de cohorte étant délivrée pour un groupe de patients répondant à certains critères définis par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Des mesures correctrices sont régulièrement proposées, pour répondre à un enjeu majeur : faciliter l'accès aux traitements, tout en maîtrisant la négociation des prix, donc les dépenses.

Les propositions discutées dans cet article limiteraient cependant sérieusement l'accès aux médicaments pour des personnes sans alternative thérapeutique. De nouveaux critères d'octroi des ATU nominatives durcissent en effet le caractère de grande gravité et d'urgence de la maladie.

Ces critères risquent ainsi de limiter l'accès aux médicaments, notamment anciens, utilisés en ATU nominative au long cours à défaut d'alternative disponible – maladies rares, pédiatrie – ou de laboratoires présents en France souhaitant les commercialiser. Une seconde disposition amènerait à limiter le nombre de personnes bénéficiant d'ATU nominatives au-delà d'un quota fixé par arrêté ministériel.

Les patients seraient donc privés de traitement pour des raisons strictement budgétaires, ce qui pose de sérieuses questions éthiques. Lorsque le quota d'ATU nominatives sera atteint, certains laboratoires seront-ils enclins à faire une demande d'ATU de cohorte ? La question peut être posée, notamment pour des traitements anciens.

Par ailleurs, la fixation par le ministère du prix des ATU nominatives, alors que le prix de l'ATU de cohorte est libre, risque de retarder de façon importante l'accès à certains traitements. Les laboratoires attendront d'avoir obtenu une ATU de cohorte, un processus plus long, et refuseront les demandes d'ATU nominatives, qui, elles, sont décidées plus rapidement.

Le rapport de l'Assemblée nationale a bien montré que certains médicaments en ATU nominative étaient déjà proposés à des prix exorbitants par certains laboratoires.

Cet amendement vise donc à supprimer ces dispositions.

M. le président. L'amendement n° 23, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission, est ainsi libellé :

Alinéa 13, seconde phrase

Après le mot :

thérapeutique

insérer les mots :

, compatible avec la poursuite efficace du traitement,

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise à préciser le cas d'éligibilité du patient à l'ATU nominative. En effet, l'absence d'alternative thérapeutique doit s'apprécier au regard de la poursuite efficace du traitement.

M. le président. L'amendement n° 24, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 16

Après le mot :

seuil

insérer les mots :

établi en fonction du nombre cible de patients pour l'indication thérapeutique considérée et

II. – Alinéa 17

Supprimer cet alinéa.

La parole est à M. le rapporteur général, pour présenter cet amendement et pour donner l'avis de la commission sur les autres amendements en discussion commune.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur de la commission des affaires sociales. L'amendement n° 24 a deux objets.

Tout d'abord, nous entendons définir, en fonction du nombre cible de patients concernés, le seuil qu'il faut prévoir pour les ATU nominatives.

Ensuite, nous souhaitons supprimer l'alinéa 17. En effet, l'on peut s'interroger sur la cohérence du dispositif retenu, qui refuse à un médicament l'ATU nominative s'il dispose d'une première autorisation de mise sur le marché (AMM), mais qui autorise tout de même son attribution « si le médicament a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation » et « qu'il existe de fortes présomptions d'efficacité et de sécurité du médicament dans l'indication thérapeutique sollicitée ». Tout cela nous apparaît un peu contradictoire.

En ce qui concerne les autres amendements en discussion commune, l'avis de la commission est défavorable. Bien que nous partagions certains des constats de nos collègues, nous ne nous montrons pas aussi rigoureux dans la condamnation de la restriction des ATU nominatives.

Je propose donc à nos collègues de se rallier aux amendements de la commission.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. J'entends tous vos arguments, monsieur le rapporteur général, mesdames, messieurs les sénateurs, mais je veux vous rassurer : cet article n'est pas un dispositif de rationnement ; il vise simple-

ment à éviter que les ATU de cohorte ne soient contournées au profit des ATU nominatives. Mais il ne remet pas en cause ces dernières.

Je suis donc défavorable à l'ensemble de ces amendements.

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

Mme Catherine Deroche. Madame la secrétaire d'État, je comprends ce que vous nous dites, mais il nous paraît important que ce seuil soit fonction du nombre cible de patients pour l'indication thérapeutique considérée. (*M. le président de la commission opine.*)

Si le seuil est fixé de façon arbitraire, alors qu'il s'agit vraiment de niches de médicaments – c'est le cas, le plus souvent, avec les ATU nominatives –, cela n'a pas grand sens. Nous sommes favorables à ce que le contournement du dispositif soit clairement dissuadé, mais il faut mettre en place des restrictions et des critères raisonnables, qui correspondent à une réalité.

À cet égard, cette notion de seuil nous semble trop rigide et incohérente. C'est pour cette raison que la commission a proposé ces deux amendements.

J'en profite pour dire que nous aurions voulu avoir avec Mme la ministre des solidarités et de la santé un débat important sur l'accès précoce à l'innovation. Nous attendons une réforme de l'évaluation, qui avait été annoncée à grands roulements de tambour, si je puis dire, par le Premier ministre lors du conseil stratégique des industries de santé (CSIS) en 2018.

Or que nous avons fait, Véronique Guillotin, Yves Daudigny et moi-même, le bilan de l'accès précoce à l'innovation, nous nous sommes rendu compte que les mots, qui sur le moment étaient forts, avaient été, comme souvent, assez peu suivis d'effets.

Je le répète, nous aurions aimé avoir ce débat, notamment sur l'évaluation, car il est attendu depuis des années par les chercheurs et les équipes soignantes des grands centres d'essais thérapeutiques que sont l'Institut Gustave-Roussy, la fondation Curie, etc. Malheureusement, la règle de l'entonnoir, qui prévaut en nouvelle lecture, ne nous le permettra pas. Mais ce n'est que partie remise : nous allons formuler des propositions en ce sens prochainement.

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

M. René-Paul Savary. Madame la secrétaire d'État, il n'y a pas que des mesures anti-contournement dans les dispositions que vous proposez.

L'article renvoie tout de même à des quotas fixés pour les ATU nominatives. Cela signifie que des patients atteints de pathologies lourdes, dont les traitements, à base de molécules innovantes, sont très onéreux, risquent de ne pas être pris en charge. En effet, il ne faut pas oublier qu'il y a des maladies très spécifiques ; c'est la raison pour laquelle coexistent les ATU nominatives et les ATU de cohorte. Je ne suis donc pas entièrement rassuré par votre réponse.

Toutefois, je me rallie aux arguments de Catherine Deroche, qui connaît particulièrement bien ce sujet, pour avoir réalisé de nombreuses auditions et participé à la rédaction des amendements de la commission.

Nous resterons d'une grande vigilance, au côté des associations, sur ce qui va se passer à l'avenir. Prenez-garde, madame la secrétaire d'État : des mesures budgétaires peuvent parfois être contreproductives.

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

M. le président. L'amendement n° 128 rectifié *bis* est retiré.

Monsieur Daudigny, l'amendement n° 155 est-il maintenu ?

M. Yves Daudigny. Je vais également le retirer, au bénéfice des amendements déposés au nom de la commission.

Toutefois, je veux insister sur la difficulté que nous rencontrons. Le système d'ATU est un système que le monde entier nous a envié et qu'il continue de nous envier, mais peut-être de moins en moins, car il est bridé par de nombreuses restrictions.

Il faut le souligner, les deux types d'ATU évoqués aujourd'hui ne sont pas de même nature. L'ATU nominative concerne un seul malade. Elle est attribuée par l'ANSM à la demande du médecin et elle porte parfois sur une très longue durée de soins pour le patient. J'ai rappelé tout à l'heure que, parfois, ces médicaments en ATU nominative pouvaient avoir un prix manifestement exagéré. L'ATU de cohorte est un autre dispositif, qui permet plutôt la mise à disposition des innovations.

Madame la secrétaire d'État, nous avons besoin aujourd'hui d'un débat sur ces dispositifs. En attendant, je retire mon amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 155 est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 23.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 24.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 30, modifié.

(L'article 30 est adopté.)

Article 31

- ① I. – Le 2° de l'article L. 1413-12 du code de la santé publique est ainsi rétabli :
- ② « 2° Par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie dans des conditions fixées par décret ; ».
- ③ II. – Après le 4° de l'article L. 5321-2 du code de la santé publique, il est inséré un 5° ainsi rédigé :
- ④ « 5° Par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie dans des conditions fixées par décret. »

M. le président. L'amendement n° 214, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Michelle Gréaume.

Mme Michelle Gréaume. Nous proposons de supprimer cet article, qui vise à transférer le financement de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et l'Agence nationale de santé publique de l'État, aussi appelée Santé publique France, à l'assurance maladie. Cela représente un coût pour la sécurité sociale de 270 millions d'euros ; pour le moment, il est compensé par l'État, mais rien ne dit qu'il le sera encore à l'avenir.

Comme nos collègues du groupe GDR à l'Assemblée nationale, nous nous interrogeons sur le sens de cette mesure consistant à transférer le financement de ces organismes à la sécurité sociale.

Il nous semble que leur financement devrait incomber au budget de l'État, tout comme leurs missions relèvent de la puissance publique. En effet, l'État continue de jouer un rôle en matière de prévention et de santé publique.

Par ailleurs, nous nous inquiétons de la pérennité de la compensation par l'État de ce financement par la sécurité sociale. Nous n'avons pas manqué de constater que le principe de compensation fait de plus en plus l'objet de dérogations. Comment exclure que, à l'avenir, l'État cesse de rembourser à la sécurité sociale les sommes affectées à ces deux agences ?

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* Nous sommes également opposés au transfert à l'assurance maladie du financement de Santé publique France, qui est un organisme national de veille épidémiologique et de veille sanitaire et qui nous semble devoir rester sous le pilotage de l'État.

En revanche, le transfert à l'assurance maladie du financement de l'ANSM semble plus légitime, puisque cette agence occupe une place centrale dans la politique de sécurité du médicament et des pratiques médicales.

Nous proposons donc aux auteurs de l'amendement de se rallier à l'amendement n° 25 de la commission, qui sera présenté juste après.

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 ?

Mme Christelle Dubos, *secrétaire d'État.* Permettez-moi de donner un avis sur l'ensemble des amendements, qui visent la même thématique.

Nous avons eu le débat hier dans le cadre de la mission « Santé » du PLF, et j'avais déjà émis des avis défavorables. Je précise que le financement est assuré à titre pérenne par le biais de la TVA. *(Exclamations.)*

M. Gérard Dériot. Cela n'a rien à voir !

M. le président. Madame Cohen, l'amendement n° 214 est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. Oui, monsieur le président, surtout après cette réponse de Mme la secrétaire d'État !

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

M. Gérard Dériot. Madame la secrétaire d'État, il y a tout de même un problème. J'espère que l'État donnera le financement nécessaire à l'ANSM. Je le dis en tant que membre du conseil d'administration de cette agence, tout comme Laurence Cohen et un autre de nos collègues.

Je veux bien imaginer que la sécurité sociale paie, mais je vous rappelle que l'on avait décidé l'inverse il n'y a pas très longtemps. C'est tout de même très curieux.

Je ne voulais pas aller jusque-là, mais c'est à croire, comme certains l'ont dit au début de notre séance, ce matin, que l'on veut absolument mettre le budget de la sécurité sociale en déficit... Ce sentiment est en tout cas conforté encore un peu plus. Or, je suis désolé, mais je ne pense pas que cette option soit la bonne. *(Applaudissements sur les travées du groupe CRCE. – Mme Michelle Meunier applaudit également.)*

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 214.

(L'amendement n'est pas adopté.)

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

L'amendement n° 25 est présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission.

L'amendement n° 143 est présenté par MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigalas, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérít-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mmes Lepage, Monier, Perol-Dumont, Prévillé et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéas 1 et 2

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. le rapporteur général, pour présenter l'amendement n° 25.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il s'agit de supprimer deux alinéas de l'article 31.

Notre collègue Gérard Dériot vient d'en expliquer la raison : le transfert du financement de Santé publique France de l'État vers l'assurance maladie intervient seulement trois ans après que le Gouvernement eut précisément fait le choix inverse en loi de finances initiale pour 2017. Il était alors apparu légitime au Gouvernement d'assurer un financement intégral par l'État de cet opérateur chargé principalement de missions de surveillance, comme on vient de le rappeler, à l'instar de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, l'Anses.

Dans un contexte de multiplication des risques sanitaires – Lactalis, Mourenx, Notre-Dame de Paris, Lubrizol... –, qui mobilisent fortement nos agences de surveillance épidémiologique, cet amendement vise à éviter le désengagement de l'État dans le financement de Santé publique France, ainsi qu'un affaiblissement du pilotage national.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n° 143.

M. Yves Daudigny. Mes arguments sont identiques ; je ne les reprendrai pas.

Je rappellerai simplement que, ce matin, lors de la discussion générale, j'ai souligné que le déficit de la sécurité sociale était politique ; en effet, il ne se creuse pas spontanément, mais il est affiché intentionnellement par le Gouvernement. J'avais d'ailleurs donné comme exemple justement le transfert du financement de ces deux organismes, ainsi que quelques autres mesures non compensées.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Défavorable !

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote.

Mme Nathalie Goulet. De commission d'enquête en commission d'enquête, on réclame de plus en plus de pilotage national pour ce type de problème. Je vais donc soutenir évidemment l'amendement n° 25 de la commission.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 25 et 143.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 31, modifié.

(L'article 31 est adopté.)

Chapitre II

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS

Article 32

- ① I. – Le titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À la fin de l'intitulé, les mots : « et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé » sont supprimés ;
- ③ 2° L'article L. 861-3 est ainsi modifié :
- ④ a) Au septième alinéa, les mots : « sont dispensées de l'avance de frais » sont remplacés par les mots : « bénéficient du tiers payant » ;
- ⑤ b) Au huitième alinéa, les mots : « de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « du tiers payant » ;
- ⑥ c) Le même huitième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsque ces personnes souscrivent une assurance individuelle de frais de santé, aucune période probatoire ne peut leur être opposée. » ;
- ⑦ 3° Après l'article L. 861-4, il est inséré un article L. 861-4-1 ainsi rédigé :
- ⑧ « *Art. L. 861-4-1.* – Lorsqu'une personne obtient le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé alors qu'elle bénéficie auprès d'un organisme mentionné au *b* de l'article L. 861-4 de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident dans les conditions prévues aux articles 2 et 3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, elle obtient à sa demande :
- ⑨ « 1° Soit la résiliation totale des garanties initialement souscrites si l'organisme n'est pas inscrit sur la liste prévue à l'article L. 861-7 du présent code ;
- ⑩ « 2° Soit la modification des garanties initialement souscrites et la prise en charge des prestations prévues à l'article L. 861-3 si l'organisme est inscrit sur la liste prévue à l'article L. 861-7. Lorsque les garanties initialement souscrites couvraient des risques différents de la prise en charge prévue à l'article L. 861-3, l'organisme peut proposer au bénéficiaire de la protection complémentaire, pour la partie de son contrat initial qui excède cette protection, un contrat correspondant à des conditions tarifaires de droit commun.
- ⑪ « Les cotisations ou primes afférentes aux contrats ou parties de contrat initiaux sont remboursées par les organismes qui les ont perçues au prorata de la durée du contrat restant à courir.
- ⑫ « Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux garanties souscrites dans le cadre d'un accord collectif obligatoire d'entreprise. » ;

- ⑬ 4° L'article L. 861-5 est ainsi modifié :
- ⑭ a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑮ « Les organismes chargés de la prise en charge des frais de santé informent les bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-24 et les bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 821-1 de leur éligibilité potentielle au bénéfice de la protection complémentaire et leur proposent un accompagnement dans leur démarche d'ouverture et de renouvellement du droit à cette protection. » ;
- ⑯ b) Le quatrième alinéa est ainsi modifié :
- ⑰ – à la première phrase, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « quatrième » ;
- ⑱ – à la troisième phrase, après le mot : « demande », sont insérés les mots : « ou à la date du bénéfice de la prise en charge des frais de santé si cette date est postérieure, » ;
- ⑲ – à la dernière phrase, les mots : « cette protection » sont remplacés par les mots : « la prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3 » ;
- ⑳ 5° L'article L. 861-8 est ainsi modifié :
- ㉑ a) À la première phrase, les deux occurrences du mot : « quatrième » sont remplacées par le mot : « cinquième » ;
- ㉒ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ㉓ « Les organismes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 861-7 sont tenus de proposer les contrats mentionnés à l'article L. 861-12. » ;
- ㉔ 6° À la fin du 2° de l'article L. 861-11, les mots : « et au montant de la participation non acquittée » sont supprimés ;
- ㉕ 7° Le chapitre I^{er} est complété par un article L. 861-12 ainsi rédigé :
- ㉖ « Art. L. 861-12. – À l'expiration de son droit à la protection complémentaire en matière de santé, toute personne en ayant bénéficié auprès d'un organisme mentionné au b de l'article L. 861-4 peut bénéficier auprès de cet organisme, pour une période d'un an, d'un contrat conforme aux règles définies à l'article L. 871-1, pour un tarif dont le montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en fonction de l'âge du bénéficiaire.
- ㉗ « Ce tarif peut être adapté par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pour les assurés relevant des régimes locaux d'assurance maladie complémentaire mentionnés à l'article L. 325-1 du présent code et à l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime. » ;
- ㉘ 8° L'article L. 862-1 est ainsi modifié :
- ㉙ a) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « financement de la couverture maladie universelle complémentaire » sont remplacés par les mots : « la Complémentaire santé solidaire » ;
- ㉚ b) Au dernier alinéa, les mots : « de financement de la protection complémentaire » sont remplacés par les mots : « mentionné au premier alinéa du présent article » ;
- ㉛ 9° La seconde phrase du premier alinéa du a de l'article L. 862-2 est remplacée par trois phrases ainsi rédigées : « Pour les bénéficiaires redevables de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1, ces

dépenses sont minorées du montant des participations dues à l'organisme assurant la protection complémentaire. Pour les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4, ces mêmes dépenses sont majorées, au titre des frais de gestion, d'un montant forfaitaire pour chaque bénéficiaire mentionné au 2° de l'article L. 861-1 dont l'organisme gère la protection complémentaire. Ce montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. » ;

- ㉜ 10° À la troisième phrase du premier alinéa de l'article L. 863-3, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « quatrième ».
- ㉝ II. – Les articles 6-1, 6-2 et 6-3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques sont abrogés.
- ㉞ III. – A. – Le 7° du I du présent article s'applique aux personnes dont le droit à la protection complémentaire en matière de santé ou au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure au 1^{er} novembre 2019, arrive à expiration à compter du 1^{er} janvier 2020.
- ㉟ B. – Les personnes dont le droit à la protection complémentaire en matière de santé ou au crédit d'impôt mentionnée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, dans sa antérieure au 1^{er} novembre 2019, arrive à expiration entre le 1^{er} novembre 2019 et le 1^{er} janvier 2020, ont le droit de se voir proposer les contrats respectivement prévus à :
- ㊱ 1° L'article 6-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dans sa rédaction antérieure à la présente loi ;
- ㊲ 2° L'article L. 863-7 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure au 1^{er} novembre 2019.

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

L'amendement n° 98 rectifié *bis* est présenté par MM. Chasseing, Malhuret, Guerriau, Decool, Menonville et Fouché, Mme Mélot, MM. Lagourgue, Laufoaulu, Capus, Wattebled, A. Marc et Gabouty, Mme N. Delattre, MM. Longeot, Bonne, Lefèvre, Moga, de Nicolaÿ et Bonhomme, Mme Guidez, M. H. Leroy, Mme Billon et MM. Bouchet et Laménié.

L'amendement n° 144 est présenté par MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigal, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérit-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mmes Lepage, Monier, Perol-Dumont, Préville et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

L'amendement n° 215 est présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

L'amendement n° 233 est présenté par Mme Schillinger, MM. Amiel, Lévrier, Théophile, Bargeton et Buis, Mme Cartron, M. Cazeau, Mme Constant, MM. de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Iacovelli,

Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent, MM. Richard, Yung et les membres du groupe La République En Marche.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 15

Remplacer les mots :

à l'article L. 821-1

par les mots :

aux articles L. 821-1 et L. 821-2

La parole est à Mme Colette Mélot, pour présenter l'amendement n° 98 rectifié *bis*.

Mme Colette Mélot. L'Assemblée nationale a introduit une disposition visant à mettre en place une démarche active d'information et d'accompagnement auprès de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) à l'ouverture ou au renouvellement de la complémentaire santé solidaire.

Néanmoins, la rédaction ne vise pas l'ensemble des bénéficiaires concernés, ce à quoi cet amendement tend à remédier.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n° 144.

M. Yves Daudigny. Mon groupe salue l'introduction par l'Assemblée nationale de la disposition permettant l'information et l'accompagnement des bénéficiaires de l'AAH à l'ouverture et au renouvellement de la complémentaire santé.

Néanmoins, la rédaction ne visant pas l'ensemble des bénéficiaires, l'objet de cet amendement est de couvrir l'ensemble de la population concernée.

M. le président. La parole est à Mme Marie-Noëlle Liemann, pour présenter l'amendement n° 215.

Mme Marie-Noëlle Liemann. Je tiens à souligner que le rapport remis en 2018 par le Gouvernement au Parlement sur le non-recours pour l'AAH nous pousse à vérifier que tout le monde pourra bien bénéficier de cette information.

M. le président. La parole est à M. Martin Lévrier, pour présenter l'amendement n° 233.

M. Martin Lévrier. Il est défendu, monsieur le président.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Ces amendements identiques tendent à apporter une clarification bienvenue, en précisant que les bénéficiaires de l'AAH 2 sont également visés par la mesure.

La commission émet donc un avis favorable.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Pour nous, ces amendements identiques sont satisfaits, dans la mesure où la rédaction de l'article permet bien, d'ores et déjà, d'appliquer cette mesure à tous les bénéficiaires de l'AAH et non pas uniquement aux bénéficiaires de l'AAH 1.

L'information proactive sur les droits à la complémentaire santé solidaire couvre donc déjà les bénéficiaires de l'AAH 2, c'est-à-dire ceux qui ont un taux d'incapacité compris entre 50 % et 79 %, ainsi qu'une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi.

Le Gouvernement demande donc le retrait de ces amendements identiques, faute de quoi il émettrait un avis défavorable.

M. le président. Madame Mélot, l'amendement n° 98 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Colette Mélot. Oui, monsieur le président, car il semble que la rédaction de l'article doive être complétée pour couvrir l'ensemble des bénéficiaires.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 98 rectifié *bis*, 144, 215 et 233.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 145, présenté par MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigalas, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérit-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mmes Lepage, Monier, Perol-Dumont, Préville et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

Alinéa 26

Supprimer les mots :

en fonction de l'âge du bénéficiaire

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Nous souhaitons supprimer la référence à l'âge dans la fixation du tarif du contrat de la complémentaire santé solidaire.

Au 1^{er} novembre 2019, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS) ont fusionné pour créer la complémentaire santé solidaire (CSS). Il est prévu, dans cet article, que la participation financière des bénéficiaires de cette complémentaire santé varie en fonction de l'âge, ce qui nous semble discriminant. Nous considérons qu'une logique assurantielle privée a primé dans ce choix, conduisant à une politique tarifaire discriminatoire.

Nous voulons ici le rappeler, en matière de protection sociale, le principe qui doit primer est que chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins. Cette logique d'âge, qui est en réalité une logique comptable, ne peut être la règle. C'est l'ambition que nous portons ; d'où cet amendement.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je comprends l'amendement de notre collègue Yves Daudigny, qui vise un objectif social.

Toutefois, le critère dont il parle se justifie en raison de la variation de la sinistralité et des besoins de santé en fonction de l'âge. Je rappelle que ce contrat sera proposé par les organismes complémentaires. L'un des objectifs est de rendre le nouveau contrat de sortie de la complémentaire santé solidaire plus attractif pour les jeunes adultes que les dispositifs existants.

En tout état de cause, le tarif sera encadré pour tous, et il est souhaitable qu'il reste acceptable pour tous les assurés, quel que soit l'âge ; nous sommes bien d'accord sur ce point.

Mon cher collègue, je vous propose donc de retirer cet amendement. À défaut, l'avis de la commission serait défavorable.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Même avis.

M. le président. Monsieur Daudigny, l'amendement n° 145 est-il maintenu ?

M. Yves Daudigny. Il y a deux logiques aujourd'hui.

D'une part, la logique des mutuelles, qui est de jouer la solidarité entre les générations. Certaines d'entre elles essaient, même aujourd'hui, dans un contexte concurrentiel, de mettre en pratique ce principe.

D'autre part, une logique d'assurance privée, où le prix, lié aux risques, est donc plus faible pour les jeunes et plus important pour les personnes âgées. C'est une pratique qui nous semble contraire à une protection sociale solidaire.

Je maintiens donc l'amendement, monsieur le président.

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

Mme Marie-Noëlle Lienemann. L'amendement de M. Daudigny est très important. On voit bien que, aujourd'hui, on cherche à fractionner les protections contre les risques, pour mettre en concurrence, segment par segment, chacune des opérations.

Vous privez donc les mutuelles de la fonction générale de solidarité, parce qu'elles seront concurrencées sur les créneaux correspondant aux prestations à moindre risque, donc les plus rentables, alors qu'elles seront évidemment attendues pour les autres prestations.

Si l'on veut conserver un esprit mutualiste fort dans notre pays et éviter de basculer vers l'assurantiel segmenté, des mesures de ce type offrent une forme de protection. Les refuser consacrerait une dérive.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 145.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 32, modifié.

(L'article 32 est adopté.)

Article 33

- ① I. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au 21° de l'article L. 160-14, les mots : « d'au moins quinze ans » sont supprimés ;
- ③ 2° À la première phrase des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1, les mots : « un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21° de l'article L. 322-3 » sont remplacés par les mots : « à une assurée mineure un contraceptif mentionné au 21° de l'article L. 160-14 ».
- ④ II. – À l'article 20-4 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, après la référence : « L. 162-4-1, », sont insérées les références : « L. 162-4-5, L. 162-8-1, ».
- ⑤ III. – Le cinquième alinéa de l'article 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales est ainsi rédigé :
- ⑥ « – L. 162-3, L. 162-4, L. 162-4-5 et L. 162-8-1 ; ».

M. le président. La parole est à Mme Michelle Gréaume, sur l'article.

Mme Michelle Gréaume. Cet article instaurant une prise en charge intégrale des frais liés à la contraception pour l'ensemble des mineurs est bien évidemment le bienvenu. L'utilité d'une mise à disposition gratuite de moyens de contraception n'est plus à démontrer.

Le département du Nord, et mon arrondissement du Valenciennois, plus particulièrement, sont très concernés par les grossesses précoces. Si la prise en charge intégrale des frais liés à la contraception est une initiative plus qu'appréciée, elle ne saurait toutefois se suffire à elle-même. Il est impératif que cette mesure soit doublée d'actions de prévention en santé sexuelle.

Ce rôle est parfois endossé par les centres de protection maternelle et infantile, les PMI, qui mènent des actions de planification familiale, en maternité ou en ville. Les hôpitaux et maternités sont généralement des établissements accessibles en transport en commun. Ils facilitent de surcroît, par leur localisation particulière, souvent éloignée des centres-villes, le maintien de l'anonymat, favorisant l'accessibilité des mineurs à leurs services.

Dans le Nord, la fermeture de quatre PMI en maternité a été annoncée. Comment assurer la mise en œuvre d'une telle politique, alors que les lieux ressources disparaissent petit à petit ?

Il est urgent de prendre des mesures pour assurer le maintien de ces services médico-sociaux, car le remboursement de la contraception se révélera peu utile si les infrastructures les mettant à disposition se retrouvent progressivement fermées.

M. le président. Je mets aux voix l'article 33.

(L'article 33 est adopté.)

Article 34

- ① I. – Le chapitre I^{er} *quater* du titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 5121-29 est ainsi modifié :
- ③ a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « À cette fin, tout titulaire d'autorisation de mise sur le marché et toute entreprise pharmaceutique exploitant un médicament constitue un stock de sécurité destiné au marché national et situé sur le territoire français, sur celui d'un autre État membre de l'Union européenne ou sur celui d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans une limite fixée dans des conditions définies par décret en Conseil d'État et qui ne peut excéder quatre mois de couverture des besoins en médicament, calculés sur la base du volume des ventes de la spécialité au cours des douze derniers mois glissants. Les informations relatives à la localisation de ce stock de sécurité sont tenues à la disposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et lui sont transmises à tout moment à sa demande. » ;
- ⑤ b) Au début de la première phrase du second alinéa, les mots : « À cet effet, ils » sont remplacés par les mots : « En outre, les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant des médicaments » ;

- 6 1° *bis* (*nouveau*) Au premier alinéa de l'article L. 5121-31, les mots : « pour lesquels, du fait de leurs caractéristiques, la rupture ou le risque de rupture de stock présente pour les patients un risque grave et immédiat » sont supprimés ;
- 7 2° L'article L. 5121-32 est ainsi rédigé :
- 8 « Art. L. 5121-32. – Les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 informent dès qu'ils en ont connaissance l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de tout risque de rupture de stock ou de toute rupture de stock relatif à ce médicament, dans des conditions définies par voie réglementaire.
- 9 « Ils mettent en place, après accord de l'agence, des solutions alternatives permettant de faire face à cette situation et mettent en œuvre, pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, les mesures prévues dans le plan de gestion des pénuries mentionné à l'article L. 5121-31.
- 10 « Ils prennent, après accord de l'agence, les mesures d'accompagnement et d'information des professionnels de santé ainsi que les mesures permettant l'information des patients, notamment par l'intermédiaire des associations de patients. » ;
- 11 2° *bis* À l'article L. 5121-32-1, après la référence : « L. 5121-32 », sont insérés les mots : « et du I de l'article L. 5121-33 » ;
- 12 3° L'article L. 5121-33 est ainsi rédigé :
- 13 « Art. L. 5121-33. – I. – Hors les cas de force majeure, en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur pour lequel une rupture ou un risque de rupture de stock présente pour les patients un risque grave et immédiat, ou d'un vaccin mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 5121-31, et lorsque ni les alternatives médicamenteuses éventuellement disponibles sur le territoire national, ni les mesures communiquées par l'entreprise pharmaceutique exploitante ne permettent de couvrir les besoins nationaux, le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, faire procéder par l'entreprise pharmaceutique défaillante à l'importation de toute alternative médicamenteuse à proportion de sa part dans la couverture des besoins au cours des six mois précédant la rupture de stock, selon les modalités prévues à l'article L. 5124-13 et dans la limite de la durée de la rupture de stock.
- 14 « L'entreprise pharmaceutique défaillante verse à la Caisse nationale de l'assurance maladie la différence entre les montants remboursés par l'assurance maladie au titre de la prise en charge de l'alternative importée et ceux qui auraient résulté de la prise en charge au titre du médicament initial pendant la période de rupture mentionnée au premier alinéa du présent I dans la limite de sa part dans la couverture des besoins au cours des six mois précédant la rupture de stock.
- 15 « II. – Les officines de pharmacie peuvent dispenser au détail des médicaments disposant d'une autorisation d'importation délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour pallier une
- rupture d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur sur décision du directeur général de l'agence, publiée sur son site internet. »
- 16 II. – Le premier alinéa de l'article L. 5124-6 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- 17 1° Après le mot : « santé », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 5111-4. » ;
- 18 2° Le début de la troisième phrase est ainsi rédigé : « Si le médicament n'est pas un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné au même article L. 5111-4, l'information... (*le reste sans changement*). »
- 19 III. – Le chapitre III du titre II du livre IV de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- 20 1° Les 1° et 2° de l'article L. 5423-8 sont abrogés ;
- 21 2° Il est ajouté un article L. 5423-9 ainsi rédigé :
- 22 « Art. L. 5423-9. – Constitue un manquement soumis à sanction financière :
- 23 « 1° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament, de ne pas constituer le stock de sécurité destiné au marché national en application du deuxième alinéa de l'article L. 5121-29 ;
- 24 « 2° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 pour lequel il n'existe pas d'alternatives disponibles sur le marché français et qui prend la décision d'en suspendre ou d'en cesser la commercialisation, ou qui a connaissance de faits susceptibles d'entraîner la suspension ou la cessation de cette commercialisation, de ne pas en informer l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en méconnaissance des dispositions du premier alinéa de l'article L. 5124-6, au moins un an avant la date envisagée ou prévisible de la suspension ou de la cessation, ou de ne pas indiquer la raison de cette action ;
- 25 « 3° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4, d'en cesser la commercialisation avant la fin du délai nécessaire pour mettre en place les solutions alternatives permettant de couvrir ce besoin, en méconnaissance des dispositions du premier alinéa de l'article L. 5124-6 ;
- 26 « 4° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament, de ne pas informer immédiatement l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de toute action qu'il a engagée pour en suspendre la commercialisation en cas d'urgence ou pour en retirer un lot déterminé, en méconnaissance des dispositions du second alinéa de l'article L. 5124-6 ;
- 27 « 5° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant soit un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4, soit un vaccin mentionné au *b* du 6° de l'article L. 5121-1 dont la

liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé en application du deuxième alinéa de l'article L. 5121-31 :

- 28 « a) De ne pas respecter l'obligation d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de gestion des pénuries permettant de prévenir et pallier toute rupture de stock prévu à l'article L. 5121-31 ;
- 29 « b) Ou de ne pas déclarer à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en méconnaissance des dispositions de l'article L. 5121-31, la liste des médicaments pour lesquels il élabore un plan de gestion des pénuries ;
- 30 « c) Ou de ne pas prévoir dans le plan de gestion des pénuries des mesures suffisantes permettant de faire face à une situation de rupture de stock ;
- 31 « d) *(Supprimé)*
- 32 « 5° *bis (nouveau)* Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant soit un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 pour lequel, du fait de ses caractéristiques, la rupture ou le risque de rupture de stock présente pour les patients un risque grave et immédiat, soit un vaccin mentionné au b du 6° de l'article L. 5121-1 dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé en application du deuxième alinéa de l'article L. 5121-31, de ne pas procéder à l'importation d'une alternative au médicament en rupture de stock exigée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application du I de l'article L. 5121-33 ;
- 33 « 6° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 :
- 34 « a) De ne pas informer dès qu'il en a connaissance l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de tout risque de rupture de stock ou de toute rupture de stock sur ce médicament, en méconnaissance du premier alinéa de l'article L. 5121-32 ;
- 35 « b) Ou, s'il a procédé à cette information, de ne pas mettre en œuvre, le cas échéant, les mesures prévues dans le plan de gestion des pénuries exigé en application de l'article L. 5121-31 ;
- 36 « c) Ou de ne pas mettre en œuvre les mesures d'accompagnement et d'information des professionnels de santé et des patients prévues au dernier alinéa de l'article L. 5121-32. »
- 37 IV. – L'article L. 5471-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- 38 1° Au I, après la référence : « L. 5423-8 », est insérée la référence : « , L. 5423-9 » ;
- 39 2° Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- 40 « Par dérogation au premier alinéa du présent II, pour les manquements mentionnés à l'article L. 5423-9, l'agence peut assortir cette sanction financière d'une astreinte journalière pour chaque jour de rupture d'approvisionnement constaté, qui ne peut être supérieure à 30 % du chiffre d'affaires journalier moyen réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré. » ;

41 3° Au deuxième alinéa du III, les références : « aux 1° à 3° » sont remplacées par la référence : « au 3° » et, après la référence : « L. 5423-8 », est insérée la référence : « à l'article L. 5423-9, ».

42 V. – Le 1° du I et le troisième alinéa du 2° du III entrent en vigueur le 30 juin 2020.

M. le président. L'amendement n° 146, présenté par MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigalas, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérít-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mmes Lepage, Monier, Perol-Dumont, Préville et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

Alinéa 4, première phrase

Remplacer la première occurrence du mot :

et

par le mot :

ou

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Monsieur le président, je m'exprimerai en même temps sur les amendements n°s 146, 147 et 148.

Nous mesurons la gravité du phénomène des pénuries de médicaments, dont nous savons qu'elles touchent à la fois les pharmacies d'officine et les établissements de santé.

Ces ruptures de stock sont susceptibles d'entraîner des pertes de chance pour les patients. Elles créent de l'anxiété et complexifient très fortement le travail des unités hospitalières.

Les causes en sont multiples, et elles sont réparties tout au long de la chaîne du médicament, laquelle est particulièrement complexe, des substances actives jusqu'à la dispensation par les pharmaciens.

Il n'existe aucune solution miracle qui pourrait régler ce problème immédiatement. J'ai dit beaucoup de mal du Gouvernement depuis ce matin, mais je veux saluer son engagement sur ce sujet. Je forme l'espoir que le rapport sénatorial publié en octobre 2018 ait pu éclairer sa démarche.

Les propositions contenues dans ce PLFSS sont solides, car elles concernent directement les laboratoires sur trois points essentiels : la constitution de stocks, l'obligation d'achat à l'étranger et les sanctions.

Bien évidemment, ayant participé au rapport et travaillé sur ce sujet avec les professionnels, j'avais préparé, pour la première lecture, toute une série d'amendements. D'ailleurs, l'Assemblée nationale en a adopté un identique à l'un des miens, ce qui prouve que ce travail était, au moins pour partie, fondé.

La mise en œuvre de ces dispositions doit être, me semble-t-il, la plus facile et la plus éclairée possible. Aussi, je souhaiterais que Mme la secrétaire d'État puisse répondre à nos arguments.

L'amendement n° 146 est un amendement rédactionnel visant à préciser que l'obligation de stocks s'entend par produit de santé. En effet, il arrive fréquemment que les groupes internationaux aient en France plusieurs filiales,

certaines pouvant avoir le statut d'exploitant, d'autres étant seulement titulaires d'une ou de plusieurs autorisations de mise sur le marché.

L'obligation de constitution d'un stock de sécurité vise à garantir la présence constante d'une quantité minimale d'un produit sur le territoire français et européen, de manière à éviter les risques de rupture. Pour que cette mesure puisse être mise en œuvre de manière réaliste et efficace, il est essentiel que ce stock s'apprécie par produit et non par entité exploitante ou titulaire d'AMM présente en France.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Monsieur Daudigny, en pratique, l'obligation de constitution d'un stock de sécurité s'appliquera soit au titulaire d'AMM, dans le cas où celui-ci exploite directement la spécialité sur le marché français, soit à l'entreprise pharmaceutique qui aura été mandatée par le titulaire de l'AMM pour commercialiser le médicament en France.

Il nous semble que cette précision n'est pas nécessaire. Je demande donc le retrait de cet amendement, faute de quoi l'avis de la commission serait défavorable.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Il sera défavorable sur cet amendement, comme sur les suivants. (*Exclamations sur les travées du groupe Les Républicains.*)

M. René-Paul Savary. Le Gouvernement n'a que des avis défavorables !

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. L'article 34 fixe un équilibre entre obligations, sanctions et meilleure information de l'ANSM. Revenir sur cet équilibre n'est pas souhaitable si l'on veut être sûr de la constitutionnalité de la mesure.

La conjonction « et », que cet amendement vise à remplacer par « ou », a été choisie à dessein. En effet, nous considérons que l'obligation de constitution d'un stock de sécurité doit s'appliquer à tout titulaire d'une autorisation de mise sur le marché, mais aussi – d'où le « et » – à toute entreprise pharmaceutique exploitante.

C'est pourquoi l'avis du Gouvernement sur cet amendement est défavorable.

M. le président. Monsieur Daudigny, l'amendement n° 146 est-il maintenu ?

M. Yves Daudigny. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 146 est retiré.

L'amendement n° 216, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 4, première phrase

Remplacer le mot :

quatre

par le mot :

six

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. L'article 34 renforce les mécanismes existants de prévention et de lutte contre les ruptures de stock de médicaments ; il impose notamment aux entreprises pharmaceutiques de constituer un stock correspondant à quatre mois de couverture du marché national.

Je tiens à saluer – une fois n'est pas coutume – cet article, qui tente de répondre à une crise mettant quotidiennement en difficulté bon nombre de nos concitoyennes et de nos concitoyens, qui ne peuvent plus prendre leur traitement.

Pour rappel, en 2019, plus de 1 200 médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) auront subi des tensions ou une rupture d'approvisionnement, contre 800 en 2018 et seulement 44 dix ans auparavant.

On connaît l'ensemble des facteurs qui expliquent cette situation : la délocalisation des sites de production de médicaments vers les pays d'Asie, les comportements de certains grossistes-répartiteurs, qui préfèrent vendre leurs stocks de médicaments aux pays les plus offrants, et la création volontaire de tensions d'approvisionnement par des laboratoires désireux de faire augmenter les prix.

Nous proposons donc, au travers de cet amendement, d'aller un peu plus loin que la rédaction actuelle de l'article 34 et d'obliger les industriels à constituer des stocks permettant de couvrir pendant six mois, plutôt que quatre, les besoins en médicaments de la population.

Il me semble que le Gouvernement peut contraindre les industriels du médicament à constituer des stocks plus importants, afin de garantir l'accessibilité universelle aux soins de santé et aux médicaments.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La limite de quatre mois de couverture des besoins en médicaments sera un maximum, qui correspond à la pratique actuelle des laboratoires en matière de stockage.

Aller au-delà pourrait être jugé confiscatoire et disproportionné ; en outre, cela pourrait se révéler en pratique inapplicable à certaines classes thérapeutiques, du fait de l'incompatibilité d'une telle durée de conservation avec les délais de péremption.

La commission a donc émis sur cet amendement un avis défavorable.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Même avis.

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

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Ce dossier est assez compliqué.

On pourrait croire que, en allongeant le délai de couverture à l'une des étapes de la distribution, on améliore globalement le stock en France. Jusqu'à présent, les grossistes avaient l'obligation de constituer un stock de sécurité pour six mois ; les producteurs, pour quatre mois.

Le problème est que les modes de distribution ont évolué depuis 2008. Désormais, une partie des grossistes livrent directement les hôpitaux et, en conséquence, ont réduit leurs stocks pour les médicaments en question, tout comme les producteurs : ils comptaient que les hôpitaux constitueraient ces stocks de sécurité à leur place.

J'estime donc que Mme Cohen a eu raison de déposer un amendement visant à opérer un allongement de la couverture requise. En effet, il existe aujourd'hui des méthodes de contournement qui font que les quatre mois requis représentent, de fait, une obligation fictive.

Cet article constitue déjà un premier progrès ; il est positif, mais on constate que la complexité des circuits actuels permet, selon que l'on délivre directement ou non les médicaments à l'hôpital, de contourner les objectifs fixés.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 216.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 64, présenté par Mme Conconne et M. Antiste, est ainsi libellé :

Alinéa 4, première phrase

Après la seconde occurrence du mot :

médicament,

insérer les mots :

et six mois dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution,

La parole est à M. Maurice Antiste.

M. Maurice Antiste. Dans les territoires insulaires et enclavés que sont les collectivités d'outre-mer, il est nécessaire de prendre en compte les délais d'approvisionnement plus longs pour déterminer le stock approprié de médicaments.

Cet amendement vise donc à faire en sorte que la limite maximale du stock de médicaments devant être constitué pour ces territoires soit portée à six mois, au lieu de quatre.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Le délai de quatre mois nous paraît suffisant pour assurer la continuité de l'accès aux médicaments pour l'ensemble du marché français.

Dans le cadre de l'élaboration de la stratégie de santé pour les outre-mer, l'ANSM s'est engagée à intégrer les problématiques ultramarines dans son programme annuel de travail. Elle tiendra nécessairement compte de l'enjeu que représente l'approvisionnement de ces territoires.

L'avis de la commission sur cet amendement est donc défavorable.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Il est également défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 64.

(L'amendement n'est pas adopté.)

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

L'amendement n° 147, présenté par MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigalas, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérit-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mmes Lepage, Monier, Perol-Dumont, Prévaille et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

I. – Après les alinéas 4 et 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article s'applique également aux entreprises bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle pour une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques en application de l'article L. 5124-13 du présent code. » ;

II. – Après l'alinéa 14

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent I s'applique également aux entreprises bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle pour une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques en application de l'article L. 5124-13 du présent code.

III. – Après l'alinéa 36

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article s'applique également aux entreprises bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle pour une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques en application de l'article L. 5124-13 du présent code. »

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Je le retire, monsieur le président.

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

L'amendement n° 26, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 5

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

1° bis A Après l'article L. 5121-29, il est inséré un article L. 5121-29-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 5121-29-1. – Tout titulaire d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 est soumis à l'obligation de constitution d'un stock de sécurité destiné au marché national dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article L. 5121-29. » ;

II. – Alinéa 23

Compléter cet alinéa par les mots :

et, pour un titulaire d'une autorisation d'importation parallèle, de ne pas constituer le stock de sécurité destiné au marché national en application de l'article L. 5121-29-1

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'objet de cet amendement est d'étendre aux titulaires d'une autorisation d'importation parallèle l'obligation de constituer un stock de sécurité. En effet, les spécialités commercialisées en France dans le cadre d'une autorisation d'importation n'échappent pas au risque de rupture de stock.

N'oublions pas que les grossistes et les distributeurs utilisent le mécanisme des importations parallèles pour acheter des médicaments à bas prix, en Grèce ou en Pologne, afin de les revendre plus cher en France et de se ménager ainsi une marge plus importante.

La commission souhaite donc que les titulaires d'une autorisation d'importation parallèle soient, eux aussi, astreints à une obligation de constitution d'un stock de sécurité ; cette obligation sera, bien entendu, proportionnée à leur part de marché dans la distribution de la spécialité concernée.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Monsieur le rapporteur général, je comprends le sens de votre amendement.

Je souhaite cependant rappeler que les titulaires d'une autorisation de mise sur le marché sont soumis à une obligation d'approvisionnement approprié et continu du marché national, au sens du droit de l'Union européenne et du code de la santé publique.

Le droit européen, au regard de cette obligation d'approvisionnement, ne vise pas les titulaires d'une autorisation d'importation parallèle. En effet, les importateurs parallèles n'ont pas la maîtrise de leur approvisionnement, puisqu'ils ne fabriquent pas leurs spécialités, mais les achètent auprès de grossistes étrangers en quantités limitées, en raison du contingentement que les titulaires peuvent effectuer.

Pour cette raison, l'obligation de constitution d'un stock de sécurité ne s'applique pas aux entreprises bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle. En outre, le commerce parallèle reste très confidentiel en France : il représente largement moins de 1 % du marché.

L'avis du Gouvernement sur cet amendement est donc défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 26.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 148, présenté par MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigas, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérit-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mmes Lepage, Monier, Perol-Dumont, Prévillat et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

I. – Après les alinéas 4 et 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article s'applique également aux entreprises assurant la distribution parallèle de médicaments au sens de l'article L. 5124-13-2 du présent code. » ;

II. – Après l'alinéa 14

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent I s'applique également aux entreprises assurant la distribution parallèle de médicaments au sens de l'article L. 5124-13-2 du présent code. »

III. – Après l'alinéa 36

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article s'applique également aux entreprises assurant la distribution parallèle de médicaments au sens de l'article L. 5124-13-2 du présent code. »

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 148 est retiré.

L'amendement n° 234, présenté par M. Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Théophile, Bargeton et Buis, Mme Cartron, M. Cazeau, Mme Constant, MM. de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Iacovelli, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Patient, Patriat et

Rambaud, Mme Rauscent, MM. Richard, Yung et les membres du groupe La République En Marche, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 13

Remplacer les mots :

d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur

par les mots :

de tout médicament d'intérêt thérapeutique majeur

II. – Alinéa 32

Remplacer les mots :

présente pour les patients un risque grave et immédiat par les mots :

est susceptible, pour les patients, de mettre en jeu son pronostic vital à court ou moyen terme, ou représente une perte de chance importante au regard de la gravité ou du potentiel évolutif de la maladie

La parole est à M. Martin Lévrier.

M. Martin Lévrier. Aux termes de l'article 34, en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur et en l'absence de solution de substitution sur le territoire, l'entreprise défaillante aura l'obligation de recourir à l'importation.

Mes chers collègues, ce dispositif est tout à fait nécessaire, puisque le nombre des signalements de tensions d'approvisionnement de MITM a été multiplié par vingt entre 2008 et 2019 ; la hausse a été particulièrement prononcée ces deux dernières années.

Afin que l'obligation d'importation soit pleinement opérante, nous proposons donc, au travers de cet amendement déposé par notre collègue Michel Amiel, de préciser qu'elle s'appliquera à tout médicament d'intérêt thérapeutique majeur. C'est pourquoi nous proposons de reprendre dans cet article la définition du MITM offerte à l'article L. 5111-4 du code de la santé publique.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Tel qu'elle est prévue dans le présent projet de loi, la possibilité de contraindre un laboratoire à importer une spécialité de substitution en cas de rupture de stock est limitée aux médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, dont la rupture présenterait un risque grave et immédiat. Si le laboratoire ne procède pas à l'importation à la demande de l'ANSM, il sera logiquement sanctionné.

En revanche, les auteurs de cet amendement proposent que le champ des médicaments potentiellement concernés par une telle obligation d'importation soit l'ensemble des MITM, et non pas seulement ceux dont la rupture d'approvisionnement présenterait un risque grave et immédiat.

L'adoption de cet amendement aboutirait donc à une incohérence entre les alinéas 13 et 32 de l'article 34, puisque les champs des médicaments concernés par une même obligation ne seraient plus les mêmes.

L'avis de la commission sur cet amendement est donc défavorable.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. La mesure en question, telle que rédigée dans ce projet de loi, prévoit déjà le renvoi à l'article du code de la santé publique que vous évoquez : l'article 34 renvoie à l'article introduisant tout particulièrement cette définition.

L'obligation d'importation concerne bien les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, qu'ils soient en rupture de stock ou qu'ils risquent de l'être, dès lors qu'aucune alternative n'est disponible sur le territoire national.

Cet amendement apparaît donc satisfait. Dès lors, monsieur le sénateur, par cohérence, je vous demande de bien vouloir le retirer.

M. le président. Monsieur Lévrier, l'amendement n° 234 est-il maintenu ?

M. Martin Lévrier. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 234 est retiré.

Je mets aux voix l'article 34, modifié.

(L'article 34 est adopté.)

Article 35

① Le quatrième alinéa de l'article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

② « Un bilan de santé et de prévention est obligatoirement réalisé à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance. Ce bilan est réalisé, dès le début de la mesure, pour tous les mineurs accompagnés notamment par l'aide sociale à l'enfance ou par la protection judiciaire de la jeunesse. Il permet d'engager un suivi médical régulier et coordonné. Il identifie les besoins de prévention et de soins permettant d'améliorer l'état de santé physique et psychique de l'enfant, qui doivent être intégrés au projet pour l'enfant. Il est pris en charge par l'assurance maladie. »

M. le président. L'amendement n° 180 rectifié *bis*, présenté par M. Iacovelli, Mme Schillinger, MM. Amiel, Lévrier, Théophile, Bargeton et Buis, Mme Cartron, M. Cazeau, Mme Constant, MM. de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent, MM. Richard, Yung et les membres du groupe La République En Marche, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Ce bilan est réalisé par des professionnels de santé.

La parole est à M. Martin Lévrier.

M. Martin Lévrier. L'article 35 renforce l'obligation d'évaluation médicale et psychologique à l'entrée des dispositifs de protection de l'enfance. Un bilan de santé sera obligatoirement réalisé et pris en charge par l'assurance maladie dès l'entrée de l'enfant dans le dispositif.

Cette mesure permettra d'engager un suivi médical régulier des enfants et adolescents protégés, dans le cadre d'un parcours de soins somatiques et psychiques coordonné en fonction des besoins de chaque enfant ou adolescent protégé. En effet, bien que les enfants et adolescents pris en charge au titre de la protection de l'enfance constituent une population particulièrement vulnérable, l'évaluation médicale et psychologique obligatoire dans le cadre du projet pour l'enfant est réalisée, à l'heure actuelle, dans un tiers des cas seulement.

Notre groupe salue donc l'investissement du Gouvernement sur ce sujet. Il souhaite simplement que soit adopté cet amendement, qui vise à préciser que ce bilan de santé et de prévention obligatoire devra être réalisé par des professionnels de santé formés à l'accueil de ce public fragile.

Nous avons modulé le dispositif de l'amendement, afin de ne pas tomber sous le coup de l'irrecevabilité au titre de l'article 40 de la Constitution, mais il s'agit bien là, madame la secrétaire d'État, de vous proposer d'ajouter cette précision.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement est déjà satisfait, mon cher collègue. En effet, l'évaluation médicale et psychologique du mineur protégé est actuellement réalisée par un médecin, qu'il s'agisse d'un généraliste, d'un pédiatre, ou d'un médecin de la protection maternelle et infantile.

Ce sera toujours le cas pour le bilan de santé prévu à cet article, d'autant que le Gouvernement envisage de faire de cet examen une consultation complexe.

En outre, en mentionnant un professionnel de santé, vous semblez suggérer que le bilan pourrait être effectué par un professionnel autre qu'un médecin. Or il est préférable que ce soit un médecin qui le réalise, comme c'est déjà le cas aujourd'hui.

Par conséquent, la commission vous invite à retirer cet amendement.

M. le président. Monsieur Lévrier, l'amendement n° 180 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Martin Lévrier. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 180 rectifié *bis* est retiré.

Je mets aux voix l'article 35.

(L'article 35 est adopté.)

Article 35 bis

① Le II de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° À la fin du premier alinéa, la référence : « du code de la sécurité sociale » est supprimée ;

③ 2° Au 1°, après la référence : « L. 162-32-1 », sont insérées les références : « du code de la sécurité sociale ainsi qu'à l'article L. 2112-7 du présent code » ;

④ 3° Au 2°, après la référence : « L. 160-8 », est insérée la référence : « du code de la sécurité sociale » ;

⑤ 4° Au 3°, après la référence : « L. 160-2 », est insérée la référence : « du code de la sécurité sociale » ;

⑥ 5° Au 4°, après la référence : « L. 160-14 », est insérée la référence : « du code de la sécurité sociale ». – *(Adopté.)*

Article 36

① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° A L'article L. 162-5-14-1 est abrogé ;

③ 1° La sous-section 3 de la section 1 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} est complétée par un article L. 162-5-19 ainsi rédigé :

- 4 « *Art. L. 162-5-19.* – I. – Les médecins mentionnés au 1° de l'article L. 646-1 qui pratiquent des actes et consultations à tarifs opposables ou ont adhéré à un dispositif conventionnel de maîtrise des dépassements d'honoraires bénéficient d'une aide lorsqu'ils s'installent dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique dans un délai de trois ans à compter de l'obtention des titres de formation mentionnés à l'article L. 4131-1 du même code. Cette aide est calculée sur la base du montant des cotisations aux régimes de base d'assurance maladie, maternité, vieillesse ainsi qu'aux régimes de prestations complémentaires de vieillesse, d'invalidité et décès et d'allocations familiales dont ils sont redevables au titre des revenus retirés des honoraires conventionnels au cours des vingt-quatre premiers mois d'activité.
- 5 « II. – Pour les médecins qui ont choisi, en application de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5 du présent code, de pratiquer des honoraires conventionnels, le montant de l'aide prévue au I du présent article est égal au montant des cotisations sociales mentionnées au même I restant dues, après prise en compte de la participation des caisses d'assurance maladie prévue au 5° de l'article L. 162-14-1, dans la limite du montant des cotisations dues et des participations au financement des cotisations pour un revenu maximal tiré des honoraires conventionnels de 80 000 €.
- 6 « Pour les médecins qui ont choisi, en application de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, de pratiquer des honoraires différents des honoraires conventionnels mais qui ont adhéré à un dispositif conventionnel de maîtrise des dépassements prévu par la même convention, le montant de l'aide est égal à celui accordé aux médecins mentionnés au premier alinéa du présent II ayant perçu un revenu issu des honoraires conventionnels équivalent.
- 7 « III. – Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 ainsi que les organismes mentionnés à l'article L. 641-1 chargés des régimes d'assurance vieillesse des médecins informent, dans des conditions prévues par décret, les caisses d'assurance maladie et le bénéficiaire de l'aide du montant de l'aide calculée dans les conditions prévues au II du présent article. L'aide est versée, dans des conditions prévues par décret, par les caisses d'assurance maladie aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 ainsi qu'aux organismes mentionnés à l'article L. 641-1 chargés des régimes d'assurance vieillesse des médecins. Le montant des cotisations appelées auprès des intéressés est diminué du montant de l'aide ainsi versée.
- 8 « IV. – En cas de cessation d'exercice dans l'une des zones mentionnées au I du présent article au cours des deux années suivant l'installation, le bénéfice de l'aide est suspendu le premier jour du mois suivant cette cessation.
- 9 « Le premier alinéa du présent IV n'est pas applicable en cas de modification du périmètre des zones définies au I. » ;
- 10 2° Le I de l'article L. 642-4-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- 11 « En cas de dépassement du seuil, les personnes bénéficiant des dispositions du présent article acquittent des cotisations et contributions complémentaires à des taux et selon des modalités prévues par décret. Elles peuvent perdre le bénéfice des dispositions du présent article dans des conditions prévues par décret. » ;
- 12 3° Après l'article L. 645-2, il est inséré un article L. 645-2-1 ainsi rédigé :
- 13 « *Art. L. 645-2-1.* – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 645-2, les personnes relevant de l'article L. 642-4-2 sont redevables d'une cotisation proportionnelle aux revenus d'activité non salariés issus de l'activité de remplacement.
- 14 « Les médecins mentionnés à l'article L. 646-1, autres que ceux mentionnés au premier alinéa du présent article, peuvent opter, dans des conditions fixées par décret, pour une cotisation proportionnelle aux revenus que les intéressés tirent de l'activité exercée dans les conditions prévues aux articles L. 162-14 et L. 646-1. »
- 15 II. – Le titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- 16 1° A À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1434-4, après le mot : « éducation », est insérée la référence : « , à l'article L. 162-5-19 du code de la sécurité sociale » et, à la fin, les mots : « code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « même code » ;
- 17 1° L'article L. 1435-4-2 est ainsi rédigé :
- 18 « *Art. L. 1435-4-2.* – Les agences régionales de santé peuvent conclure un contrat de début d'exercice avec un étudiant remplissant les conditions prévues à l'article L. 4131-2 ou avec un médecin exerçant une activité libérale. La signature de ce contrat ouvre droit à une rémunération complémentaire aux revenus des activités de soins ainsi qu'à un accompagnement à l'installation, à la condition que l'installation sur les territoires mentionnés au deuxième alinéa du présent article ou dans une zone limitrophe de ceux-ci date de moins d'un an.
- 19 « Le signataire s'engage, pendant une durée fixée par le contrat, à exercer ou à assurer une activité de remplacement dans un ou plusieurs cabinets médicaux dans les territoires définis par l'agence régionale de santé et caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins pour la spécialité concernée. Une modification par l'agence régionale de santé de la définition des territoires caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins pour la spécialité concernée est sans incidence sur les contrats en cours. Le signataire respecte les tarifs opposables ou adhère à un dispositif de maîtrise des dépassements d'honoraires prévu dans la convention mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. Il s'engage à participer à un exercice coordonné, au sens des articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1-10 et L. 6323-3 du présent code, dans un délai de deux ans à compter de la signature du contrat.
- 20 « Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article, notamment les durées minimales et maximales du contrat, les modalités de définition des zones limitrophes concernées et les dispositions particulières applicables aux zones isolées connaissant des afflux saisonniers de population ainsi qu'aux

territoires d'outre-mer. Aucun autre contrat ne peut être conclu par le signataire sur le fondement du présent article pendant la durée du contrat. Ces contrats ne peuvent pas donner lieu à renouvellement. » ;

- ②1 2° Les articles L. 1435-4-3, L. 1435-4-4 et L. 1435-4-5 sont abrogés.
- ②2 III. – Les dispositions prévues au 1° du I sont applicables aux médecins s'installant jusqu'au 31 décembre 2022.
- ②3 Le Gouvernement présente au Parlement, au plus tard six mois avant l'expiration du délai mentionné au premier alinéa du présent III, une évaluation portant sur l'efficacité du dispositif créé au 1° du I, notamment sur son effet sur les effectifs de médecins libéraux dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, mentionnées à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.
- ②4 IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020, à l'exception du II dont les dispositions sont applicables aux contrats signés à compter de la date d'entrée en vigueur du décret mentionné à l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique dans sa rédaction résultant de la présente loi, et au plus tard le 1^{er} avril 2020. Les contrats en cours à cette date se poursuivent sur la base des dispositions qui leur étaient applicables avant la date d'entrée en vigueur du même décret.

M. le président. L'amendement n° 162, présenté par Mme Rossignol, MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin et Meunier, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigalas, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérít-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mme Lepage, M. Lurel, Mmes Monier, Perol-Dumont, Prévillé et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

Alinéa 6

Remplacer les mots :

est égal à

par les mots :

correspond à 90 % de

La parole est à Mme Laurence Rossignol.

Mme Laurence Rossignol. Cet article développe le dispositif d'accompagnement et d'aide à l'installation des jeunes médecins. Il est précisé que les aides à l'installation sont exactement les mêmes, que le médecin ait choisi d'exercer en secteur 1 ou en secteur 2. Il est d'ailleurs intéressant que les rédacteurs de cet article aient jugé utile de le préciser !

L'amendement que je défends vise à l'inverse à prévoir que, dans le cas où le médecin exerce, non pas en secteur 1, mais en secteur 2, l'aide à l'installation qu'il recevra représentera 90 % de celle à laquelle il aurait eu droit s'il avait choisi le secteur 1. En effet, ces dispositifs n'ont pas pour seul objet d'aider les médecins à s'installer uniquement : il importe également de veiller à la diversité de l'offre de soins et, en particulier, à son accessibilité financière pour les patients d'un territoire déjà en grande difficulté sanitaire.

Mes chers collègues, je vous renvoie sur ce point à une étude parue aujourd'hui, qui indique combien nos concitoyens renoncent aux soins pour des raisons financières.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je comprends évidemment la volonté de privilégier les médecins exerçant en secteur 1. Toutefois, il est ici question de médecins qui s'engagent à modérer leurs tarifs en adhérant à l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam). Leur aide sera déjà plafonnée.

N'allons donc pas plus loin, car nous risquerions alors de réduire l'attractivité de ce dispositif incitatif à l'installation dans les zones sous-dotées.

La commission sollicite donc le retrait de cet amendement, faute de quoi son avis serait défavorable.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Il est défavorable, pour les raisons que vient d'exposer M. le rapporteur général.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 162.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 69 rectifié, présenté par Mme Guillotin et MM. Arnell, A. Bertrand, Corbisez, Gabouty, Guérini et Requier, est ainsi libellé :

Alinéa 19, dernière phrase

Supprimer cette phrase.

La parole est à Mme Véronique Guillotin.

Mme Véronique Guillotin. Le contrat de début d'exercice est une bonne solution : il regroupe plusieurs contrats existants et facilite ainsi la lisibilité des aides. Le présent article en conditionne le bénéfice à l'engagement du praticien à exercer dans une maison de santé, dans un centre de santé, ou dans le cadre d'un exercice coordonné.

Je comprends bien la logique de cette demande : il s'agit d'inciter les médecins à travailler en milieu coordonné.

Cependant, avec ou sans cette aide, les médecins sont de toute façon plutôt attirés par l'exercice coordonné. Ce contrat ne doit pas être vu comme une mesure incitative à l'exercice coordonné, mais plutôt comme un moyen d'attirer tous les médecins, quel que soit leur mode d'exercice, sur des territoires sous-dotés.

Je propose donc de désolidariser de l'exercice coordonné le bénéfice de ce contrat de début d'exercice et de permettre au médecin qui s'installe de manière isolée, s'il en a envie, de bénéficier de ce contrat. En effet, il ne faudrait pas se passer, dans les territoires où l'on a besoin d'eux, des quelques médecins qui auraient encore envie de travailler d'une manière qui ne soit pas, peut-être, uniforme.

Je tiens à répéter que je n'entends pas, par cet amendement, aller à l'encontre de la volonté de favoriser l'exercice coordonné présente dans la stratégie Ma santé 2022, que je continue de soutenir.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission a émis un avis favorable sur cet amendement, qui tend à apporter plus de souplesse au dispositif, comme nous l'avions d'ailleurs proposé en première lecture.

L'exercice coordonné, auquel les jeunes praticiens sont de toute façon très attachés, peut prendre des formes diverses, notamment pour les remplaçants. Il n'est donc pas nécessaire de fixer des conditions trop rigides.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Je tiens à souligner que la condition d'exercice coordonné est formulée dans cet article de manière très large. Elle tient compte en effet d'une éventuelle participation des médecins à des équipes de soin primaire ou à des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui sont des formes de coordination particulièrement souples et n'impliquant pas de regroupement physique.

Je suis pour ma part attachée à promouvoir de manière volontariste l'exercice coordonné, en cohérence avec la stratégie Ma santé 2022. L'exercice coordonné entre plusieurs professionnels de santé est en effet un facteur d'amélioration de la qualité des soins ; en outre, il favorise l'ancrage des médecins sur le territoire, qui est justement notre objectif à cet article.

J'entends que vous voulez apporter plus de souplesse à cette mesure, madame la sénatrice, mais je vous demande de bien vouloir retirer cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Élisabeth Doineau, pour explication de vote.

Mme Élisabeth Doineau. Je comprends l'amendement de notre collègue Véronique Guillotin, mais je ne suis pas vraiment d'accord avec elle. En effet, j'ai lu le rapport du docteur Sophie Augros, qui a été remis il y a quelques semaines.

Mme Augros a réfléchi sur la configuration actuelle des aides à l'installation : elles sont multiples et ne représentent pas forcément un facteur incitatif. Or j'ai bien compris que, selon elle, l'exercice coordonné des soins pouvait bien constituer une condition au bénéfice de ces aides, pourvu que celle-ci soit entendue de façon assez large. Quelqu'un qui s'installe dans un cabinet isolé peut très bien participer à la coordination des soins sans être installé dans une maison ou un pôle de santé.

Mme Augros a également réfléchi à l'idée d'instaurer une obligation des médecins à participer à la permanence des soins, ce qui serait beaucoup plus contraignant et qui est aujourd'hui impossible au vu de la difficulté de trouver des médecins en nombre suffisant sur les territoires.

Je comprends l'intention de Mme Guillotin – je ne veux pas qu'on se prive de l'installation de certains médecins dans des zones rurales –, mais son approche ne correspond pas tout à fait à la philosophie des propositions de Mme Augros, qui se traduit dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale.

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

Mme Catherine Deroche. Je voterai pour ma part en faveur de l'amendement de Véronique Guillotin. En effet, il est question de zones où il faut favoriser l'installation de médecins.

Nous savons tous que l'exercice coordonné correspond à l'attente des jeunes praticiens, mais il peut se produire, dans certains cas, qu'un jeune médecin vienne remplacer un médecin isolé.

D'ailleurs je tiens à rappeler que la notion même de médecin isolé est en quelque sorte un fantôme, dans la mesure où tout médecin, même isolé, a toujours travaillé avec les infirmiers de sa commune et avec le pharmacien le plus proche. Cette notion est donc sujette à caution !

On nous affirme qu'un tel médecin pourra exercer de manière coordonnée, mais ce n'est pas toujours vrai. S'il est tout seul et que, après deux ans, on l'oblige à agir ainsi, il n'y aura d'autre solution qu'une CPTS. Or ces communautés sont très longues à construire.

J'estime donc que la souplesse proposée dans cet amendement est de bon sens.

M. Gérard Dériot. Très bien !

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

M. René-Paul Savary. Je veux m'inscrire dans la même philosophie, madame la secrétaire d'État : la souplesse est tout à fait importante.

Prenez l'exemple des actes de téléconsultation, qui sont un autre moyen de lutter contre la désertification : il faut qu'ils soient approuvés par un médecin inscrit au conseil de l'ordre du département. On pourrait se dire que, pour les communes limitrophes, ce pourrait être un médecin du département voisin, mais tel n'est pas le cas : la caisse d'assurance maladie refusera de rembourser ces actes, car ces médecins ne sont pas inscrits au conseil de l'ordre du département !

Il faut de la souplesse, il faut du bon sens : faites confiance aux territoires, et vous verrez que cela se passera beaucoup mieux ! (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains. – Mme Mme Michelle Meunier applaudit également.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 69 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 36, modifié.

(*L'article 36 est adopté.*)

Article 37

① I. – Après l'article L. 6111-1-4 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6111-1-5 ainsi rédigé :

② « Art. L. 6111-1-5. – Pour des motifs de sécurité, les établissements de santé publics et privés autorisés en application de l'article L. 6122-1 à faire fonctionner une unité de gynécologie obstétrique proposent aux femmes enceintes une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé lorsque la situation de leur domicile implique une durée d'accès à une unité adaptée de gynécologie obstétrique supérieure à un seuil.

③ « Un décret en Conseil d'État précise :

④ « 1° Les conditions d'accès à cette prestation, notamment la période au cours de laquelle elle est proposée aux femmes enceintes ;

⑤ « 2° Les modalités de son attribution ;

⑥ « 3° L'organisation de cette prestation, que l'établissement peut déléguer à un tiers par voie de convention. »

⑦ II. – Après le 2° de l'article L. 160-9 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

⑧ « 3° Les frais de transport entre leur domicile et une unité adaptée de gynécologie obstétrique prescrits, pour des motifs de qualité et de sécurité des soins, aux femmes

enceintes dont la situation du domicile implique une durée d'accès à cette unité supérieure à un seuil, dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État. »

9 III. – Le I de l'article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 précitée est complété par un 14° ainsi rédigé :

10 « 14° La couverture des frais de transport entre leur domicile et une unité adaptée de gynécologie obstétrique prescrits, pour des motifs de qualité et de sécurité des soins, aux femmes enceintes dont la situation du domicile implique une durée d'accès à cette unité supérieure à un seuil, dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 160-9 du code de la sécurité sociale. »

M. le président. L'amendement n° 217, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Cet amendement vise à supprimer cet article, qui, loin de répondre aux besoins en services de maternité, laisse à penser que le remède à l'éloignement géographique des femmes prêtes à accoucher serait de résider dans un hôtel proche d'une maternité ouverte.

Pour ne prendre qu'un exemple, depuis la fermeture de la maternité du Blanc, trois femmes ont accouché chez elles, faute d'avoir pu atteindre à temps une maternité ; une autre a été hélicoptérée vers l'hôpital de Châteauroux, et deux encore ont accouché dans des conditions difficiles au service des urgences du Blanc, la seconde le 8 novembre 2018.

Les difficultés qu'ont rencontrées ces femmes pour accoucher ne résultaient pas d'un éloignement géographique, mais bien de la décision prise par l'agence régionale de santé de fermer la maternité du Blanc, en conséquence de la fusion des hôpitaux du Blanc et de Châteauroux.

Pour celles qui, effectivement, résident loin d'une maternité, la solution est l'ouverture de structures permettant d'assurer convenablement et dignement les accouchements.

Par ailleurs, les arguments que vous avancez, madame la secrétaire d'État, pour justifier la fermeture de maternités et l'envoi à l'hôtel des femmes proches de l'accouchement sont très loin d'être convaincants, comme l'a déjà souligné ma collègue Michelle Gréaume.

En effet, le manque d'obstétriciens est non pas une fatalité, mais la conséquence d'une politique, certes pas récente, qui laisse à désirer en matière de formation et de recrutement d'obstétriciens et de gynécologues. Il me semble important que l'État puisse pallier cette pénurie de professionnels de santé.

Je m'excuse, madame la secrétaire d'État, de m'adresser à vous, car vous n'avez pas souvent commenté cette actualité, contrairement à Mme Buzyn ; c'est parce que cette dernière n'est pas parmi nous aujourd'hui que je me permets de vous adresser directement mon propos.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. C'est un sujet dont on a déjà largement débattu ici, il y a quelques années, à la suite d'un rapport de la Cour des comptes que nous avons d'ailleurs sollicité.

Les mesures proposées à cet article, qui prévoit l'hébergement des femmes enceintes éloignées d'une maternité et la prise en charge de leurs frais de transport, permettront de sécuriser et de renforcer l'accompagnement des femmes enceintes.

Le temps moyen d'accès à une maternité est resté stable ces dernières années : selon l'adresse, 1,5 % de la population met 45 minutes ou plus pour se rendre à la maternité la plus proche, soit seulement 167 000 femmes en âge de procréer. Le nombre de petites maternités, soit celles où s'effectuent moins de 500 accouchements par an, qui sont souvent situées dans les zones les moins denses, est lui aussi resté stable entre 1996 et 2016.

Ces prestations concernent donc une proportion réduite des femmes enceintes, à savoir celles qui résident dans les zones rurales éloignées des maternités et pour lesquelles le temps d'accès trop long peut présenter des risques.

Ces mesures n'entérinent pas, en tant que telles, la fermeture de maternités. Je vous rejoins, ma chère collègue, pour estimer que ces prestations ne devront pas empêcher de maintenir une couverture satisfaisante de l'offre sur le territoire.

Néanmoins, il faut être bien conscient que la plupart des femmes préfèrent se rendre en toute sécurité dans une maternité de niveau 2 ou 3. Nous essayons de répondre à ce besoin manifeste, sans pour autant empêcher les personnes qui résident en zone sous-dense d'accéder en toute liberté à la maternité de leur choix, puisque l'on ne ferme aucune maternité.

La commission demande donc le retrait de cet amendement, faute de quoi son avis serait défavorable.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Même avis.

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

Mme Laurence Cohen. Nous ne retirerons pas notre amendement. On nous oppose l'argument selon lequel les femmes préfèrent accoucher dans des maternités en pleine sécurité, mais cela va de soi ! Nous avons déjà eu ce débat, mais le problème n'est pas traité de la manière qui convient.

Vous m'affirmez, monsieur le rapporteur général, que l'on ne ferme aucune maternité. Venez avec moi à Creil, et je vous montrerai une maternité fermée ! C'est d'ailleurs une première, madame la secrétaire d'État : on n'avait encore jamais fermé en France de maternité de niveau 3 ! (*Mme Laurence Rossignol le confirme.*)

À la suite de cette fermeture, nombre de femmes se sont trouvées dans le plus grand dénuement, et leur accouchement a dû être pris en charge au service des urgences de Creil, par des professionnels qui ont conscience de leur métier.

Je veux bien que nous soyons en désaccord. Je veux bien que des arguments soient échangés sans que nous parvenions à nous convaincre : c'est à cela que sert le débat, et mon groupe juge qu'un débat est toujours enrichissant. Seulement, aujourd'hui, il n'y a pas ici de débat ! Ce ne sont que des affirmations.

Par ailleurs, madame la secrétaire d'État, je ne sais pas si vous pourrez m'apporter un élément de réponse au sujet de la maternité de Creil, puisque je vous vois en pleine discussion avec M. le président de la commission des affaires sociales... Il vous sera sans doute un peu difficile de répondre aux arguments qui vous sont proposés.

Il est extrêmement important, selon moi, de réfléchir ensemble et de reconnaître que 130 maternités ont fermé au cours des dix dernières années, dans bon nombre de territoires. Certes, ce n'est pas de la responsabilité du seul gouvernement actuel, mais les regroupements ont tout de même des conséquences : vous avez vous-même reconnu, monsieur le rapporteur général, que certaines femmes sont à 45 minutes d'une maternité, sinon plus encore.

On essaie de nous expliquer, en réponse à ce problème, que ces femmes viendront deux jours avant leur accouchement et seront accueillies à l'hôtel. Mais ce n'est pas ce que demandent les femmes qui sont prêtes à accoucher ! Je le répète : malheureusement, il y a encore des maternités fermées aujourd'hui.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 217.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 150, présenté par MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigalas, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérit-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mmes Lepage, Monier, Perol-Dumont, Prévillle et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 2

Après le mot :

lorsque

rédigé ainsi la fin de cet alinéa :

leur accès à une unité adaptée de gynécologie obstétrique est rendu difficile en raison de circonstances locales définies par décret en Conseil d'État.

II. – Alinéas 8 et 10

Remplacer les mots :

la situation du domicile implique une durée d'accès à cette unité supérieure à un seuil

par les mots :

l'accès à une unité adaptée de gynécologie obstétrique est rendu difficile en raison de circonstances locales

La parole est à Mme Michelle Meunier.

Mme Michelle Meunier. Le critère d'éligibilité des femmes pouvant bénéficier des mesures de l'engagement maternité ne peut être uniquement temporel. En effet, le temps d'accès à une maternité fluctue en fonction de différents éléments : le climat – on peut le constater en ce moment dans le sud-est de la France –, la géographie des territoires ou encore leur degré d'urbanisation.

Ce critère est difficilement évaluable et peu sécurisant pour les femmes. Il est donc indispensable d'apporter de la souplesse, afin de le moduler.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise à prendre en compte des circonstances locales, et non pas seulement la durée d'accès à la maternité, pour déterminer l'éligibilité aux prestations d'hébergement et de transport des femmes enceintes.

Une telle modification permettrait de mieux s'adapter aux spécificités de certains territoires, car les difficultés d'accès à une maternité peuvent être liées à des situations géographiques particulières, telles que le caractère montagneux d'une zone, ou encore son insularité, notamment outre-mer. La rédaction proposée dans cet amendement permettrait au Gouvernement de définir des critères plus adaptés à ces différentes situations, dans le décret qui précisera les modalités d'attribution des prestations.

La commission a donc émis un avis favorable sur cet amendement.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Le sujet que vous soulevez, madame la sénatrice, sera pris en compte en concertation avec les acteurs concernés lors de la phase de déclinaison réglementaire et opérationnelle de cet engagement.

Le Gouvernement vous demande donc le retrait de cet amendement, faute de quoi son avis serait défavorable.

Mme Laurence Rossignol. Madame la secrétaire d'État, n'avez-vous jamais l'intuition qu'il faudrait lâcher sur tel ou tel amendement ?

M. le président. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour explication de vote.

Mme Véronique Guillotin. Je voterai en faveur de cet amendement. En effet, on observe aujourd'hui une transformation du modèle, comme en témoigne notre débat : la mise en place des maisons d'accueil la prise en charge des frais d'hôtel pour les femmes enceintes constitue une révolution et un changement de paradigme.

J'estime par conséquent qu'il serait bon de sécuriser le mode d'accès à ces dispositifs, comme tend à le faire cet amendement. Il faut peut-être que les critères d'éligibilité soient beaucoup plus sécurisants.

En tout cas, je soutiendrai cet amendement de bon sens.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 150.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 163, présenté par Mme Jasmin, MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret et Grelet-Certenais, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe, Artigalas et Conconne, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérit-Débat, Mmes Blondin et Bonnefoy, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mme Lepage, M. Lurel, Mmes Monier, Perol-Dumont, Prévillle et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« 2° bis Les modalités d'organisation de cette prestation au sein de maisons de naissance ;

La parole est à Mme Corinne Féret.

Mme Corinne Féret. Cet amendement vise à permettre aux patientes prises en charge dans les maisons de naissance de bénéficier de la prestation d'hébergement créée à l'article 37.

Les maisons de naissance sont des structures autonomes, qui, sous la responsabilité exclusive de sages-femmes, proposent aux femmes enceintes une approche personnalisée du suivi de grossesse.

Ces maisons de naissance sont adossées à un établissement de santé, avec lequel elles passent convention, ce qui garantit une meilleure qualité et une plus grande sécurité des soins en cas de complication ou si un transfert est nécessaire.

Ces maisons de naissance font l'objet d'une expérimentation jusqu'en 2020, mais les professionnels de santé sont inquiets d'une éventuelle disparition de structures si utiles, dans un contexte national de réduction du nombre des maternités.

La première étude d'évaluation du fonctionnement des maisons de naissance et de la qualité de la prise en charge des parturientes accouchant sans hospitalisation, effectuée par des experts en santé publique de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, l'Inserm et du Centre national de la recherche scientifique, le CNRS, est particulièrement encourageante.

Ces maisons pourraient constituer un élément structurant pour abaisser notre taux de recours aux césariennes, lequel est trop élevé.

Une articulation entre la prestation proposée dans le présent article et l'extension et la pérennisation des maisons de naissance serait donc salutaire pour tous, plus particulièrement dans les territoires ruraux, insulaires ou enclavés.

Je précise enfin que je défends cet amendement, cosigné par les membres du groupe socialiste et républicain, au nom de notre collègue Victoire Jasmin, particulièrement concernée par cette question après l'incendie du CHU de Guadeloupe. La complémentarité proposée serait fort intéressante sur son territoire.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise à préciser le champ du décret en Conseil d'État qui sera pris pour fixer les modalités d'application de la prestation d'hébergement pour femme enceinte, afin d'y inclure les modalités d'organisation de cette prestation au sein des maisons de naissance.

Les maisons de naissance sont des structures ayant fait la preuve de leur utilité et permettant de compléter l'offre d'accompagnement des femmes enceintes. Puisque la femme enceinte peut être suivie et accoucher dans ces structures, il peut être intéressant de prévoir par décret les modalités d'extension de la prestation proposée aux maisons de naissance lorsque celles-ci permettent d'accueillir des femmes éloignées de maternités.

La commission émet donc un avis favorable sur cet amendement.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Les maisons de naissance, au nombre de huit en France, sont en cours d'expérimentation.

Comme le prévoit la loi, un rapport d'évaluation sera prochainement remis au Parlement sur cette expérimentation. Il portera tant sur les aspects organisationnels que sur la qualité et la sécurité des soins, ainsi que sur l'aspect médico-économique.

Nous sommes attachés à ce que cette expérimentation puisse être évaluée dans de bonnes conditions, mais tant que ces structures n'auront qu'un caractère expérimental, il apparaît prématuré de les intégrer au droit commun, à l'article 37.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur cet amendement. (*Protestations sur les travées du groupe SOCR.*)

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Je voterai l'amendement proposé par Mme Jasmin et ses collègues.

Je rappelle à cette occasion à l'ensemble de mes collègues que toutes les maisons de naissance expérimentées jusqu'à l'année prochaine sur le territoire national ont été créées sur l'initiative de la commission des affaires sociales du Sénat et de Muguette Dini, qui en était à l'époque la présidente.

Bien entendu, nous surveillerons donc de très près le devenir de ces maisons de naissance.

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

Mme Laurence Rossignol. Les maisons de naissance méritent mieux que la réponse de Mme la secrétaire d'État sur leur expérimentation. Comme si l'on ne savait pas grand-chose de ce qui s'y passe ! Compte tenu des évaluations qui existent déjà et des connaissances que nous avons sur ce sujet, vous auriez pu, madame la secrétaire d'État, vous montrer plus ouverte.

De manière générale, permettez-moi de vous faire remarquer que, quand l'on siège au banc du Gouvernement, quand l'on sent qu'un amendement suscite un consensus dans l'hémicycle et quand son adoption ne porterait pas atteinte à des principes fondamentaux de la politique gouvernementale, il est bien venu, de temps en temps, plutôt que d'en demander le retrait ou d'émettre un avis défavorable, de s'en remettre à la sagesse de la Haute Assemblée. (*Applaudissements sur toutes les travées, à l'exception de celles du groupe LaREM.*)

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

M. Bernard Jomier. La seule étude française, médicale et scientifique, sur les maisons de naissance, menée en partenariat par l'Inserm et le CNRS, a été présentée hier au Sénat par leurs auteurs. Il apparaît que les résultats en termes de qualité et de sécurité des soins de ces maisons sont plutôt satisfaisants, même si les auteurs de l'étude demandent des précisions, notamment sur le plan médico-économique.

Madame la secrétaire d'État, lors de l'examen de la loi d'organisation et de transformation du système de santé, nous avons attiré l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé sur le fait que l'expérimentation prendra fin en novembre 2020. La grossesse durant neuf fois chez les femmes, ces structures ont besoin d'être stabilisées bien en amont, c'est-à-dire au premier trimestre 2020.

La ministre nous a répondu que tel serait le cas. Pourtant, alors que nous arrivons au mois de décembre, nous n'avons toujours aucune information à cet égard. Je ne comprends pas que l'on nous laisse dans l'incertitude. Encore une fois, vous ne nous donnez aucune réponse.

Je ferai une seconde remarque, d'ordre plus général. Je le dis solennellement, au nom de mon groupe, la façon dont se déroule l'examen de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale est inacceptable.

Je parle non pas du *timing* – nous connaissons tous les contraintes, nous les respectons, nous veillons à être synthétiques et à ne soulever que les questions les plus essentielles –, mais du fait que Mme la ministre soit absente et

que Mme la secrétaire d'État émette systématiquement des avis défavorables sur tous les amendements, quel que soit le sujet.

Cette absence de dialogue et cette attitude sont tout à fait regrettables. (*Applaudissements sur toutes les travées, à l'exception de celles du groupe LaREM.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Mesdames, messieurs les sénateurs, je vous rappelle que mon rôle, en tant que secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé, est de me trouver au banc du Gouvernement lorsque Mme la ministre est absente.

Je prends le temps de vous répondre sur chaque amendement lorsque l'avis du Gouvernement est contraire à celui de la commission, mais pas lorsqu'il est le même, afin que vous soyez éclairés sur l'ensemble de vos amendements.

Ensuite, je n'ai rien dit contre les maisons de naissance. Au contraire, nous considérons qu'elles sont un bon dispositif, mais, dans la mesure où elles sont pour l'instant expérimentales, nous ne souhaitons pas les inscrire dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Je l'ai rappelé, un rapport d'évaluation de ces maisons de naissance sera prochainement remis. Si ces maisons doivent évoluer, nous leur permettrons de le faire, mais, je le répète, pour l'heure, nous ne souhaitons pas les inscrire dans le droit commun, compte tenu de leur caractère expérimental.

Cela étant, ces maisons sont nécessaires, nous les déployons et nous continuerons de le faire sur l'ensemble du territoire.

M. Guillaume Arnell. C'est ce qu'il fallait dire !

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Mais c'est ce que j'ai dit !

M. le président. La parole est à Mme Viviane Malet, pour explication de vote.

Mme Viviane Malet. Madame la secrétaire d'État, la prise en charge des frais d'hébergement dans les territoires enclavés est une solution très sage. Je pense notamment aux femmes qui ont des grossesses à risque et qui vivent dans des sites enclavés, où il n'y a pas de voiture, pas d'ambulance, pas de médecin.

Il serait donc sage d'adopter cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Élisabeth Doineau, pour explication de vote.

Mme Élisabeth Doineau. Je ne vois pas pourquoi, madame la secrétaire d'État, nous devrions attendre le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année prochaine pour prendre une telle décision !

M. Bernard Jomier. Ce sera trop tard !

Mme Élisabeth Doineau. Ma collègue Catherine Deroche et moi avons récemment reçu deux des représentantes des maisons de naissance. Elles nous disent que, aujourd'hui, elles sont contraintes de refuser des femmes, tant ces maisons fonctionnent bien, grâce au bouche-à-oreille – une femme satisfaite en convainc plusieurs autres. Or ces maisons ne sont plus en mesure aujourd'hui de répondre aux attentes.

À l'heure où l'on ferme des établissements et où il devient difficile de se rendre à la maternité, la distance entre le domicile et cette dernière ne cessant de croître, il faut accepter l'apparition dans le paysage d'autres structures.

Il n'existe aujourd'hui que huit maisons de naissance. C'est trop peu ! Lorsque l'expérimentation a été lancée, les délais d'attente n'étaient pas longs. Dans les départements et

régions d'outre-mer, ces maisons répondent tout à fait à l'attente des femmes enceintes et de celles qui sont sur point d'accoucher. Comme l'a dit ma collègue de La Réunion, et comme pourraient le dire des collègues de la Guadeloupe, ces maisons sont une solution aux difficultés de mobilité.

Il est important aujourd'hui que les maisons de naissance voient leur pérennisation assurée. Il ne faut pas attendre, et elles ont besoin de moyens supplémentaires.

Je soutiendrai cet amendement et j'encourage tous ceux qui sont ici à le voter également.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 163.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 235, présenté par M. Théophile, Mme Schillinger, MM. Amiel, Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, M. Cazeau, Mme Constant, MM. de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Iacovelli, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent, MM. Richard, Yung et les membres du groupe La République En Marche, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Les spécificités accordées aux territoires d'outre-mer qui sont régis par les articles 73 et 74 de la Constitution. »

La parole est à M. Martin Lévrier.

M. Martin Lévrier. Cet amendement vise à prendre en compte les spécificités des territoires d'outre-mer pour la mise en place du dispositif visant à faciliter l'accès aux soins et l'hébergement des femmes enceintes les plus éloignées des maternités. Cet « engagement maternité » comprend également un renforcement de l'accompagnement et du suivi de proximité, en amont et en aval de l'accouchement.

Les spécificités des territoires d'outre-mer doivent être au centre de la réflexion, pour atteindre les objectifs de cette disposition et répondre aux besoins des femmes.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Votre amendement, cher collègue, vise à inclure dans le dispositif toutes les collectivités relevant des articles 73 et 74 de la Constitution. Elle ne fait pas de différenciation d'applicabilité. Or il me semble que les prestations proposées ne seront pas applicables dans toutes les collectivités d'outre-mer.

La commission souhaite donc entendre l'avis du Gouvernement.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. J'aurais pu m'en remettre à la sagesse du Sénat, mais j'émettrai un avis favorable. (*Exclamations amusées.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 235.

(*L'amendement est adopté.*)

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

(*L'article 37 est adopté.*)

M. le président. Mes chers collègues, nous allons interrompre nos travaux pour quelques instants.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-huit heures quarante, est reprise à dix-huit heures quarante-cinq.)

M. le président. La séance est reprise.

Mes chers collègues, il nous reste 53 amendements à examiner. Je vous propose de poursuivre nos travaux au-delà de vingt heures, plutôt que de suspendre la séance et de la reprendre à vingt et une heures trente. *(Marques d'approbation sur diverses travées.)*

Article 37 bis

- ① L'article 75 de la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa, la date : « 1^{er} janvier 2020 » est remplacée par la date : « 1^{er} juillet 2020 » ;
- ③ 2° Aux 1° et 2°, après le mot : « semaines », sont insérés les mots : « au maximum » ;
- ④ 3° Après le 2°, il est inséré un 3° ainsi rédigé :
- ⑤ « 3° La reprise partielle d'activité peut débuter entre le jour suivant la fin de la période minimale d'interruption d'activité mentionnée au premier alinéa de l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale et le terme du congé de maternité. » ;
- ⑥ 4° L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :
- ⑦ « Les indemnités journalières, dans la limite de dix jours au maximum, ne sont pas versées pour les jours travaillés mais leur versement peut être reporté dans un délai maximal de dix semaines à compter de la fin du congé de maternité telle qu'elle résulte des dispositions de l'article L. 623-1 du même code. » – *(Adopté.)*

Article 38

- ① I. – Au 4° de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « aux jeunes adultes mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 242-4 » sont remplacés par les mots : « à des personnes adultes handicapées ».
- ② II. – Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 31 décembre 2021, un rapport portant sur l'état de la prise en charge des enfants et des adultes handicapés français placés dans des établissements à l'étranger et les financements qui sont alloués à cet effet par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

M. le président. La parole est à Mme Michelle Gréaume, sur l'article.

Mme Michelle Gréaume. Comme vous le savez, je suis issue d'un département limitrophe de la Belgique. Or le financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CNSA, des centres belges accueillant des adultes handicapés français est une bonne chose, mais ce n'est pas une solution au problème.

Je rappelle qu'environ 8 000 Français en situation de handicap – 1 500 enfants et 6 500 adultes – sont contraints d'être hébergés dans des établissements spécialisés en Belgique. Près de la moitié d'entre eux sont autistes.

Chaque année, quelque 500 adultes français sont contraints à cet exil médical. Autrement dit, notre République n'est pas en mesure d'accueillir et de garder, dans des conditions optimales, ses propres concitoyens sur le territoire national, faute de places et de services d'accompagnement en nombre suffisant.

Dans l'immense majorité des cas, l'hébergement en Belgique est non pas un choix, mais une contrainte, vécue douloureusement par les personnes concernées elles-mêmes et par leurs familles. Il faut mettre un terme à cette situation. À cet égard, 90 millions d'euros de financements supplémentaires sur trois ans sont prévus, afin d'améliorer la prise en charge des personnes handicapées dans les régions d'où les départs vers la Belgique sont les plus nombreux.

C'est une bonne chose, mais cette solution est-elle à la hauteur de l'enjeu et des besoins ? Le chantier est immense : il s'agit non seulement de mettre un terme aux départs contraints, mais aussi d'assurer le retour des personnes qui souhaitent revenir en France.

Un véritable projet de prise en charge des autistes et, plus généralement, des adultes en situation de handicap est nécessaire en France, afin que ces personnes ne soient plus contraintes de se rendre dans des établissements à l'étranger.

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

M. Philippe Mouiller. Je ne veux pas prolonger nos débats, mais je dirai néanmoins quelques mots sur cet article.

Je rappelle que la commission des affaires sociales a rédigé un rapport il y a trois ans sur l'exil des personnes handicapées, lequel a permis la mise en place d'un fonds d'amorçage et des premières mesures financières d'accompagnement, afin d'éviter les départs programmés vers la Belgique.

Ce fonds, qui a été transformé depuis lors et dont les moyens ont été augmentés de manière importante par le Gouvernement, est selon moi une réponse insuffisante, compte tenu de l'ampleur du problème.

Notre collègue a rappelé le nombre de Français exilés en Belgique, notamment le nombre d'enfants. Je rappellerai pour ma part que la France – soit l'assurance maladie, soit les départements – finance chaque année à hauteur de 400 millions d'euros l'accueil de ces personnes en Belgique, alors qu'elle pourrait utiliser autrement ces moyens.

Si le dispositif « Une réponse accompagnée pour tous » constitue une bonne méthode et une véritable avancée, force est de reconnaître qu'il peine à être mis en place dans certains départements, alors qu'il doit y avoir une corrélation entre ce dispositif, les plans mis en place dans les départements et l'utilisation des moyens nouveaux proposés par le Gouvernement, afin d'éviter de nouveaux départs programmés. C'est un élément important.

Il est donc fondamental de bien préciser dans le texte la corrélation entre le dispositif « Une réponse accompagnée pour tous » et l'utilisation des crédits.

Quant au problème du retour en France, il reste entier. Il est parfois compliqué pour les personnes qui souhaitent revenir en France de le faire. Certaines personnes font volontairement le choix de rentrer, je pense notamment à celles qui vivent dans des zones frontalières, mais il est extrêmement compliqué pour des personnes dont l'état s'est stabilisé dans l'établissement où elles sont accueillies en Belgique d'imaginer un retour en France. Il faut donc étudier des mesures d'accompagnement du retour.

Rappelons que, aujourd'hui, un tiers des résidents en Belgique viennent de l'Île-de-France et qu'un certain nombre de projets se sont développés dans la région. Il est donc nécessaire que l'État veille à mettre en place un dispositif d'accompagnement du retour en France.

Tel était l'objet d'un amendement que nous avons déposé, qui n'a pas pu être examiné ici, mais qui a été repris par l'Assemblée nationale.

L'initiative du Gouvernement est certes très positive, mais vous n'en êtes encore qu'au début du chemin, madame la secrétaire d'État. Il est important d'associer les parlementaires à cette démarche et, d'une façon plus générale, de rendre cette politique opérationnelle. *(Mme la secrétaire d'État acquiesce.)*

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

(L'article 38 est adopté.)

Article 38 bis

- ① La section 3 du chapitre III du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifiée :
- ② 1° Après la deuxième phrase du deuxième alinéa du B du IV^{ter} de l'article L. 313-12, est insérée une phrase ainsi rédigée : « L'activité de l'établissement ne peut en aucun cas être appréciée exclusivement au regard du taux d'occupation lorsque la structure fonctionne en accueil temporaire. » ;
- ③ 2° L'avant-dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 313-12-2 est complétée par les mots : « , l'activité de l'établissement ou du service ne pouvant en aucun cas être appréciée exclusivement au regard du taux d'occupation ». – *(Adopté.)*

Article 38 ter

- ① À compter du 1^{er} juillet 2020 et pour une durée de deux ans, l'État peut autoriser, à titre expérimental, dans les régions déterminées par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et des personnes handicapées, la mise en place d'un forfait santé au sein de la dotation financée par l'assurance maladie pour des établissements mentionnés aux 2° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et relevant de l'objectif géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionné à l'article L. 314-3-1 du même code.
- ② Ce forfait santé couvre les dépenses afférentes :
- ③ 1° À la coordination de la prévention et des soins ;
- ④ 2° Aux soins d'hygiène et de confort permettant de préserver l'autonomie ;
- ⑤ 3° Aux soins et actes de réadaptation et d'accompagnement à l'autonomie.
- ⑥ Les dépenses afférentes aux soins autres que ceux compris dans le forfait santé ainsi qu'aux actes réalisés dans le cadre des programmes mentionnés aux articles L. 1411-6 et L. 1411-7 du code de la santé publique sont prises en charge par l'assurance maladie mais ne sont pas comptabilisées dans l'objectif géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionné à l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles.

- ⑦ Les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et des personnes handicapées arrêtent la liste des régions et des établissements retenus pour participer à l'expérimentation après avis des agences régionales de santé concernées.
- ⑧ Un décret en Conseil d'État précise le périmètre du forfait santé, les modalités de financement et de mise en œuvre et les conditions d'accès à l'expérimentation ainsi que les indicateurs de suivi et les modalités de remontées d'information.
- ⑨ Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement et remis au Parlement au terme de l'expérimentation. – *(Adopté.)*

Article 39

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au huitième alinéa de l'article L. 1432-2, les références : « , L. 3111-11 et L. 3112-2 » sont remplacées par la référence : « et L. 3111-11 » et les références : « L. 3112-3 et L. 3121-1 » sont remplacées par les mots : « L. 3112-2 et L. 3121-2 » ;
- ③ 2° L'article L. 3112-2 est ainsi modifié :
- ④ a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ⑤ b) Le second alinéa est ainsi rédigé :
- ⑥ « À cet effet le directeur général de l'agence régionale de santé habilite un ou plusieurs centres de lutte contre la tuberculose et, si besoin, un centre de lutte contre la lèpre, en fonction des besoins identifiés. Les départements peuvent être habilités, au titre de leur activité de lutte contre la tuberculose ou de lutte contre la lèpre, comme centre de lutte contre la tuberculose et centre de lutte contre la lèpre. » ;
- ⑦ c) Sont ajoutés des II et III ainsi rédigés :
- ⑧ « II. – Les centres de lutte contre la tuberculose et les centres de lutte contre la lèpre contribuent à la prévention, au dépistage et à la prise en charge, respectivement, de la tuberculose et de la lèpre, en exerçant des activités d'information, de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement. Ils contribuent à la coordination du parcours de soins, au suivi et à l'orientation des personnes prises en charge.
- ⑨ « III. – Les dépenses afférentes aux centres habilités en application du I sont intégralement prises en charge par le fonds d'intervention régional sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. » ;
- ⑩ 3° L'article L. 3112-3 est abrogé ;
- ⑪ 4° L'article L. 3811-1 est abrogé.
- ⑫ II. – À l'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale, après les mots : « santé publique », sont insérés les mots : « et les dépenses des centres de lutte contre la

tuberculose et des centres de lutte contre la lèpre gérés par les organismes et départements habilités sur le fondement de l'article L. 3112-2 du même code ».

- ⑬ III. – Après l'article 20-5-7 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte, il est inséré un article 20-5-8 ainsi rédigé :
- ⑭ « Art. 20-5-8. – L'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte. Pour son application, la caisse compétente pour le versement de la dotation forfaitaire annuelle est la caisse de sécurité sociale de Mayotte. »
- ⑮ IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.
- ⑯ Toutefois, les conventions conclues par les départements avec l'État pour exercer des activités dans les domaines de la lutte contre la tuberculose et de la lutte contre la lèpre en application du second alinéa de l'article L. 3112-2 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la présente loi continuent de produire leurs effets jusqu'à leur terme lorsque celui-ci est antérieur au 1^{er} janvier 2021.
- ⑰ Lorsque le terme d'une telle convention est postérieur au 1^{er} janvier 2021, le département peut poursuivre ces activités dans le cadre de cette convention au-delà de cette date, à la condition d'avoir demandé, en application du III de l'article L. 3112-2 du code de la santé publique dans sa rédaction résultant de la présente loi et avant le 30 juin 2020, à être habilité comme centre de lutte contre la tuberculose.
- ⑱ La convention continue alors de produire ses effets jusqu'à son terme ou, si elle est antérieure, jusqu'à la date à laquelle le directeur général de l'agence régionale de santé se prononce sur la demande d'habilitation.
- ⑲ V. – Le second alinéa de l'article L. 3112-2 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la présente loi et l'article 199-1 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales sont applicables aux conventions qui reçoivent exécution après le 1^{er} janvier 2020 dans les conditions prévues au IV du présent article.

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

M. Bernard Jomier. Cet article parachève le mouvement de recentralisation de la politique de lutte contre la tuberculose en regroupant au niveau des agences régionales de santé le pilotage et le financement des centres de lutte contre la tuberculose (CLAT).

L'État va ainsi reprendre la dotation générale de décentralisation (DGC) et les CLAT seront financés par des crédits des fonds d'intervention régionaux (FIR) des agences régionales de santé.

Dans ce mouvement, il est à craindre que le montant de la future dotation ne soit inférieur à celui de la DGC. On peut certes favoriser une plus grande péréquation entre les CLAT présents dans différents départements, mais il serait dommageable qu'elle s'accompagne d'une baisse des crédits en volume global. Nous apprécierions d'avoir des informations sur ce point.

Par ailleurs, si l'on peut comprendre la volonté de renforcer le rôle de coordination des CLAT à l'échelle territoriale, notamment sur les aspects médico-sociaux, on ne peut disso-

cier cette réforme des récents flux migratoires. Du fait de la présence de populations migrantes sujettes à cette pathologie, l'Île-de-France, et notamment Paris, est particulièrement concernée par l'augmentation de l'incidence de la tuberculose.

Or, on le sait, il s'agit de populations pour qui l'accès aux soins et surtout le maintien dans un parcours de soins sont entravés par leur précarité administrative et par le caractère instable et temporaire de leur hébergement; quand elles se voient offrir la possibilité d'être hébergés, mais tel n'est manifestement pas le principal souci actuellement.

Nous ne referons pas le débat d'hier, mais nous rappellerons simplement que, selon la récente étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), au moins 50 % des personnes éligibles à l'aide médicale d'État (AME) n'y font pas appel.

D'un côté, madame la secrétaire d'État, vous restreignez encore l'accès à l'AME, vous pénalisez des populations dans le besoin, vous rechignez à créer les structures d'hébergement d'urgence nécessaires; de l'autre, vous nous proposez une réforme pour améliorer l'« observance thérapeutique ». (*Mme Marie-Noëlle Lienemann s'esclaffe.*) C'est un non-sens...

Ce dont ont besoin ces populations, c'est d'un accès facilité aux droits et à un statut stable, même temporaire, et d'un hébergement pérenne, qui permette un accompagnement médico-social et favorise l'observance des traitements. Commençons par exemple par augmenter dans le PLFSS les crédits afin de créer des places supplémentaires dans les structures lits halte soins santé, les LHSS, lits d'accueil médicalisés, les LAM, et dans les appartements de coordination thérapeutique, les ACT.

Sur tous ces sujets, l'État est malheureusement très en retrait depuis quelques années.

M. le président. Je mets aux voix l'article 39.

(*L'article 39 est adopté.*)

Article 39 bis

- ① I. – Le chapitre IV du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par une section 13 ainsi rédigée :
- ② « Section 13
- ③ « *Dépenses relatives aux vaccins administrés par les centres de vaccination anti-amarile*
- ④ « Art. L. 174-21. – Les vaccins administrés par les centres de vaccination anti-amarile mentionnés au c du 1^o de l'article L. 3115-11 du code de la santé publique, recommandés dans le calendrier des vaccinations mentionné à l'article L. 3111-1 du même code pour les enfants âgés d'au moins six ans et les adultes et qui sont inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code sont pris en charge par l'assurance maladie ou par l'aide médicale de l'État mentionnée aux trois premiers alinéas de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, lorsqu'ils sont administrés à l'occasion d'une vaccination imposée ou conseillée pour certains voyages.

- 5 « Cette prise en charge est effectuée sur la base du prix d'achat constaté de ces vaccins par les centres de vaccination anti-amariile et dans la limite de leur prix fabricant hors taxe mentionné à l'article L. 138-9 du présent code, fixé en application de l'article L. 162-16-4.
- 6 « Les conditions concernant l'inscription des vaccins sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ainsi que celles prévues aux I et III de l'article L. 160-13 et à l'article L. 162-1-21 s'appliquent à la prise en charge de ces vaccins. Le prix d'achat mentionné au deuxième alinéa du présent article constitue le tarif servant de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13.
- 7 « L'article L. 161-35 s'applique à la prise en charge de ces vaccins. »
- 8 II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} juin 2020, à l'exception du dernier alinéa de l'article L. 174-21 du code de la sécurité sociale, qui entre en vigueur à une date fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, et au plus tard le 1^{er} janvier 2022.
- 9 Jusqu'à cette dernière date, une convention conclue entre, d'une part, chaque centre de vaccination anti-amariile et, d'autre part, la caisse d'assurance maladie du département auquel il se rattache établit les modalités de facturation de ces vaccins. Le collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 182-2-4 du code de la sécurité sociale fixe le modèle type de la convention.
- 10 Pour les centres de vaccination anti-amariile relevant du service de santé des armées, la convention est conclue entre ce service et la caisse nationale militaire de sécurité sociale et le modèle type de convention est adapté, en tant que de besoin, par arrêté du ministre de la défense. – (*Adopté.*)

Chapitre III

RENFORCER LA QUALITÉ, LA PERTINENCE ET L'EFFICIENCE DES SOINS

Article 40

- 1 I. – Le chapitre V-1 du titre I^{er} du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- 2 1^o Au début, est ajoutée une section 1 intitulée : « Institut national du cancer », qui comprend les articles L. 1415-2 à L. 1415-7 ;
- 3 2^o Est ajoutée une section 2 ainsi rédigée :
- 4 « Section 2
- 5 « *Parcours de soins global après le traitement d'un cancer*
- 6 « Art. L. 1415-8. – L'agence régionale de santé, en lien avec les acteurs concernés, met en place et finance un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les personnes ayant reçu un traitement pour un cancer et bénéficiant du dispositif prévu au 3^o de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

- 7 « Ce parcours comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des consultations de suivi nutritionnels et psychologiques. Le contenu du parcours, qui peut le cas échéant ne comprendre qu'une partie de ces actions, est individualisé pour chaque personne en fonction des besoins de celle-ci identifiés par le médecin prescripteur.
- 8 « Un dispositif spécifique est proposé pour les cancers pédiatriques, selon des modalités définies par décret.
- 9 « Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'État. »
- 10 II. – Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard deux ans après la promulgation de la présente loi, un rapport dressant un bilan du forfait de prise en charge post-cancer prévu à l'article L. 1415-8 du code de la santé publique. Ce rapport évalue notamment, en concertation avec tous les acteurs impliqués, l'utilisation des ressources publiques, l'impact sur les patients et les pistes d'amélioration du dispositif.

M. le président. L'amendement n° 124, présenté par Mmes Lassarade, L. Darcos, Deseyne et Bruguière, M. D. Laurent, Mmes Micouleau, Thomas et Chain-Larché, MM. Cuypers, Daubresse et Bouchet, Mme Bonfanti-Dossat, MM. B. Fournier, Savin et Chaize, Mme Deromedi, MM. Grand, Gremillet, Rapin, Charon et Longuet, Mme Imbert, MM. de Legge, Brisson, Piednoir et Darnaud et Mme Durantou, est ainsi libellé :

Alinéa 7, première phrase

Après le mot :

physique

insérer les mots :

adaptée telle que définie à l'article L. 1172-1 du code de la santé publique

La parole est à Mme Chantal Deseyne.

Mme Chantal Deseyne. Cet amendement, déposé par notre collègue Florence Lassarade, tend à préciser la nature du bilan d'activité physique prévu dans le parcours d'accompagnement des personnes ayant reçu un traitement contre un cancer en renvoyant à un dispositif codifié dans le droit national : l'activité physique adaptée, ou APA.

Le recours à un professionnel de santé permettra d'intégrer réellement l'activité physique dans le parcours de soins, d'offrir aux patients un véritable cadre thérapeutique et de leur garantir une prise en charge dans le respect de leurs droits fondamentaux, en particulier le respect du secret professionnel, et de règles déontologiques strictes.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'activité physique adaptée intervient après la réalisation d'un bilan d'activité physique. L'activité physique devient « adaptée » en fonction des résultats de ce bilan. Il me semble qu'il ne faut pas mélanger les deux étapes.

La commission a donc émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Même avis.

Mme Chantal Deseyne. Je retire l'amendement, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 124 est retiré.

L'amendement n° 83, présenté par M. Savin, Mme Lavarde, M. Kern, Mme Gatel, MM. D. Laurent, Sol, Morisset, Pellevat et Genest, Mme Lherbier, MM. P. Martin, Babary, Karoutchi, Husson et Kennel, Mme Deromedi, MM. Mandelli, Chaize et Rapin, Mmes Noël et Primas, M. Chasseing, Mmes Berthet, Kauffmann et Imbert, MM. Lefèvre, de Nicolaÿ, Longeot et Brisson, Mmes Vullien et Gruny, MM. Mizzon et Piednoir, Mme Guidez, M. Menonville, Mmes M. Mercier et Bonfanti-Dossat, MM. Bouchet et Groperrin, Mmes Billon et Micouleau, MM. Bascher, B. Fournier, Détraigne et Panunzi, Mme Vermeillet, MM. Guerriau et Darnaud, Mme Lamure, M. Regnard, Mme Laborde, M. Bonhomme, Mme Morhet-Richaud et MM. Dufaut, Charon et Gremillet, est ainsi libellé :

Alinéa 7, première phrase

Après le mot :

physique

insérer les mots :

, en maison sport-santé ou dans une structure identifiée par les agences régionales de santé et les directions régionales et départementales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale,

La parole est à M. Jean-Marie Morisset.

M. Jean-Marie Morisset. Cet amendement de notre collègue Michel Savin vise, dans le cadre des parcours de soins globaux post-cancer, à orienter les patients vers des structures adaptées pour la réalisation des bilans d'activité physique.

La stratégie nationale sport-santé 2019-2024 et la stratégie Ma santé 2022 promeuvent le déploiement d'un réseau de professionnels des activités physiques adaptées pour orienter au mieux les patients. Aussi me semble-t-il important, dans le cadre d'un parcours de soins, de s'appuyer sur ces professionnels reconnus et identifiés pour réaliser les bilans d'activité physique et orienter de la meilleure façon les personnes ayant reçu un traitement contre un cancer.

Cet amendement tend donc à orienter ces personnes vers les Maisons sport-santé créées dans le cadre de la stratégie nationale sport-santé, pour lesquelles un appel à projets a été publié durant l'été ; vers les structures identifiées par les agences régionales de santé et les directions régionales et départementales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, les DRDJSCS, chargées de référencer ces Maisons, afin de permettre à tous les citoyens de les identifier.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il n'y a pas lieu de définir d'emblée les lieux dans lesquels pourront être réalisés les bilans d'activité physique. Il reviendra aux ARS de les identifier, en fonction de l'offre territoriale.

En outre, je note que les lieux visés par l'amendement ne comprendront pas systématiquement des professionnels de santé. Une prise en charge adéquate des patients n'est donc pas garantie, ce qui inquiète certains professionnels de santé, dont les masseurs-kinésithérapeutes.

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

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Avis défavorable.

M. le président. Monsieur Morisset, l'amendement n° 83 est-il maintenu ?

M. Jean-Marie Morisset. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 83 est retiré.

L'amendement n° 125, présenté par Mmes Lassarade, L. Darcos, Deseyne et Bruguière, M. D. Laurent, Mmes Micouleau, Thomas et Chain-Larché, MM. Cuyper, Daubresse et Bouchet, Mme Bonfanti-Dossat, MM. B. Fournier, Savin et Chaize, Mme Deromedi, MM. Grand, Gremillet, Rapin, Charon et Longuet, Mmes Imbert et Dumas, MM. de Legge, Brisson, Piednoir et Darnaud et Mme Duranton, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Ce parcours peut être confié à des établissements hospitaliers ainsi qu'à des structures et acteurs extra-hospitaliers, quel que soit leur statut.

La parole est à Mme Chantal Deseyne.

Mme Chantal Deseyne. Cet amendement tend à préciser qu'il est important que l'ensemble des acteurs, hospitaliers et de ville, quel que soit leur statut, soient associés à la mise en œuvre du parcours de soins post-cancer, afin d'apporter des solutions au plus près des besoins des patients.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Les structures partenaires intervenant dans le déploiement du parcours de soins post-cancer pourront être des établissements de santé, des structures associatives ou d'autres types d'acteurs extra-hospitaliers. Il n'est pas nécessaire de le préciser dans une loi.

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 ?

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Même avis.

M. le président. Madame Deseyne, l'amendement n° 125 est-il maintenu ?

Mme Chantal Deseyne. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 125 est retiré.

L'amendement n° 27 rectifié, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les exercices et travaux prescrits au titre du 4° de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale tiennent compte, le cas échéant, des bilans et activités prévus par le parcours de soins mis en œuvre en application du présent article.

II. – Après l'alinéa 9

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

I bis. – L'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 4° est complété par les mots : « , en tenant compte, le cas échéant, des bilans et activités prévus par le parcours de soins mis en œuvre en application de l'article L. 1415-8 du code de la santé publique » ;

2° A la deuxième phrase du septième alinéa, après la référence : « L. 161-37 », sont insérés les mots : « du présent code ».

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise à articuler le parcours de soins global post-traitement d'un cancer avec le protocole de soins que le médecin traitant doit élaborer pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée.

Ce protocole de soins comprend en effet des exercices ou des travaux prescrits en vue de favoriser la rééducation ou le reclassement professionnel de la personne concernée, notamment pour des personnes traitées pour un cancer. Il serait cohérent que de tels exercices ou travaux puissent tenir compte des bilans et actions réalisés ou prescrits au titre du parcours de soins.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Il existe déjà des dispositifs en matière de réinsertion professionnelle. Le médecin du travail joue en particulier un rôle préventif et contribue au retour à l'emploi. Il met en œuvre d'éventuelles adaptations ou transformations du poste existant ou un éventuel aménagement du temps de travail.

Aussi, je m'en remettrai sur cet amendement à la sagesse du Sénat.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 27 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 40, modifié.

(L'article 40 est adopté.)

Article 40 bis

- ① I. – L'État peut autoriser, pour une durée de trois ans et à titre expérimental, le financement d'un accompagnement psychologique dédié à des patients atteints de sclérose en plaques.
- ② Dans le cadre de cette expérimentation, les médecins peuvent, après évaluation des besoins et de la situation du patient, l'orienter vers des consultations de psychologues.
- ③ Ces consultations sont réalisées par les psychologues figurant sur la liste mentionnée au troisième alinéa du I de l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et donnent lieu à un financement forfaitaire sur les crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.
- ④ Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires retenus pour l'expérimentation.
- ⑤ II. – Un décret précise les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation, notamment quant au suivi des patients et au financement des consultations.

- ⑥ III. – Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement. – *(Adopté.)*

Article 41

- ① I. – L'article L. 231-2 du code du sport est ainsi modifié :
 - ② 1° Au début du I, sont ajoutés les mots : « Pour les personnes majeures » ;
 - ③ 2° Il est ajouté un III ainsi rédigé :
 - ④ « III. – Pour les personnes mineures, et sans préjudice de l'article L. 231-2-3, l'obtention ou le renouvellement d'une licence, permettant ou non de participer aux compétitions organisées par une fédération sportive, est subordonné à l'attestation de la réalisation d'un questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur. Ce questionnaire est renseigné conjointement par le mineur et par les personnes exerçant l'autorité parentale.
 - ⑤ « Cette obtention ou ce renouvellement d'une licence ne nécessite pas la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive, à l'exception des cas dans lesquels une réponse au questionnaire de santé conduit à un examen médical.
 - ⑥ « Un décret précise les modalités de mise en œuvre de ces dispositions. »
 - ⑦ II. – L'article L. 231-2-1 du code du sport est ainsi rédigé :
 - ⑧ « Art. L. 231-2-1. – I. – L'inscription à une compétition sportive autorisée par une fédération délégataire ou organisée par une fédération agréée est, sous réserve des II et III, subordonnée à la présentation d'une licence permettant la participation aux compétitions organisées par une fédération sportive mentionnée à l'article L. 231-2 dans la discipline concernée.
 - ⑨ « II. – Pour les personnes majeures non licenciées, l'inscription est subordonnée à la présentation d'un certificat médical datant de moins d'un an établissant l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée en compétition.
 - ⑩ « III. – Pour les personnes mineures non licenciées, l'inscription est subordonnée à l'attestation de la réalisation d'un questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur. Ce questionnaire est renseigné conjointement par le mineur et par les personnes exerçant l'autorité parentale.
 - ⑪ « Cette inscription à une compétition sportive ne nécessite pas la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive, à l'exception des cas dans lesquels une réponse au questionnaire de santé conduit à un nouvel examen médical.
 - ⑫ « Un décret précise les modalités de mise en œuvre de ces dispositions. »
- M. le président.** La parole est à Mme Michelle Gréaume, sur l'article.
- Mme Michelle Gréaume.** Cet article prévoit la suppression des certificats médicaux de non-contre-indication à la pratique des sports sans contraintes particulières pour les mineurs. L'un des objectifs affichés est de « favoriser l'activité sportive ».

Cette explication me laisse dubitative, car elle est sans fondement attesté. Si contrainte il y a, c'est plutôt pour les familles en raison non seulement de la pénurie de médecins, mais aussi du non-remboursement de cette visite, qui est utile pour une bonne pratique sportive et qui participe des efforts de prévention qu'il convient de développer.

Pour certains enfants et adolescents, elle constitue même la seule visite chez le médecin au cours de l'année. C'est l'occasion pour ce dernier d'améliorer le suivi médical du patient, de prodiguer des conseils de prévention, de détecter des problèmes de santé – parfois graves – ou même de maltraitance.

La vraie question est de savoir s'il y a trop de prévention, trop de visites obligatoires dans le parcours santé des mineurs. Assurément pas, nous le savons tous. Quant à la médecine scolaire, quelque 500 postes sont vacants en France.

Cet article œuvre en défaveur de la santé des enfants. Vous voulez supprimer une protection indispensable pour ces derniers sous prétexte de simplification. En réalité, il ne s'agit que d'économies budgétaires – d'économies de bouts de chandelles.

M. le président. L'amendement n° 219, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Michelle Gréaume.

Mme Michelle Gréaume. Il est défendu, monsieur le président.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je partage l'intention de Mme Gréaume, mais l'amendement de la commission se veut plus constructif, en ce qu'il tend à mieux articuler les visites sollicitées pour l'obtention d'un certificat avec les visites de prévention obligatoires.

La commission vous demande donc de bien vouloir retirer votre amendement, madame Gréaume, au profit du sien ; à défaut, elle émettrait un avis défavorable.

M. le président. Madame Gréaume, l'amendement n° 219 est-il maintenu ?

Mme Michelle Gréaume. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 219 est retiré.

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

L'amendement n° 84, présenté par M. Savin, Mme Lavarde, MM. Kern, Sol et D. Laurent, Mme Micouleau, MM. Morisset, Chaize, Cambon et Gold, Mmes Deromedi et Duranton, M. Guerriau, Mmes Vermeillet et Bruguière, MM. Grosperin et Brisson, Mme Guidez, MM. Dallier, Pellevat, Bazin, Paccaud, B. Fournier et P. Martin, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Karoutchi, Vaspart, Bouchet et Charon, Mme Laborde, M. Dufaut, Mmes Vullien, M. Mercier, Morhet-Richaud, Estrosi Sassone et Billon, M. de Nicolaÿ, Mme Gatel, M. Bonhomme, Mme Garriaud-Maylam, MM. Saury et Piednoir, Mme Imbert, MM. Rapin, Laménie, Kennel et Genest, Mme Lamure, MM. Darnaud et Lefèvre, Mme Puissat, MM. Laugier, Lafon, Poniatowski et Pierre, Mme Primas et M. Gremillet, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

Le code du sport est ainsi modifié :

1° L'article L. 231-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 231-2.* – I. – La délivrance ou le renouvellement d'une licence par une fédération sportive ou la participation aux compétitions sportives organisées ou autorisées par une fédération sportive agréée ou soumises à autorisation conformément à l'article R. 331-6, est subordonnée à l'attestation par le demandeur, ou par les personnes exerçant l'autorité parentale pour les mineurs, de la réalisation d'une autoévaluation de l'état de santé du sportif. Elle peut être subordonnée à la présentation d'un certificat médical permettant d'établir l'absence de contre-indication à la pratique du sport dès lors que son autoévaluation conduit à un examen médical ou en raison de prescription particulière fixée par la fédération sportive.

« II. – Après avis de leur commission médicale, les fédérations mentionnées à l'article L. 131-8 fixent dans leur règlement fédéral :

« - les conditions dans lesquelles un certificat médical peut être exigé pour la délivrance ou le renouvellement de la licence sportive ou pour la participation aux compétitions sportives organisées ou autorisées par une fédération sportive agréée ou soumises à autorisation conformément à l'article R. 331-6 ;

« - la nature, la périodicité et le contenu des examens médicaux liés à l'obtention de ce certificat en fonction des types de population, de pratique et de niveaux de compétition ;

« - les conditions dans lesquelles une dispense de certificat médical peut être accordée aux licenciés d'une fédération mentionnée à l'article L. 131-8 pour participer à une compétition sportive organisée ou autorisée par une autre fédération sportive agréée.

« Un décret précise les modalités de mise en œuvre du présent article. » ;

2° Les articles L. 231-2-1 et L. 231-2-3 sont abrogés.

La parole est à M. Jean-Marie Morisset.

M. Jean-Marie Morisset. L'évolution du certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive est devenue nécessaire, au regard des contraintes qu'il fait peser sur les fédérations sportives, mais aussi en raison d'éléments prouvant son efficacité toute relative en termes de suivi médical des licenciés.

Le PLFSS pour 2020 prévoit de supprimer ces obligations pour les mineurs, à des fins de simplification, d'économies et d'alignement avec les pratiques du milieu scolaire. Il ne traite toutefois pas de la question des majeurs.

Cet amendement vise à modifier complètement la rédaction de l'article 41 du présent projet de loi et de l'article L. 231-2 du code du sport, en confiant aux commissions médicales des fédérations sportives, composées de médecins experts, le soin de fixer les règles au regard des pratiques, des disciplines et des niveaux de compétition, sans distinction d'âge.

Il tend également à subordonner toute délivrance de licence ou participation à une compétition sportive à l'obligation de présentation d'une autoévaluation du sportif qui peut conduire à une obligation d'examen médical.

Cet amendement, déposé par notre collègue Michel Savin, vise à reprendre la position unifiée du mouvement sportif.

M. le président. L'amendement n° 176, présenté par MM. Lozach, P. Joly, Todeschini, Duran et Vaugrenard, Mmes Lepage et Artigalas, MM. Tourenne, Montaugé et Marie, Mmes S. Robert, Perol-Dumont, Blondin et Monier et M. Tissot, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

Le code du sport est ainsi modifié :

1° Les articles L. 231-2 et L. 231-2-1 sont ainsi rédigés :

« *Art. L. 231-2.* – L'obtention ou le renouvellement d'une licence de pratiquant, permettant ou non de participer aux compétitions organisées par une fédération sportive, est subordonnée à l'attestation par le demandeur, ou par les personnes exerçant l'autorité parentale pour les mineurs, de la réalisation d'une autoévaluation de l'état de santé du sportif.

« Le sportif ou le titulaire de l'autorité parentale doit fournir un certificat médical pour l'obtention ou le renouvellement de sa licence permettant ou non de participer aux compétitions organisées par une fédération sportive, dès lors que :

« - son autoévaluation conduit à un examen médical ;

« - ou en raison de prescription particulière fixée par la fédération sportive après avis de sa commission médicale. Les commissions médicales des fédérations sportives sont chargées d'établir un plan présentant les règles concernant l'obligation de présentation d'un certificat médical au regard de leur connaissance précise des différentes pratiques, des différentes disciplines et des différents niveaux de compétition.

« Un décret précise les modalités de mise en œuvre de ces dispositions.

« *Art. L. 231-2-1. - I.* – L'inscription à une compétition sportive autorisée par une fédération délégataire ou organisée par une fédération agréée est, sous réserve du II, subordonnée à la présentation d'une licence permettant la participation aux compétitions organisées par une fédération sportive mentionnée à l'article L. 231-2 dans la discipline concernée.

« II. – À défaut de présentation d'une licence, l'inscription est subordonnée à l'attestation par le demandeur, ou les personnes exerçant l'autorité parentale pour les mineurs, de la réalisation d'une autoévaluation de son état de santé. À défaut de présentation d'une licence, le sportif ou le titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs doit fournir un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique sportive en compétition, pour participer à ladite compétition, dès lors que :

« - son autoévaluation conduit à un examen médical ;

« - ou en raison de prescription particulière fixée par la fédération sportive délégataire après avis de sa commission médicale. Les commissions médicales des fédéra-

tions sportives sont chargées d'établir un plan présentant les règles concernant l'obligation de présentation d'un certificat médical au regard de leur connaissance précise des différentes pratiques, des différentes disciplines et des différents niveaux de compétition.

« III. – Un décret précise les modalités de mise en œuvre de ces dispositions. » ;

2° L'article L. 231-2-3 est abrogé.

La parole est à M. Jean-Louis Tourenne.

M. Jean-Louis Tourenne. Aujourd'hui, il faut produire un certificat médical qui n'est théoriquement pas remboursé, ce qui a un effet dissuasif pour les familles, notamment pour les plus modestes d'entre elles. Par ailleurs, les demandes de certificats de complaisance engorgent les cabinets médicaux, qui n'en peuvent mais. Enfin, dans la plupart des cas, les CPAM remboursent tout de même les frais engagés pour les certificats médicaux.

Le certificat médical traduit une capacité physique à exercer une activité sportive, mais ne tient pas compte de ce que la pratique de certains sports requiert des capacités physiques particulières.

Pour ces raisons, les auteurs de cet amendement proposent de confier aux commissions médicales des fédérations sportives le soin de définir les règles attachées à la pratique d'un sport, notamment les capacités physiques requises induisant la présentation obligatoire d'un certificat médical.

Il s'agit donc d'apporter une exception au principe de non-présentation pour des pratiques sportives nécessitant des caractéristiques particulières et présentant des risques

M. le président. L'amendement n° 28, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

Le code du sport est ainsi modifié :

1° Le I de l'article L. 231-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les personnes mineures, la visite médicale sollicitée pour l'obtention d'un certificat mentionné au premier alinéa donne lieu, le cas échéant, à la consultation de prévention obligatoire prévue en application de l'article L. 2132-2 du code de la santé publique. » ;

2° L'article L. 231-2-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les personnes mineures, la visite médicale sollicitée pour l'obtention d'un certificat mentionné au premier alinéa donne lieu, le cas échéant, à la consultation de prévention obligatoire prévue en application de l'article L. 2132-2 du code de la santé publique. »

La parole est à M. le rapporteur général, pour présenter cet amendement et pour donner l'avis de la commission sur les autres amendements en discussion commune.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La rédaction de cet amendement dispose que la consultation pour l'obtention d'un certificat médical de non-contre-indication aux fins de la pratique sportive préalablement à l'obtention d'une licence ou à la participation à une compétition sportive déclenche, lorsqu'il y a lieu, l'une des consultations de prévention obligatoires prévues par le parcours de prévention sanitaire des enfants.

La commission s'est efforcée de synthétiser les dispositions des amendements précédents. La rédaction proposée est meilleure dans sa forme et permet de répondre aux préoccupations des sportifs.

La commission demande donc le retrait des amendements n^{os} 84 et 176 au profit du sien.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Je comprends vos inquiétudes, mesdames, messieurs les sénateurs, mais la rédaction de l'article 41 assure le même niveau de garantie médicale qu'aujourd'hui.

Par ailleurs, nous n'imposons rien aux fédérations sportives, avec lesquelles la ministre des sports s'est entretenue sur ce même sujet.

Le Gouvernement est donc défavorable à ces trois amendements.

M. le président. Monsieur Morisset, l'amendement n^o 84 est-il maintenu ?

M. Jean-Marie Morisset. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n^o 84 est retiré.

Monsieur Tourenne, l'amendement n^o 176 est-il maintenu ?

M. Jean-Louis Tourenne. Non, je le retire également.

M. le président. L'amendement n^o 176 est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n^o 28.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 41 est ainsi rédigé, et l'amendement n^o 177 n'a plus d'objet.

Article 41 bis

- ① I. – Le livre I^{er} de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1^o Au 4^o de l'article L. 2112-2, les mots : « d'un entretien prénatal précoce proposé systématiquement et réalisé à partir du quatrième mois de grossesse, » sont remplacés par les mots : « de l'entretien prénatal précoce obligatoire » ;
- ③ 2^o L'article L. 2122-1 est ainsi modifié :
- ④ a) La dernière phrase du dernier alinéa est ainsi rédigée : « Lors de cet examen, le médecin ou la sage-femme informe la femme enceinte de l'existence de l'entretien prénatal précoce obligatoire mentionné au dernier alinéa. » ;
- ⑤ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥ « L'entretien prénatal précoce obligatoire est réalisé par un médecin ou une sage-femme dès lors que la déclaration de grossesse a été effectuée. L'objet de cet entretien est de permettre au professionnel de santé d'évaluer avec la femme enceinte ses éventuels besoins en termes d'accompagnement au cours de la grossesse. »
- ⑦ II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} mai 2020. – *(Adopté.)*

Article 41 ter

- ① Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre V de la troisième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 3511-4 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 3511-4.* – Par dérogation à l'article L. 4211-1, les professionnels de santé qui sont autorisés à prescrire les substituts nicotiniques conformément à l'article L. 3511-3, lorsqu'ils interviennent dans les centres pratiquant les examens de santé gratuits prévus à l'article L. 321-3 du code de la sécurité sociale ou dans les services départementaux de protection maternelle et infantile mentionnés à l'article L. 2112-1 du présent code, peuvent, dans le cadre de leur mission d'accompagnement à l'arrêt du tabac, à l'occasion de l'initiation d'un traitement, délivrer à titre gratuit au patient les substituts nicotiniques dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ③ « Un décret précise les modalités d'application du présent article. » – *(Adopté.)*

Article 42

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1^o Le II de l'article L. 162-23-15, dans sa rédaction résultant de l'article 37 de la loi n^o 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, est ainsi modifié :
- ③ a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « Lorsqu'un établissement ne satisfait pas à l'obligation de recueil d'un indicateur ou que ce recueil fait l'objet d'une invalidation par l'autorité administrative dans le cadre du contrôle de la qualité des données déclarées par l'établissement de santé, le seuil minimal requis pour cet indicateur est réputé non atteint. » ;
- ⑤ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥ « Le produit des pénalités financières est affecté au financement des dotations mentionnées au I. » ;
- ⑦ 2^o L'article L. 162-30-2 est ainsi rédigé :
- ⑧ « *Art. L. 162-30-2.* – Un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins est conclu entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de tout établissement de santé relevant de leur ressort géographique et identifié par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues au deuxième alinéa. Les commissions et conférences médicales d'établissement donnent leur avis préalablement à la conclusion du contrat. Celui-ci a pour objet d'améliorer la pertinence et l'efficacité des soins et des prescriptions et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie.
- ⑨ « Sont soumis à l'obligation prévue au premier alinéa les établissements qui relèvent de priorités nationales définies par l'arrêté pris en application du premier alinéa de l'article L. 162-30-3, après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie, ou qui ne respectent pas un ou plusieurs référentiels de pertinence et d'efficacité des actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance

maladie mentionnés au même article L. 162-30-3, prévus par un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins.

- 10 « Le contrat est conclu pour une durée maximale de cinq ans. Il prévoit notamment, conformément à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les volets du contrat mentionnés audit article L. 162-30-3, les objectifs à atteindre par l'établissement ainsi que leurs modalités d'évaluation. En l'absence de contrat type national, l'agence régionale de santé peut arrêter un contrat type régional.
- 11 « En cas de refus par l'établissement de santé identifié de conclure ce contrat, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une sanction financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. Le produit de ces sanctions est versé à l'assurance maladie.
- 12 « Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. » ;
- 13 3° L'article L. 162-30-3 est ainsi modifié :
- 14 a) Au premier alinéa, les mots : « , de qualité, de sécurité des soins » sont supprimés et les mots : « sur certains actes » sont remplacés par les mots : « pour certains actes » ;
- 15 b) Au deuxième alinéa, les mots : « conclure un volet additionnel au » sont remplacés par les mots : « inclure un volet consacré à ce plan dans le » ;
- 16 c) Au troisième alinéa, les mots : « la conclusion d'un volet additionnel au » sont remplacés par les mots : « l'inclusion d'un volet consacré à ce plan dans le » ;
- 17 d) Le dernier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :
- 18 « Ce volet peut fixer, pour les actes, prestations et prescriptions qui présentent des écarts significatifs en nombre ou en évolution par rapport aux moyennes régionales ou nationales, un nombre d'actes, prestations et prescriptions annuel cible attendu pour l'établissement. Ce nombre ne peut être inférieur de plus de 30 % au nombre de l'année précédente. La liste des actes, prestations et prescriptions qui peuvent être concernés par ce dispositif est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- 19 « Les modalités d'élaboration du plan d'actions régional mentionné au deuxième alinéa du présent article, les catégories et le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions servant de base à la conclusion d'un volet consacré à ce plan dans les contrats ainsi que la nature des données prises en compte et les méthodes utilisées pour arrêter ces référentiels et vérifier la conformité des pratiques des établissements sont déterminées par décret. » ;
- 20 4° L'article L. 162-30-4 est ainsi rédigé :
- 21 « *Art. L. 162-30-4.* – La réalisation des objectifs fixés par le contrat mentionné à l'article L. 162-30-2 fait l'objet d'une évaluation annuelle.

22 « Le directeur général de l'agence régionale de santé alloue, en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation des objectifs fixés au contrat, un intéressement à l'établissement sous la forme d'une dotation du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

23 « À l'issue d'une période de deux ans après la saisine d'un établissement par l'agence régionale de santé en application du troisième alinéa de l'article L. 162-30-3 du présent code, si l'établissement présente toujours un nombre d'actes, prescriptions ou prestations largement supérieur au nombre attendu inscrit au volet mentionné à l'avant-dernier alinéa du même article L. 162-30-3, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, en tenant compte des caractéristiques du territoire prévu à l'article L. 1434-9 du code de la santé publique et de l'établissement et après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, fixer un abattement forfaitaire au tarif national, pour le nombre d'actes et prestations excédant le nombre cible fixé, ainsi qu'une minoration forfaitaire de la part des produits de santé mentionnés à l'article L. 162-22-7 du présent code prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

24 « La décision du directeur général de l'agence régionale de santé est prise après avis de l'organisme local d'assurance maladie et de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie prévue à l'article L. 1432-4 du code de la santé publique. L'abattement et la minoration forfaitaires sont fixés pour une durée limitée selon un barème établi au niveau national et sont notifiés à l'établissement dans des conditions définies par décret. L'abattement ne peut excéder 50 % du tarif national et la minoration ne peut réduire de plus de 50 % la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

25 « À l'issue de la période notifiée, les sommes correspondant à l'abattement et à la minoration forfaitaires pendant la période concernée sont récupérées par réduction des recettes d'assurance maladie perçues par l'établissement et abondent le fonds d'intervention régional.

26 « Un décret précise les modalités d'application du présent article, et notamment les critères utilisés par les agences régionales de santé pour apprécier les taux de délivrance par les établissements des actes, prestations et prescriptions concernés. » ;

27 5° Après le même article L. 162-30-4, il est inséré un article L. 162-30-4-1 ainsi rédigé :

28 « *Art. L. 162-30-4-1.* – Lorsque l'agence régionale de santé constate, sur un ou plusieurs territoires, l'absence persistante de délivrance d'un ou plusieurs actes qui font l'objet d'un référentiel arrêté par l'État, et lorsque cette absence est de nature à mettre en danger la santé des populations concernées, elle peut décider d'apporter un soutien financier spécifique pour le développement d'une ou de plusieurs activités. »

29 II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

- 30 1° Au dernier alinéa de l'article L. 1421-3, après la référence: « L. 5311-1 », sont insérés les mots: « ou de celles relatives au contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, »;
- 31 2° L'article L. 1435-7 est ainsi modifié:
- 32 a) Au deuxième alinéa, après le mot: « médecin », sont insérés les mots: « ou de pharmacien »;
- 33 b) Au cinquième alinéa, les mots: « aux 1° et » sont remplacés par le mot: « au »;
- 34 3° Au premier alinéa de l'article L. 6122-5, le mot: « avant-dernier » est remplacé par le mot « troisième ».
- 35 III. – Les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins signés à la date de la publication de la présente loi par les établissements qui, au 1^{er} janvier 2021, ne sont pas soumis à l'obligation prévue aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, cessent de produire leurs effets à cette date.

M. le président. L'amendement n° 220, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé:

Rédiger ainsi cet article:

L'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale est supprimé.

La parole est à Mme Marie-Noëlle Lienemann.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Des sanctions financières peuvent être imposées aux établissements de santé qui ne respectent pas les objectifs prévus dans le cadre d'un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, le fameux Caqes. Or nous contestons l'obligation faite aux organismes de santé de suivre ces prescriptions.

Mes chers collègues, nous entrons dans un mécanisme du tout-comptable, même pour le temps nécessaire à la pose d'un pansement, par exemple. À vouloir tout codifier à longueur de journée en termes de coûts financiers pour réaliser des économies à la marge, on oublie que le lien entre le soignant et le soigné doit prévaloir pour la qualité des soins.

Le système du Caques n'est pas nécessaire pour sanctionner d'éventuels cas d'abus scandaleux. En fait, nous sommes en train de changer de philosophie: la réglementation financière semble devenir le cadre d'exercice des soins, ce qui n'est pas acceptable. Je ne suis pas pour négliger les questions financières, mais ce n'est pas en les mettant autant en avant que l'on réalisera des économies.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission est défavorable à cet amendement, qui tend à maintenir l'ancien modèle des Caques, qui n'est aujourd'hui plus satisfaisant.

La suppression des sanctions afférentes, comme vous le proposez, ne suffira pas à rendre le dispositif plus opérationnel, vous en conviendrez.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. C'est vrai!

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Sanctionner les établissements de santé qui offrent déjà des soins de mauvaise qualité ne servira pas à grand-chose. Les dispositifs financiers sont

nécessaires pour améliorer les choses, même si je sais qu'ils ne se suffisent pas à eux-mêmes. Le dispositif est à revoir, madame Lienemann.

La commission émet donc un avis défavorable.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 220.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 49 rectifié, présenté par MM. Canevet, L. Hervé, Bonnacarrère, Le Nay, P. Martin, Kern, Moga, Delcros, Longeot, Janssens et Cazabonne, est ainsi libellé:

Alinéas 23 à 26

Remplacer ces alinéas par deux alinéas ainsi rédigés:

« À l'issue d'une période de deux ans après la saisine d'un établissement ou d'un professionnel de santé libéral exerçant en établissement par l'agence régionale de santé en application du troisième alinéa de l'article L. 162-30-3 du présent code, si l'établissement ou le professionnel de santé présente toujours un volume d'actes, prescription ou prestation significativement différent du volume inscrit au volet mentionné au quatrième alinéa du même article, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après prise en compte des caractéristiques du territoire et de la situation particulière de l'établissement, à l'issue d'une procédure contradictoire, déclencher un audit clinique par les pairs de la profession concernée ou par les praticiens désignés par le médecin-conseil régional mentionné à l'article R. 315-3.

« Un décret précise les modalités d'application de ce dispositif, notamment la composition paritaire des équipes de pairs ou des équipes de praticiens de l'assurance maladie membres du service du contrôle médical procédant aux audits cliniques, ainsi que les critères utilisés par les agences régionales de santé pour apprécier les taux de recours des établissements ou des professionnels de santé libéraux exerçant en établissement sur les actes, prestations et prescriptions concernés. »;

La parole est à M. Michel Canevet.

M. Michel Canevet. Cet amendement, assez proche du précédent, vise à faire conduire un audit clinique par des praticiens désignés par les conseils de l'ordre ou par le médecin référent régional en cas de suractivité d'un établissement ou d'un professionnel relevée par l'agence régionale de santé.

Il faut apprécier la réalité des situations *via* une approche technique, et non se contenter d'un audit purement financier.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'idée d'un audit clinique est intéressante. C'est précisément pour introduire une approche médicale de la pertinence des soins que notre rapporteur Catherine Deroche avait proposé, en première lecture, un dialogue entre pairs dès le signalement.

Toutefois, l'adoption de cet amendement conduirait à supprimer tout autre levier d'action auprès d'un établissement qui ne respecterait pas, après avertissement, les référentiels de bonnes pratiques.

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 ?

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Même avis, monsieur le président.

M. le président. Monsieur Canevet, l'amendement n° 49 rectifié est-il maintenu ?

M. Michel Canevet. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 49 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'article 42.

(L'article 42 est adopté.)

Article 43

- ① I. – L'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa du I est ainsi modifié :
- ③ a) Les mots : « et que le prescripteur juge indispensable le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient » sont supprimés ;
- ④ b) Sont ajoutées deux phrases ainsi rédigées : « Lorsqu'une telle recommandation temporaire d'utilisation a été établie, la spécialité peut faire l'objet d'une prescription dans l'indication ou les conditions d'utilisations correspondantes dès lors que le prescripteur juge qu'elle répond aux besoins du patient. La circonstance qu'il existe par ailleurs une spécialité ayant fait l'objet, dans cette même indication, d'une autorisation de mise sur le marché, dès lors qu'elle ne répondrait pas moins aux besoins du patient, ne fait pas obstacle à une telle prescription. » ;
- ⑤ 2° Le dernier alinéa du III est complété par les mots : « , sauf lorsqu'il existe une autre spécialité comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation de cette spécialité dans cette indication » ;
- ⑥ 3° Le dernier alinéa du IV est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il peut être dérogé à l'obligation d'un protocole de suivi des patients prévue au présent alinéa lorsqu'il existe une autre spécialité comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation de cette spécialité dans cette indication. » ;
- ⑦ 4° Il est ajouté un V ainsi rédigé :
- ⑧ « V. – Le ministre chargé de la santé ou le ministre chargé de la sécurité sociale peut saisir l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé d'une demande d'élaboration d'une recommandation temporaire d'utilisation. »
- ⑨ II. – Après l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5121-12-1-1 ainsi rédigé :
- ⑩ « *Art. L. 5121-12-1-1.* – Le prescripteur peut conditionner la délivrance de certains médicaments à la réalisation et au résultat de tests à caractère médical, notamment d'examen biologiques ou d'orientation diagnostique, au moyen d'une ordonnance dite de dispensation conditionnelle. »
- ⑪ III. – Le 15° de l'article L. 5121-20 du code de la santé publique est ainsi rétabli :

- ⑫ « 15° Les modalités de prescription et les conditions d'identification des médicaments pour lesquels il peut être recouru à l'ordonnance de dispensation conditionnelle mentionnée à l'article L. 5121-12-1-1 ; ».
- ⑬ IV. – Le 6° du II de l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑭ 1° Après le mot : « après », sont insérés les mots : « au moins » et le mot : « médecin » est remplacé par les mots : « professionnel de santé » ;
- ⑮ 2° Il est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Le montant de la pénalité encourue est fixé en fonction de l'ampleur de la récidive, selon un barème fixé par voie réglementaire ; ».
- ⑯ V. – Le III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑰ 1° Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé :
- ⑱ « 4° Prestations effectuées par un pharmacien d'officine et définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;
- ⑲ 2° À la première phrase des cinquième et septième alinéas, la référence : « et 3° » est remplacée par les références : « , 3° et 4° » ;
- ⑳ 3° La seconde phrase du sixième alinéa est complétée par les mots : « et pour les prestations mentionnées au 4° ».
- ㉑ VI. – L'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ㉒ 1° Au premier alinéa, le mot : « syndicales » est remplacé par le mot : « syndicale » ;
- ㉓ 1° *bis* Après le 7°, il est inséré un 7° *bis* ainsi rédigé :
- ㉔ « 7° *bis* La tarification des honoraires dus aux pharmaciens par les assurés sociaux au titre de la réalisation de bilans de médication ou d'entretiens d'accompagnement ou de suivi de patients atteints d'une pathologie chronique. Les critères d'éligibilité et conditions de réalisation sont prévus dans la convention et subordonnent leur rémunération. La liste des actions relevant du présent 7° *bis* est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; »
- ㉕ 2° Après le 15°, il est inséré, un 16° ainsi rédigé :
- ㉖ « 16° La tarification des prestations dues aux pharmaciens par les assurés sociaux, lorsque le pharmacien réalise, en application de la mission que lui confie le 8° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, des tests de diagnostic rapide. La tarification tient compte du prix unitaire du test calculé à partir du prix de cession mentionné à l'article L. 162-16-4-4 du présent code. La liste des tests est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;
- ㉗ 3° Au vingt-deuxième et à l'avant-dernier alinéas, la référence : « à 15° » est remplacée par la référence : « à 16° ».
- ㉘ VII. – Après l'article L. 162-16-4-3 du code de la sécurité sociale, tel qu'il résulte de l'article 29 de la présente loi, il est inséré un article L. 162-16-4-4 ainsi rédigé :
- ㉙ « *Art. L. 162-16-4-4.* – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent arrêter le prix de cession maximal auquel peuvent être vendus aux pharmaciens

ciens d'officine les tests de diagnostic rapide mentionnés au 16° de l'article L. 162-16-1. La fixation peut tenir compte des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation de ces tests, des prix de vente pratiqués en France et dans d'autres pays européens et, le cas échéant, du prix et du volume d'achat de tests négociés par l'assurance maladie dans le cadre d'un marché passé avec l'un des fabricants. »

30 VIII. – La seconde phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « , ou de délivrance lorsque ce médicament est prescrit sur une ordonnance de dispensation conditionnelle mentionnée à l'article L. 5121-12-1 du même code ».

31 IX. – Après l'article L. 162-17-2-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-2-3 ainsi rédigé :

32 « Art. L. 162-17-2-3. – I. – Lorsqu'un laboratoire exploite un médicament inscrit sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dont les forme, dosage ou présentation ne sont pas adaptés aux conditions de prescription ou d'utilisation thérapeutique, au regard notamment d'un avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du même code, et, de ce fait, induisent un surcoût de dépenses pour l'assurance maladie ou un risque pour la santé publique, le cas échéant pour au moins une de ses indications, le ministre chargé de la santé ou le ministre chargé de la sécurité sociale peut fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge de celle-ci.

33 « II. – La pénalité prévue au I ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires, hors taxes, réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour la spécialité ou les spécialités en cause.

34 « Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'écart constaté aux conditions de prescription ou d'utilisation thérapeutique ou au niveau d'efficacité attendu pour les dépenses d'assurance maladie. La pénalité est reconductible, le cas échéant, chaque année.

35 « III. – La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le produit de celle-ci est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

36 « IV. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. »

37 X. – L'article L. 162-22-7-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

38 1° Au premier alinéa, les mots : « du fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « financière de l'assurance maladie » et, après les mots : « produits de santé », sont insérés, les mots : « ou relatifs à l'efficacité des achats de produits de santé pour les dépenses totales de l'assurance maladie » ;

39 2° Au second alinéa, les mots : « relatifs à la pertinence et à l'efficacité des prescriptions » sont remplacés par les mots : « et, le cas échéant, le mode de recueil des informations nécessaires à leur calcul ».

40 XI. – Le II de l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

41 1° Au premier alinéa, après la mention : « I. – », est insérée la mention : « A. – » ;

42 2° Après la première occurrence du mot : « prise », la fin de la première phrase du dernier alinéa est ainsi rédigée : « , à tout moment, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale concernant les produits pris en charge au titre des listes, ou de l'une des listes, prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, ou au titre des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, L. 162-22-7, L. 162-23-6, L. 165-1, L. 165-1-1, L. 165-1-5 ou L. 165-11 du présent code ou de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. » ;

43 3° Il est ajouté un B ainsi rédigé :

44 « B. – Pour l'application du présent II :

45 « 1° Dans le cas d'une transmission électronique des éléments permettant de demander l'accord en vue de la prise en charge d'une prestation par les établissements de santé, ou par les professionnels exerçant en leur sein, l'identification de l'émetteur, son authentification et la sécurisation des échanges sont assurées dans des conditions définies par décret en Conseil d'État ;

46 « 2° Il peut être dérogé en tant que de besoin aux dispositions relatives à l'obligation d'homologation de certains formulaires administratifs, prévues aux articles 38 et 39 de l'ordonnance n° 2004-637 du 1^{er} juillet 2004 relative à la simplification de la composition et du fonctionnement des commissions administratives et à la réduction de leur nombre. »

M. le président. L'amendement n° 38 rectifié, présenté par Mme Delmont-Koropoulis, MM. D. Laurent et Cambon, Mme Thomas, M. Lefèvre, Mme Micoulet, MM. Morisset, Panunzi et Danesi, Mmes Deromedi et Bonfanti-Dossat, M. Laménie et Mme Garriaud-Maylam, est ainsi libellé :

Alinéas 2 à 6

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. L'article L. 5121-12 du code de la santé publique fixe le cadre juridique d'application des RTU, les recommandations temporaires d'utilisation, qui permettent la prescription de certains médicaments existants dans un but thérapeutique autre que celui pour lequel ils bénéficient d'une AMM.

L'article prévoit deux garde-fous pour leur mise en place : d'une part, il ne doit pas exister d'alternatives thérapeutiques ; d'autre part, le prescripteur doit juger indispensable le recours à la spécialité.

Annoncé comme une mesure d'assouplissement, cet article revient sur ces deux conditions d'encadrement et concourt désormais à la création d'un sentiment de désresponsabilisation du médecin, alors que celui-ci est toujours responsable dans les faits.

Or, si la RTU permet d'améliorer la prise en charge des patients dans différentes situations, comme l'absence d'alternatives thérapeutiques ou un besoin non couvert, son cadre de prescription doit rester l'exception.

La RTU est justifiée par des considérations médicales. La référence, dans le texte d'origine, au fait que le prescripteur est seul juge du caractère indispensable du recours à une spécialité en RTU est une garantie de la bonne prise en compte des besoins spéciaux du patient appréciés à l'issue d'un examen effectif de ces derniers.

Il convient de conserver l'obligation faite au titulaire de la spécialité RTU, donc au professionnel de santé, d'établir et de renseigner un protocole de suivi des patients, pour recueillir des informations, notamment concernant l'efficacité et les effets indésirables du traitement, ainsi que les conditions réelles d'utilisation de la spécialité sous RTU.

À titre d'exemple, une étude américaine publiée en septembre dernier dans le *JAMA Oncology*, référence pour les chercheurs sur le cancer, a montré que plus de la moitié des médicaments de l'étude dont la mise sur le marché a été accélérée sur la base d'un critère de substitution n'a pu démontrer un bénéfice en termes de survie, ni une amélioration de qualité de vie.

Dès lors, la substitution d'une RTU qui n'a pas fait la preuve de son efficacité à un médicament existant avec AMM qu'autorise le texte...

M. le président. Veuillez conclure, ma chère collègue.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. ... laisse entrevoir une perte de chance pour les patients auxquels on administre un médicament qui n'améliore pas leur situation.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Eu égard aux avertissements formulés par notre collègue, auteur de l'amendement et par ailleurs médecin, la commission s'en remet à la sagesse du Sénat.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. En France, l'ANSM peut établir une RTU en vue d'encadrer, de sécuriser, une pratique de prescription hors AMM qui a cours sur le territoire national.

La RTU permet de préciser les bonnes pratiques de prescription dans ces situations au regard des connaissances médicales et scientifiques. Elle s'accompagne d'un suivi des prescriptions sur l'ANSM. Les RTU permettent donc d'améliorer la prise en charge des patients dans différentes situations : absence d'alternatives thérapeutiques, besoin non couvert pour certains patients...

Toutefois, les conditions actuelles d'encadrement du recours aux RTU nous paraissent parfois trop strictes. Dans certaines situations, des médicaments sont déjà disponibles sur le marché, mais il pourrait être utile de disposer de nouvelles alternatives thérapeutiques – à condition qu'elles soient au moins équivalentes en faisant appel à une RTU.

Ce recours à de nouvelles alternatives permet d'augmenter l'offre thérapeutique disponible, de mieux s'adapter à la situation de chaque patient et d'avoir de plus grande disponibilité pour la pertinence.

Pour ces raisons, j'émettrai un avis défavorable sur votre amendement.

M. le président. La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis, pour explication de vote.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. La dérogation au protocole va à l'encontre des attentes des professionnels de santé, notamment des oncologues, qui ont un cruel besoin d'évaluation et de suivi de ces médicaments innovants.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 38 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 29, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission, est ainsi libellé :

Alinéa 10

Après le mot :

diagnostique,

insérer les mots :

réalisés directement par le prescripteur ou, à défaut,

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'ordonnance de dispensation conditionnelle, mise en œuvre par l'article 43, opère un report de responsabilité sur le pharmacien et occulte le rôle fondamental que peut endosser le prescripteur.

Il est en effet curieux que le prescripteur, qui dispose déjà de la possibilité de soumettre le patient à un test de diagnostic rapide en cabinet pour déterminer la nature virale ou bactérienne d'une angine, se trouve implicitement déchargé de cette faculté au profit d'une ordonnance de dispensation conditionnelle qui transfère l'acte au pharmacien.

Cet amendement vise donc à réaffirmer le rôle premier du prescripteur en matière de test de diagnostic rapide.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Comme vous, monsieur le rapporteur général, je considère que le rôle du prescripteur en matière de tests diagnostiques rapides est primordial.

Je vous rassure, votre amendement est déjà satisfait : la mesure proposée permet au prescripteur de déléguer l'acte de tests diagnostiques rapides, mais il peut toujours retenir sa prescription avant d'avoir les résultats de tests biologiques. Il ne me semble pas nécessaire de le préciser dans la loi.

De ce fait, la rédaction de votre amendement pourrait remettre en cause la capacité d'autres professionnels de santé à réaliser et à interpréter certains tests biologiques.

Dans la mesure où votre amendement est déjà satisfait, je vous demande de bien vouloir le retirer ; à défaut, j'émettrais un avis défavorable.

M. le président. Monsieur le rapporteur général, l'amendement n° 29 est-il maintenu ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Non, compte tenu des explications de Mme la secrétaire d'État, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 29 est retiré.

L'amendement n° 2, présenté par M. Daudigny, est ainsi libellé :

Alinéa 26

I. – Après l'alinéa 26

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« 17° La tarification des prestations dues aux pharmaciens par les assurés sociaux, lorsque le pharmacien réalise, en application de la mission que lui confie le 8° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, des tests de diagnostic rapide du virus de l'hépatite C. La tarification tient compte du prix unitaire du test calculé à partir du prix de cession mentionné à l'article L. 162-16-4-3 du présent code. La liste des tests est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;

II. – Alinéa 27

Remplacer la référence :

16°

par la référence :

17°

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Le Gouvernement s'est fixé en 2018 l'objectif de parvenir à l'élimination du virus de l'hépatite C (VHC) en France à l'horizon 2025.

Une telle ambition suppose d'améliorer l'offre de dépistage dans notre pays, afin de permettre le diagnostic et le traitement de toutes les personnes infectées par le VHC.

L'article 43 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit la prise en charge des tests rapides d'orientation diagnostique, les fameux TROD, en officine de ville et renvoie à un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale la fixation de la liste de ces tests.

Or l'arrêté du 1^{er} août 2016 déterminant les tests ou recueils et traitements de signaux biologiques susceptibles d'être utilisés par les pharmaciens d'officine ne permet pas à ces professionnels de pratiquer l'orientation diagnostique en faveur du virus de l'hépatite C.

Le présent amendement vise, dans cet esprit, à alerter le Gouvernement sur la nécessité de permettre la réalisation et la prise en charge de tests rapides d'orientation diagnostique du virus de l'hépatite C en officine de ville.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Au regard des enjeux spécifiques de l'extension potentielle de l'expérimentation « VIHTEST » aux tests de dépistage de l'hépatite C, la commission s'est montrée favorable à ce que la tarification de ces tests intègre le champ conventionnel entre l'assurance maladie et les organisations représentatives des pharmaciens.

La commission émet donc un avis favorable.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Le Gouvernement est pleinement engagé dans l'objectif d'élimination du VHC d'ici à 2025.

À cette fin, une expérimentation a été lancée au titre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, qui permet de tester le dépistage du VHC par le pharmacien, à l'aide d'un TROD, auprès des populations à risque.

L'expérimentation, autorisée en juin 2019, n'a pu encore être évaluée. Il me semble important d'attendre qu'elle le soit avant de proposer tout nouveau dispositif, raison pour laquelle je suis défavorable à cet amendement.

J'émet donc un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 2.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 43, modifié.

(L'article 43 est adopté.)

Article 44

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° A *(nouveau)* Le d du 1° du I de l'article L. 162-31-1 est complété par les mots : « ou aux médicaments » ;
- ③ 1° Le II du même article L. 162-31-1 est ainsi modifié :
 - ④ a) Au a du 1°, la référence : « L. 162-22-1, » est supprimée et, après la référence : « L. 162-22-15 », sont insérées les références : « , L. 162-22-18, L. 162-22-19 » ;
 - ⑤ b) Le même 1° est complété par un f ainsi rédigé :
 - ⑥ « f) L'article L. 162-13-2 pour permettre le remboursement d'examens de biologie médicale réalisés à la demande du patient sans prescription médicale ; »
 - ⑦ c) Le 2° est complété par des j bis, k, l et m ainsi rédigés :
 - ⑧ « j bis) Le troisième alinéa de l'article L. 6311-2, afin de permettre le concours de chirurgiens-dentistes d'exercice libéral au fonctionnement d'unités participant au service d'aide médicale urgente ;
 - ⑨ « k) Les articles L. 6211-13, L. 6211-14 et L. 6211-18, afin de permettre l'extension des lieux et des conditions de prélèvement et de réalisation de la phase analytique des examens de biologie médicale ;
 - ⑩ « l) Le deuxième alinéa du I de l'article L. 6312-4, en tant qu'il concerne l'agrément, le nombre théorique de véhicules et les catégories de moyens de transport ;
 - ⑪ « m) *(nouveau)* L'article L. 5125-4, afin de permettre au directeur général de l'agence régionale de santé de garantir l'approvisionnement en médicaments et produits pharmaceutiques de la population d'une commune dont la dernière officine a cessé définitivement son activité, lorsque celui-ci est compromis au sens de l'article L. 5125-3, en autorisant l'organisation de la dispensation de médicaments et produits pharmaceutiques par un pharmacien, à partir d'une officine d'une commune limitrophe ou la plus proche. » ;
- ⑫ 2° Le premier alinéa de l'article L. 322-5 est ainsi rédigé :
- ⑬ « Les frais de transport sont pris en charge sur prescription médicale, établie conformément aux articles L. 162-4-1 et L. 162-5-15. La prescription précise le mode de transport le plus adapté à l'état du patient et si cet état est incompatible avec un transport partagé, compris comme véhiculant ensemble au moins deux patients. Dans le respect de la prescription, les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet le moins onéreux, compte tenu des conditions de transport et du nombre de patients transportés. »
- ⑭ II. – L'article L. 6312-4 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ⑮ 1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

- 16 2° Au même premier alinéa, après les mots : « terres », sont insérés les mots : « , hors véhicules exclusivement affectés aux transports effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente, » ;
- 17 2° *bis* Le troisième alinéa est supprimé ;
- 18 3° Le quatrième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :
- 19 « II. – La mise en service par les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2 de véhicules exclusivement affectés aux transports effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente est soumise à l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé visant à assurer le respect des caractéristiques exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres.
- 20 « III. – Le retrait d'agrément peut être prononcé à l'encontre de toute personne qui a mis ou maintenu en service un véhicule sans autorisation. »
- 21 III. – Au I de l'article 66 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, le mot : « huit » est remplacé par le mot : « neuf ».
- 22 IV. – Le 2° du I et le II sont applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon.
- 23 V. – Le *a* du 1° du I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

M. le président. L'amendement n° 165, présenté par MM. Jomier, Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais, Jasmin, Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigas, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérit-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mme Lepage, M. Lurel, Mmes Monier, Perol-Dumont, Prévile et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

Alinéa 6

Après les mots :

biologie médicale

insérer les mots :

visant le dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ou d'infections sexuellement transmissibles

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. L'article 44 propose d'étendre les dérogations prévues par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 au financement et à la réalisation de certaines activités de biologie médicale. Selon l'étude d'impact, la mesure viserait notamment le dépistage du VHC.

Compte tenu de la mobilisation qui doit être la nôtre dans la lutte contre le VIH, cet amendement vise à englober explicitement un large champ d'infections sexuellement transmissibles et en particulier l'infection à VIH.

Mes chers collègues, à la veille du 1^{er} décembre, journée mondiale de lutte contre le sida, je souhaiterais souligner la baisse significative de 7 % du nombre de personnes ayant appris leur séropositivité en 2018 par rapport à 2017. Ces résultats, publiés par Santé publique France, sont le fruit de

la mobilisation permanente des acteurs associatifs et professionnels pour prévenir et dépister, sans jamais baisser la garde. Ce résultat est le leur !

Il est également le fruit de dispositifs innovants comme l'expérimentation « Au labo sans ordo » conduite dans les laboratoires de biologie médicale de Paris et des Alpes-Maritimes. Les chiffres le montrent : élargir une offre de dépistage sans frais et sans prescription est un bon levier pour augmenter la couverture.

À Paris, la convergence des acteurs associatifs et institutionnels autour de la stratégie « Vers Paris sans sida » a permis de faire baisser de 16 % les nouveaux diagnostics d'infection à VIH entre 2015 et 2018. La baisse est particulièrement marquée – 22 % – chez les hommes, gays ou bisexuels, qui représentent près de la moitié des nouveaux cas.

Dans les Alpes-Maritimes, et l'on connaît l'engagement de la municipalité de Nice sur ces questions, la baisse est de 40 % sur la même période. Ces résultats montrent que les efforts pour augmenter la couverture du dépistage et faire connaître les nouveaux outils de prévention diversifiée, notamment la PrEP, la prophylaxie préexposition, paie.

Toutefois, 6 200 nouvelles contaminations en 2018, c'est encore trop – beaucoup trop ! Et la baisse de 7 % aurait pu être bien plus importante si davantage d'efforts avaient été fournis, comme le souligne le rapport du Conseil national du sida, publié mercredi dernier.

Pour toutes ces raisons, mes chers collègues, je ne peux que vous inviter à approuver cet amendement, qui, tout en se prémunissant du couperet de l'article 40, vise à permettre l'extension à l'ensemble du territoire national de l'accès gratuit et sans ordonnance à des dépistages d'infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, dans les laboratoires de biologie médicale.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'amendement va au-delà de l'intention du législateur, qui visait justement à donner une base légale à l'expérimentation VIHTEST en cours à Paris et à Nice.

L'adoption de cet amendement réduirait néanmoins l'expérimentation de ces examens au seul dépistage du VIH, alors que l'expérience pourrait se révéler tout aussi porteuse pour d'autres pathologies, comme l'hépatite C.

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 ?

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Même avis, monsieur le président.

M. le président. Monsieur Jomier, l'amendement n° 165 est-il maintenu ?

M. Bernard Jomier. Oui, je le maintiens, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 165.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 110 rectifié *ter*, présenté par MM. Kern, Delcros, D. Laurent, Chasseing, Guerriau, Pellevat, Canevet, Prince et Médevielle, Mmes N. Delattre et Vullien, M. Détraigne, Mme Billon, MM. Menonville, Janssens et Kennel, Mme Raimond-Pavero, MM. P.

Martin et Bonhomme, Mmes Sittler, Duranton, Goy-Chavent et Doineau, M. Longeot, Mme Bonfanti-Dossat et MM. Henno et Gremillet, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« j *bis* A) L'article L. 6211-8, afin de permettre au biologiste médical d'adapter la posologie des patients sous traitements anticoagulants, de participer à la pertinence des prescriptions d'antibiotiques en les ajustant le cas échéant, et d'effectuer le suivi des patients utilisant des dispositifs d'auto-mesure ;

La parole est à Mme Élisabeth Doineau.

Mme Élisabeth Doineau. Cet amendement, déposé par notre collègue Claude Kern, vise également à élargir le champ des expérimentations prévues par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, afin de permettre au biologiste médical d'adapter la posologie des patients sous traitements anticoagulants et de participer à la pertinence des prescriptions d'antibiotiques.

Les biologistes médicaux participent aujourd'hui au suivi des patients sous anticoagulants en réalisant des bilans sanguins qui permettent de surveiller certains facteurs sanguins impliqués dans la coagulation. Ces bilans permettent d'adapter les posologies des traitements anticoagulants, sur la base d'un résultat exprimé en INR, ou *International Normalised Ratio*.

Aujourd'hui, les prescripteurs sont les seuls à pouvoir réaliser cette adaptation. Les biologistes médicaux ont l'obligation professionnelle d'alerter le patient des résultats de leur analyse sanguine, mais ne peuvent adapter eux-mêmes la posologie. Dans de telles situations, il n'est pas rare que, en cas d'indisponibilité du prescripteur, le patient se trouve sans réponse à ce problème et fasse appel au 15.

Le Gouvernement a par ailleurs affiché dans ce PLFSS une volonté de lutter contre l'antibiorésistance, en permettant notamment la prise en charge des TROD angine réalisés en officine.

Les biologistes médicaux pourraient eux aussi participer à la juste prescription d'antibiotiques grâce à la réalisation d'antibiogrammes ciblés. Un antibiogramme est une technique de laboratoire qui vise à tester la sensibilité d'une souche bactérienne vis-à-vis de plusieurs antibiotiques.

Les biologistes médicaux pourraient aider les prescripteurs, dans le cadre d'un exercice coordonné, à choisir le meilleur traitement antibiotique individualisé contre la souche bactérienne responsable de l'infection.

Enfin, de plus en plus de personnes utilisent des dispositifs d'auto-mesure. Afin d'améliorer la qualité du suivi thérapeutique de ces patients, il est proposé que les biologistes médicaux contrôlent régulièrement ces dispositifs et l'usage qui en est fait par le patient.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Les auteurs de cet amendement suggèrent de laisser au biologiste médical une appréciation d'adaptation des posologies en matière de traitements anticoagulants.

La précision a paru judicieuse à la commission, qui a émis un avis favorable sur cet amendement.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. De telles expérimentations, si elles respectent les recommandations de la HAS, notamment en ce qui concerne la qualité et la sécurité des soins, et permettent d'intervenir dans le cadre d'un exercice coordonné avec le médecin traitant et les autres professionnels de santé, sont d'ores et déjà possibles.

Rien n'empêche le dépôt de projets incluant les biologistes médicaux au parcours de soins. Cet amendement étant déjà satisfait, je vous demande de bien vouloir le retirer ; à défaut, j'émettrais un avis défavorable.

M. le président. Madame Doineau, l'amendement n° 110 rectifié *ter* est-il maintenu ?

Mme Élisabeth Doineau. Oui, je le maintiens, monsieur le président.

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

M. Gérard Dériot. J'avais déposé le même amendement en première lecture.

Il est évident que ce genre de situation se présente chaque jour. La couverture du biologiste est nécessaire pour pratiquer l'adaptation de posologie, en particulier pour les anticoagulants. Avec la baisse du nombre de médecins, il est parfois difficile d'en trouver un le soir même ou le lendemain. Or continuer avec la même dose peut se révéler dangereux et déclencher une hémorragie.

Il en va de même pour l'antibiogramme : le premier médicament prescrit n'est pas forcément celui qui va se révéler efficace. Le biologiste est tout à fait apte à dire au patient, à l'issue de l'antibiogramme, qu'il doit prendre tel ou tel antibiotique. C'est du temps de gagné, surtout dans les territoires qui manquent de médecins.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 110 rectifié *ter*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 36, présenté par MM. Morisset et Bizet, Mmes Bonfanti-Dossat et Bruguière, M. Charon, Mme Deromedi, M. D. Laurent, Mme Malet, MM. Mouiller et Pellevat, Mme Puissat et M. A. Bertrand, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 9

Insérer cinq alinéas ainsi rédigés :

« ...) Les articles L. 1111-6-1, L. 4311-1 et L. 4311-29 du code de la santé publique en ce qu'ils limitent les possibilités d'organiser des délégations de soins dans le cadre d'une prise en charge par un établissement de santé ou par un établissement ou service social ou médico-social. » ;

...) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Aux dispositions suivantes du code de l'action sociale et des familles :

« a) Les règles de tarification et d'organisation prévues par le code de l'action sociale et des familles applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du même code ;

« b) L'article L. 313-26, afin de redéfinir les modalités de qualification entre actes d'aide et actes de soins lors d'une prise en charge par un établissement ou service social ou médico-social. » ;

La parole est à M. Jean-Marie Morisset.

M. Jean-Marie Morisset. Cet amendement vise à amplifier la portée de l'article 51 pour le secteur médico-social.

En effet, au-delà de la question clé des rigidités financières pour lesquelles l'article 51 ouvre la possibilité d'expérimenter des dérogations aux règles de tarification des établissements, d'autres formes de cloisonnement mettent en cause la pertinence des accompagnements et suscitent des ruptures dans les parcours des personnes.

Ainsi, cet amendement tend à étendre les dérogations aux règles d'organisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux afin de favoriser les innovations organisationnelles et de permettre d'expérimenter de nouvelles formes de coopération et aux modalités de qualification entre actes d'aide et actes de soins dans le cadre d'un accompagnement par un établissement ou service social ou médico-social.

Sur ce dernier point, l'actuel cloisonnement des métiers de l'aide et du soin conduit à une étanchéité des missions, en particulier à domicile, entre aide à domicile et aide-soignant.

Par ailleurs, les acteurs développent aujourd'hui des organisations complexes et coûteuses en coordination, pour compenser ces cloisonnements des métiers de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.

En expérimentant de nouvelles répartitions entre actes d'aide et actes de soins en fonction des besoins des personnes elles-mêmes, lors d'un accompagnement par un établissement ou service social ou médico-social, il sera alors possible d'identifier les « transférabilités de compétences » sociales et de soins en fonction des situations.

En 2019, un amendement similaire a été déposé, mais rejeté par le Gouvernement, au motif que ce sujet devait être traité lors de la concertation Grand âge et autonomie pilotée par Dominique Libault. Or le rapport du 28 mars 2019 n'aborde pas expressément ce sujet, ce qui justifie un nouveau dépôt de cet amendement.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Bien que ses dispositions soient intéressantes, cet amendement nous est apparu largement satisfait par le droit en vigueur, puisque tout acte ou toute délégation de soins dans le secteur médical ou médico-social peut déjà s'effectuer en vertu de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Néanmoins, le maintien de rigidités relatives au cloisonnement entre le secteur du soin et le secteur médico-social conduit la commission à demander l'avis du Gouvernement.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Je sais que le Sénat suit ce sujet avec attention. La préparation du projet de loi Grand âge et autonomie sera un cadre de travail plus adapté, par rapport au présent texte, pour envisager un élargissement d'une telle ampleur de l'article 51. Cela nécessitera de préparer les moyens opérationnels en amont.

Nous vous proposons d'y travailler ensemble ; je demande donc aux auteurs de cet amendement de bien vouloir le retirer au profit de ce travail à venir.

Mme Michelle Meunier. Mais quand viendra-t-il, ce travail ?

Mme Laurence Rossignol. Dans cinq ans?...

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Je sais que vous y êtes attachés, et nous le sommes aussi : travaillons ensemble.

M. le président. Monsieur Morisset, l'amendement n° 36 est-il maintenu ?

M. Jean-Marie Morisset. Je vais le retirer. Je pense néanmoins, madame la secrétaire d'État, que le problème n'est pas réglé par le droit en vigueur.

Lorsqu'un porteur de projet dépose un projet au titre de l'article 51, les ARS l'accompagnent pendant un an. Une lettre d'intention est rédigée et l'éligibilité du projet en question à l'article 51 étudiée : une année de réflexion, donc, pendant laquelle tous les coordinateurs se réunissent autour d'une table. Le dossier est instruit et le porteur de projet reçoit la réponse quatre mois plus tard, pour s'entendre dire que l'article 51 ne permet pas de déroger au régime des autorisations !

Autrement dit, on décourage les gens qui, sur le terrain, essaient de coordonner des projets innovants et qui finissent par découvrir, par simple courriel envoyé par l'ARS, que leur projet n'est pas éligible. Il serait bon, d'ailleurs, que les porteurs de projet puissent au moins être auditionnés par la structure nationale qui instruit ces dossiers.

Cela dit, je retire l'amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 36 est retiré.

Je mets aux voix l'article 44, modifié.

(L'article 44 est adopté.)

Article 44 bis

- ① La section 2 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre II de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :
- ② 1° Au premier alinéa de l'article L. 6211-13, après la seconde occurrence du mot : « médicale », sont insérés les mots : « dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient » ;
- ③ 1° bis (nouveau) Au second alinéa du même article L. 6211-13, le mot : « et » est remplacé par les mots : « ainsi que » et, après le mot : « lieux », sont insérés les mots : « et les conditions » ;
- ④ 2° L'article L. 6211-18 est ainsi modifié :
- ⑤ a) Le I est ainsi modifié :
- ⑥ – le premier alinéa est ainsi rédigé :
- ⑦ « I. – Lorsque la phase analytique d'un examen de biologie médicale ne peut être réalisée dans un laboratoire de biologie médicale dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient, elle peut être réalisée : » ;
- ⑧ – au 2°, les mots : « l'urgence » sont remplacés par les mots : « l'état de santé du patient » ;
- ⑨ – le début du dernier alinéa est ainsi rédigé : « La liste des examens et les catégories de professionnels de santé habilités à en réaliser la phase analytique en dehors d'un laboratoire de biologie... (le reste sans changement). » ;
- ⑩ b) Le II est ainsi rédigé :
- ⑪ « II. – Lorsque la phase analytique de l'examen n'est réalisée ni dans un laboratoire de biologie médicale, ni dans l'établissement de santé dont relève ce laboratoire, une convention signée entre le représentant légal du laboratoire et le professionnel de santé ou, le cas échéant, entre le représentant légal du laboratoire et le représentant légal de la structure dans laquelle exerce ce professionnel de santé fixe les procédures applicables.

- ⑫ « Lorsque la phase analytique de l'examen est réalisée en dehors du laboratoire et dans un établissement de santé dont relève ce laboratoire et que le professionnel de santé qui réalise cet examen n'appartient pas au laboratoire mais exerce au sein de l'établissement de santé, les lieux de réalisation de l'examen et les procédures applicables sont déterminés par le biologiste-responsable du laboratoire de biologie médicale. Le directeur de l'établissement veille à leur application. »

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

L'amendement n° 108 rectifié *ter*, présenté par MM. Kern, Delcros, D. Laurent, Guerriau, Pellevat, Canevet, Prince et Médevielle, Mmes N. Delattre et Vullien, M. Détraigne, Mme Billon, MM. Menonville, Janssens et Kennel, Mme Raimond-Pavero, MM. P. Martin et Bonhomme, Mmes Sittler, Duranton, Goy-Chavent et Doineau, M. Longeot, Mme Bonfanti-Dossat et MM. Henno, Chasseing et Gremillet, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 9

Remplacer cet alinéa par deux alinéas ainsi rédigés :

- le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« La liste d'examens, les catégories de professionnels de santé habilités à en réaliser la phase analytique en dehors d'un laboratoire d'analyse de biologie médicale et les conditions permettant leur réalisation sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis des ordres concernés, du conseil national professionnel de la biologie médicale et des syndicats représentatifs de la profession au sens de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale. » ;

II. – Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 6212-3 est ainsi modifié :

a) La première phrase est complétée par les mots : « dont la prise en charge des examens de biologie médicale dans un délai compatible avec l'état de santé du patient » ;

b) À la deuxième phrase, les mots : « participe également à » sont remplacés par le mot : « assure » ;

c) Après la même deuxième phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « À défaut, les conditions de cette permanence sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé. » ;

2° L'article L. 6222-6 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « les impératifs de sécurité » sont remplacés par les mots : « l'état de santé » ;

b) La dernière phrase est complétée par les mots : « et assurer une présence effective en rapport avec l'activité du site et dans le respect des missions qui lui incombent ».

La parole est à Mme Élisabeth Doineau.

Mme Élisabeth Doineau. Cet amendement a pour objet l'alinéa 9 du présent article, et le suivant l'alinéa 12.

Afin de limiter le recours aux urgences pour des besoins d'examens de biologie médicale de « routine », en cohérence avec le pacte de refondation des urgences, les laboratoires de biologie médicale, les LBM, doivent être mis à contribution.

À cette fin, cet amendement vise à garantir une présence effective des biologistes médicaux sur chaque site, cette présence étant adaptée au contexte spécifique dudit site, afin de permettre la prise en charge de toutes les situations dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient.

Une disposition législative plus précise en la matière permettra au Comité français d'accréditation (Cofrac), organisme chargé de l'accréditation des LBM, d'évaluer les laboratoires en fonction de ce critère.

Par ailleurs, en cohérence avec les modifications apportées à l'article 44 *bis* relatif à la biologie délocalisée, il est proposé de faire référence à la notion de « délais compatibles avec l'état de santé du patient » à l'article L. 6212-3 du code de la santé publique relatif aux missions de santé publique des laboratoires de biologie médicale, ainsi qu'à l'article L. 6222-6 du même code.

Le développement de la biologie délocalisée prévu par cet article doit de surcroît se faire dans des conditions de qualité et de sécurité permettant de garantir des résultats fiables aux patients.

Pour ce faire, cet amendement propose de fixer par arrêté, après avis des ordres concernés, du Conseil national professionnel de biologie médicale et des syndicats représentatifs de la profession, les conditions permettant la réalisation des actes pré-analytiques et analytiques de biologie médicale.

M. le président. L'amendement n° 109 rectifié *ter*, présenté par MM. Kern, Delcros, D. Laurent, Guerriau, Pellevat, Canevet, Prince, Menonville et Médevielle, Mmes N. Delattre et Vullien, M. Détraigne, Mme Billon, MM. Janssens et Kennel, Mme Raimond-Pavero, MM. P. Martin et Bonhomme, Mmes Sittler, Duranton, Goy-Chavent et Doineau, M. Longeot, Mme Bonfanti-Dossat et MM. Henno, Chasseing et Gremillet, est ainsi libellé :

Alinéa 12

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

La liste d'examens, les catégories de professionnels habilités à en réaliser la phase analytique en dehors d'un laboratoire de biologie médicale et les conditions permettant leur réalisation sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis des ordres concernés, du conseil national professionnel de la biologie médicale et des syndicats représentatifs de la profession au sens de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale.

La parole est à Mme Élisabeth Doineau.

Mme Élisabeth Doineau. Cet amendement vise à préciser le cadre régissant la pratique de la biologie délocalisée en ajoutant que la liste d'examens, les catégories de professionnels habilités à en réaliser la phase analytique en dehors d'un laboratoire de biologie médicale et les conditions permettant leur réalisation sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis des ordres concernés, du Conseil national professionnel de biologie médicale et des syndicats représentatifs de la profession.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. S'agissant de l'amendement n° 108 rectifié *ter*, les précisions que vous proposez

d'apporter, madame Doineau, sont utiles ; elles témoignent d'un souci de préserver la qualité de l'analyse médicale de prélèvements.

J'émetts donc un avis favorable.

Quant à l'amendement n° 109 rectifié *ter*, ses dispositions sont une redite de celles de l'amendement précédent. J'en demande donc le retrait.

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

Mme Christelle Dubos, *secrétaire d'État*. Pour ce qui concerne le premier de ces deux amendements, je partage votre souci, madame Doineau, d'assurer la sécurité, la qualité et la pertinence des pratiques de biologie médicale et de reconnaître la place de la biologie médicale dans l'offre de soins.

S'agissant des évolutions que vous proposez en matière de missions dévolues aux laboratoires et aux biologistes, celles-ci me semblent satisfaites par les dispositions actuelles du code de la santé publique.

Des premiers échanges se sont tenus avec les professionnels de la biologie médicale sur cette mesure du pacte pour les urgences ; dans un communiqué de presse du 10 septembre dernier, les syndicats de biologistes ont même soutenu cette démarche, en disant « chiche ! » à la mise en œuvre d'une telle disposition.

Une association étroite des professionnels et des sociétés savantes est indispensable dans une telle évolution. Je m'engage à ce que ces échanges se poursuivent, afin de les associer pleinement aux travaux d'instauration de cette mesure.

L'inscription dans la loi d'une liste d'organisations à consulter apparaît non seulement peu utile en pratique, car le ministère ne peut seul définir de tels critères scientifiques régissant l'activité de la biologie délocalisée, mais aussi potentiellement vexatoire pour certaines organisations professionnelles qui n'y seraient pas recensées, comme les sociétés savantes, qui ont déjà travaillé et publié sur ces sujets.

Pour ces raisons, madame la sénatrice, je vous demande de bien vouloir retirer vos amendements ; à défaut, l'avis du Gouvernement serait défavorable.

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

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Madame Doineau., l'amendement n° 109 rectifié *ter* est-il maintenu ?

Mme Elisabeth Doineau. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 109 rectifié *ter* est retiré.

Je mets aux voix l'article 44 *bis*, modifié.

(L'article 44 bis est adopté.)

TITRE II

PROMOUVOIR LA JUSTICE SOCIALE

Chapitre I^{er}

PROTÉGER LES FRANÇAIS CONTRE LES NOUVEAUX RISQUES

Article 45

- ① I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° A L'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :
- ③ a) Le dernier alinéa du II et l'avant-dernier alinéa du III sont supprimés ;
- ④ b) Au 2° du IV, après le mot : « aidants », sont insérés les mots : « , notamment le remboursement à la Caisse nationale des allocations familiales des sommes dues au titre de l'allocation journalière du proche aidant mentionnée à l'article L. 168-8 du code de la sécurité sociale ainsi qu'en application de l'article L. 381-1 du même code, » et, après la référence : « L. 444-1 », sont insérés les mots : « du présent code » ;
- ⑤ 1° L'article L. 14-10-9 est ainsi modifié :
- ⑥ a) Au premier alinéa, après le mot : « alinéa », est insérée la référence : « du VI » ;
- ⑦ b) Au dernier alinéa, après le mot : « au », il est inséré le mot : « présent » ;
- ⑧ c) Il est ajouté un *c* ainsi rédigé :
- ⑨ « c) Dans les deux sous-sections mentionnées au I de l'article L. 14-10-5, une fraction de ces crédits fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale finance l'allocation journalière du proche aidant prévue aux articles L. 168-8 et suivants du code de la sécurité sociale. » ;
- ⑩ 2° Au quatrième alinéa de l'article L. 262-46, après la première occurrence du mot : « titre », sont insérés les mots : « de l'allocation mentionnée à l'article L. 168-8 du code de la sécurité sociale, ».
- ⑪ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑫ 1° À la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 133-4-1, dans sa rédaction résultant du 2° du I de l'article 77 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, après la seconde occurrence du mot : « mentionnées », est insérée la référence : « à l'article L. 168-8, » ;
- ⑬ 2° *(Supprimé)*
- ⑭ 3° Le 1° du II de l'article L. 136-8 est ainsi modifié :
- ⑮ a) Les mots : « ainsi que » sont remplacés par le signe : « , » ;
- ⑯ b) Sont ajoutés les mots : « ainsi que les allocations mentionnées aux articles L. 168-1 et L. 168-8 » ;
- ⑰ 4° Après le chapitre VIII du titre VI du livre I^{er}, il est inséré un chapitre VIII *bis* ainsi rédigé :
- ⑱ « CHAPITRE VIII BIS
« Allocation journalière du proche aidant

- 20 « Art. L. 168-8. – Une allocation journalière du proche aidant est versée dans les conditions prévues aux articles L. 168-9 à L. 168-16 aux personnes qui bénéficient du congé de proche aidant prévu à l'article L. 3142-16 du code du travail. Bénéficiaire également de cette allocation, dans des conditions fixées par décret, les personnes mentionnées à l'article L. 544-8 du présent code ainsi que les agents publics bénéficiant d'un congé de proche aidant.
- 21 « Art. L. 168-9. – Le montant de l'allocation journalière mentionnée à l'article L. 168-8 est défini par décret. Ce montant est majoré selon des modalités fixées par décret lorsque l'aidant est une personne isolée.
- 22 « Ces montants peuvent être modulés selon des modalités fixées par décret lorsque le bénéficiaire du congé de proche aidant fractionne ce congé ou le transforme en période d'activité à temps partiel dans les conditions prévues par l'article L. 3142-20 du code du travail.
- 23 « Le nombre d'allocations journalières versées au bénéficiaire au cours d'un mois civil ne peut être supérieur à un nombre maximal fixé par décret.
- 24 « Le nombre maximal d'allocations journalières versées à un bénéficiaire pour l'ensemble de sa carrière est égal à soixante-six.
- 25 « Art. L. 168-10. – L'allocation journalière n'est pas due lorsque le proche aidant est employé par la personne aidée dans les conditions prévues au deuxième alinéa des articles L. 232-7 ou L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles.
- 26 « L'allocation journalière du proche aidant n'est, en outre, pas cumulable avec :
- 27 « 1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption ;
- 28 « 2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité prévues aux articles L. 623-1 et L. 663-1 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12 du code rural et de la pêche maritime et aux articles L. 5556-9 et L. 5556-10 du code des transports ;
- 29 « 3° L'indemnisation des congés de maladie d'origine professionnelle ou non ou d'accident du travail ;
- 30 « 4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi ;
- 31 « 5° La prestation partagée d'éducation de l'enfant ;
- 32 « 6° Le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçus pour le même enfant, lorsque la personne accompagnée est un enfant dont il assume la charge au sens de l'article L. 512-1 du présent code ;
- 33 « 7° L'allocation aux adultes handicapés ;
- 34 « 8° L'allocation journalière de présence parentale ;
- 35 « 9° L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie ;
- 36 « 10° L'élément de la prestation de compensation mentionné au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles.
- 37 « Toutefois, l'allocation journalière du proche aidant est cumulable en cours de droit avec l'indemnisation mentionnée au 3° du présent article perçue au titre de l'activité exercée à temps partiel.
- 38 « Art. L. 168-11. – L'allocation journalière du proche aidant est servie et contrôlée par les organismes débiteurs des prestations familiales pour le compte de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie contre remboursement, y compris des frais de gestion engagés par ces organismes. Le financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est assuré par la part des crédits mentionnés au c de l'article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles et, pour le solde, par les fonds propres de cette même caisse.
- 39 « Art. L. 168-12. – L'action en paiement de l'allocation mentionnée à l'article L. 168-8 par le bénéficiaire et l'action en recouvrement par l'organisme en cas de versement indu se prescrivent dans les délais prévus à l'article L. 553-1.
- 40 « Art. L. 168-13. – Tout paiement indu d'allocation journalière du proche aidant est récupéré sur les allocations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. À défaut, et sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, l'organisme payeur peut procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues au titre des prestations familiales mentionnées à l'article L. 511-1, de la prime d'activité mentionnée à l'article L. 841-1 du présent code, du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles ou des aides personnelles au logement mentionnées à l'article L. 821-1 du code de la construction et de l'habitation. Ces retenues sont déterminées en application des règles prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 du présent code.
- 41 « Lorsque l'indu notifié ne peut être récupéré sur les prestations mentionnées au premier alinéa du présent article, la récupération peut être opérée, sous les réserves indiquées au même premier alinéa, et si l'assuré n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 553-2, dans les conditions prévues au même avant-dernier alinéa.
- 42 « Les dispositions des quatrième à dernier alinéas de l'article L. 133-4-1 sont applicables au recouvrement des indus mentionnés au présent article.
- 43 « Art. L. 168-14. – Toute réclamation dirigée contre une décision relative à l'allocation journalière du proche aidant prise par un organisme débiteur des prestations familiales fait l'objet, préalablement à l'exercice d'un recours contentieux, d'un recours préalable dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 142-4.
- 44 « Les recours contentieux relatifs aux décisions mentionnées au premier alinéa du présent article relèvent de l'article L. 142-1.
- 45 « Le bénéficiaire de l'allocation journalière du proche aidant est informé, par tout moyen, des modalités de réclamation et de recours décrites aux deux premiers alinéas du présent article.

- 46 « Art. L. 168-15. – Les dispositions relatives aux contrôles et à la lutte contre la fraude prévues aux articles L. 114-9 à L. 114-10-2, L. 114-11 à L. 114-17, L. 114-19, L. 114-20 à L. 114-22 et L. 161-1-4 du présent code sont applicables à l'allocation journalière du proche aidant.
- 47 « Art. L. 168-16. – Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret. » ;
- 48 5° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 355-3, dans sa rédaction résultant du 4° du I de l'article 77 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 précitée, la référence : « à l'article L. 511-1 » est remplacée par les références : « aux articles L. 168-8 et L. 511-1 » ;
- 49 6° Le quatrième alinéa de l'article L. 381-1 est ainsi rédigé :
- 50 « La personne bénéficiaire de l'allocation journalière mentionnée à l'article L. 168-8, à l'exclusion des fonctionnaires bénéficiant d'un congé de proche aidant pris en compte dans le régime spécial de retraite dont ils relèvent, est affiliée à l'assurance vieillesse du régime général. Est également affiliée obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale la personne bénéficiaire du congé de proche aidant mentionné à l'article L. 3142-22 du code du travail pour les périodes pour lesquelles elle ne bénéficie pas de l'allocation journalière mentionnée à l'article L. 168-8 du présent code. Dans ce second cas, l'affiliation est subordonnée à la production de justificatifs, définis par décret. » ;
- 51 7° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 553-2, les mots : « aux titres II et IV » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 168-8 ainsi qu'aux titres II et IV » ;
- 52 8° À la première phrase du cinquième alinéa de l'article L. 815-11, dans sa rédaction résultant du 6° du I de l'article 77 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 précitée, après le mot : « mentionnées », sont insérés les mots : « à l'article L. 168-8, » ;
- 53 9° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 821-5-1, après le mot : « dues, », sont insérés les mots : « soit au titre de l'allocation mentionnée à l'article L. 168-8, » ;
- 54 10° À la seconde phrase du troisième alinéa de l'article L. 845-3, les mots : « par l'article L. 511-1 et par les dispositions du » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 168-8 et L. 511-1 ainsi qu'au ».
- 55 II *bis*. – Au premier alinéa de l'article L. 3142-16 du code du travail, les mots : « ayant au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise » sont supprimés.
- 56 III. – Au plus tard le 1^{er} janvier 2022, le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif à la mise en œuvre de l'allocation journalière du proche aidant. Ce rapport étudie notamment le nombre de bénéficiaires concernés, le nombre de jours consommés ainsi que les éventuelles modifications à apporter à cette allocation, qu'il s'agisse de sa durée, de son montant ou de ses conditions d'attribution. Il s'attache également à analyser l'articulation de cette allocation avec d'autres prestations.
- 57 Ce rapport dresse un état des lieux et établit des recommandations concernant la situation des jeunes aidants en prenant en compte l'ensemble des répercussions dans leur vie quotidienne en matière d'emploi ou d'études ainsi que sur leur vie sociale et leur état de santé.
- 58 Il évalue la pertinence d'une extension du droit au congé dans les jours suivant immédiatement le décès de la personne aidée.
- 59 IV. – Les I et II du présent article s'appliquent aux demandes d'allocation visant à l'indemnisation de jours de congé du proche aidant ou de cessation d'activité postérieurs à une date fixée par décret, et au plus tard au 30 septembre 2020.
- 60 L'article L. 168-13 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du 4° du II du présent article, entre en vigueur à la date fixée par le décret en Conseil d'État prévu à l'article 3 de l'ordonnance n° 2019-765 du 24 juillet 2019 relative au droit de rectification des informations concernant les bénéficiaires des prestations sociales et des minima sociaux en cas de notification d'indus.
- 61 V. – L'ordonnance n° 2019-765 du 24 juillet 2019 relative au droit de rectification des informations concernant les bénéficiaires des prestations sociales et des minima sociaux en cas de notification d'indus est ainsi modifiée :
- 62 1° L'article 1^{er} est ainsi modifié :
- 63 a) Au *b* du 1°, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième » et le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » ;
- 64 b) Aux première et seconde phrases du quatrième alinéa ainsi qu'aux neuvième et onzième alinéas du *c* du même 1°, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « quatrième » ;
- 65 c) Au second alinéa du *b* du 2°, du *c* du 3°, du *b* du 4°, du *c* du 5° et du *b* du 6°, les mots : « troisième à douzième » sont remplacés par les mots : « quatrième à dernier » ;
- 66 d) (*nouveau*) Au *a* des 1° et 2°, aux *a* et *b* du 3°, au *a* du 4°, aux *a* et *b* du 5° et au *a* du 6°, le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » ;
- 67 2° (*nouveau*) L'article 2 est ainsi modifié :
- 68 a) Au 1°, le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » ;
- 69 b) Au second alinéa du 2°, les mots : « troisième à douzième » sont remplacés par les mots : « quatrième à dernier ».
- M. le président.** La parole est à Mme Michelle Gréaume, sur l'article.
- Mme Michelle Gréaume.** Cet article prévoit la création d'une allocation journalière destinée à indemniser les personnes bénéficiant d'un congé de proche aidant.
- Aujourd'hui, quelque 8,3 millions de personnes aidant un proche en perte d'autonomie, et près de la moitié de ces aidants étant des salariés, cet article est le bienvenu. Le congé est en effet jusqu'ici largement sous-utilisé, en raison de l'absence d'indemnisation.

Il est dommage, toutefois, que cette indemnisation soit limitée à trois mois sur l'ensemble de la carrière. En effet, si la durée fixée par les dispositions légales est de trois mois, le congé peut néanmoins être pris, sur l'initiative du salarié, sur une plus longue période, renouvellement compris.

Il serait cohérent que la durée d'indemnisation puisse elle aussi être prolongée, afin que les proches aidants salariés n'aient pas à supporter de baisse de leurs revenus.

C'est là tout le sens des recommandations de notre collègue député Pierre Dharréville, du groupe de la Gauche démocrate et républicaine, rapporteur sur ce sujet d'une mission d'information, qui a livré ses conclusions en janvier 2018, mission prolongée ici même, au Sénat, par notre collègue Jocelyne Guidez, du groupe Union Centriste.

M. le président. L'amendement n° 130 rectifié, présenté par Mme Guidez, M. Henno, Mme C. Fournier, M. Longeot, Mme Vermeillet, M. Kern, Mme Billon, MM. Détraigne, Louault, Delcros, Prince, Lafon, Janssens, P. Martin, Cazabonne, D. Dubois, Morisset et Guerriau, Mme Micouleau, M. Sol, Mmes Thomas et Chain-Larché, MM. Artano et Menonville, Mmes Sittler et Bonfanti-Dossat, M. Fouché, Mme L. Darcos, MM. Chasseing, Rapin et Laménie, Mme Noël et MM. de Nicolaÿ et Wattedled, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 4

Après le mot :

sommes

insérer le mot :

restant

II. – Alinéa 38, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

, après déduction du produit de la taxe mentionnée au II ter de l'article 45 de la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2020

III. – Après l'alinéa 55

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

II ter. – 1. Est perçue une taxe assise sur la prime mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 112-1 du code des assurances, telle qu'elle s'applique aux contrats mentionnés aux articles L. 143-1, L. 144-1 et L. 144-2 du même code et à l'article L. 222-3 du code de la mutualité.

Le taux de cette taxe est fixé à 1,7 %.

Le produit de cette taxe est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale. Son produit est prioritairement affecté au paiement de l'allocation journalière du proche aidant prévue à l'article L. 168-8 du même code. Il vient en déduction des montants remboursés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, tels que prévus à l'article L. 168-11 dudit code.

2. Les modalités d'application du présent II ter sont déterminées par décret en Conseil d'État.

3. Le présent II ter est applicable aux primes émises ou recouvrées à compter d'une date fixée par décret et, au plus tard, le 1^{er} octobre 2020.

La parole est à Mme Jocelyne Guidez.

Mme Jocelyne Guidez. Cet amendement tend à préciser les modalités de financement de l'allocation journalière du proche aidant créée par l'article 45.

L'article 45 du PLFSS pour 2020 prévoit l'indemnisation du congé de proche aidant, *via* la création de l'allocation journalière du proche aidant (AJPA), pendant une durée de soixante-six jours sur l'ensemble de la carrière de l'aidant.

L'AJPA, comme les cotisations vieillesse versées au titre de l'affiliation automatique de ses bénéficiaires à l'assurance vieillesse des parents au foyer, est versée par les organismes débiteurs des prestations familiales pour le compte de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Le Gouvernement estime le coût de cette mesure, en année pleine, à près de 100 millions d'euros.

Néanmoins, l'article 45 prévoit que cette mesure est financée par les fonds propres de la CNSA, sans qu'aucune recette pérenne lui soit spécifiquement affectée. La trajectoire financière des sous-sections visées du budget de la CNSA laisse planer un doute sérieux sur la soutenabilité de la mesure et, partant, sur la sincérité de l'article 45.

Cet amendement vise donc à garantir la sincérité budgétaire de cette mesure, en affectant des fonds pérennes à la branche famille pour le financement de l'AJPA. Si, toutefois, ces fonds se révélaient insuffisants pour couvrir l'intégralité de la dépense d'AJPA, le complément serait alors versé par la CNSA, conformément au mécanisme prévu par l'article 45.

Nous souhaitons enfin que, à l'instar de ce qui a été décidé s'agissant des modalités d'entrée en vigueur de l'article 45 instituant l'AJPA, ces dispositions soient applicables à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} octobre 2020.

Mes chers collègues, l'adoption de cet amendement offrirait au Gouvernement la possibilité de déposer lui-même un amendement tendant à augmenter le nombre maximal d'AJPA versées sur l'ensemble d'une carrière dans le sens attendu par les associations et par les familles.

Libre à vous, madame la secrétaire d'État, de demander une suspension de séance pour rédiger un amendement dont l'objet serait de modifier l'alinéa 24 de l'article 45, en remplaçant les mots « égal à soixante-six » par les mots « fixé par décret et au minimum égal à soixante-six ».

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La question de la pérennité du mode de financement de l'allocation journalière du proche aidant est un vrai sujet.

Les dispositions de cet amendement reprennent le dispositif que nous avons voté dans le cadre de la proposition de loi de Mme Guidez, en mars dernier, qui crée une taxe sur certains contrats d'assurance afin de financer l'allocation.

La commission avait émis, en première lecture, un avis favorable sur cet amendement. Elle maintient cet avis.

Mon avis est donc nettement favorable.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Madame la sénatrice Guidez, permettez-moi de vous remercier de l'engagement qui est le vôtre, et celui de quelques-uns de vos collègues, sur ce sujet.

Il s'agit d'un sujet important ; nous y travaillons nous-mêmes, animés par le souci de trouver les bonnes solutions.

Le financement prévu par le texte du Gouvernement repose sur la CNSA, puisque l'objet même de cette caisse est la prise en charge de l'autonomie.

Prévoir une nouvelle source de financement dédié semble prématuré, alors que le financement global de la dépendance fait l'objet de discussions dans le cadre de la réforme de l'autonomie.

Je comprends votre inquiétude, madame la sénatrice ; nous y répondrons en affectant des ressources pérennes au financement de la dépendance dans le cadre d'un nouveau risque, mais sans passer par la branche famille.

J'émetts donc un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 130 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1 rectifié *bis*, présenté par Mmes Guidez et Doineau, M. Henno, Mmes C. Fournier, Morin-Desailly et Conway-Mouret, MM. D. Laurent, Bonne, Le Nay, Détraigne et Fouché, Mme Berthet, M. Laugier, Mme Vermeillet, MM. Savary, Perrin, Raison, P. Martin et Guerriau, Mmes Puissat, Férat, L. Darcos, Micouleau et N. Delattre, M. Chasseing, Mme Sittler, MM. Kennel et Morisset, Mme Perrot, MM. Kern et Canevet, Mme Malet, MM. Gremillet, Janssens et Houpert, Mme Vullien, M. Allizard, Mmes A. M. Bertrand, Lanfranchi Dorgal, Sollogoub et Joissains, MM. Lafon et Delcros, Mme Loisier, M. Cuypers, Mmes Billon et Kauffmann, MM. Louault, Decool et Bonhomme, Mme Saint-Pé et MM. Bouchet et Adnot, est ainsi libellé :

Alinéa 12

I. – Après l'alinéa 12

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

1° *bis* Le I de l'article L. 136-1-3 est complété par un 15° ainsi rédigé :

« 15° L'allocation journalière du proche aidant prévue à l'article L. 168-8 du code de la sécurité sociale. » ;

II. – Alinéa 16

Rédiger ainsi cet alinéa :

b) Sont ajoutés les mots : « ainsi que l'allocation mentionnée à l'article L. 168-1 » ;

III. – Pour compenser la perte de recettes résultant des I et II, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

VI. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du 1° *bis* et du b du 3° du II du présent article 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.

La parole est à Mme Jocelyne Guidez.

Mme Jocelyne Guidez. L'amendement n° 2056, présenté par le Gouvernement et adopté par l'Assemblée nationale visait à adapter notre droit aux annonces faites dans le cadre de la stratégie de solidarité envers les proches aidants ; dans le même esprit, nous proposons de ne pas soumettre l'allocation journalière du proche aidant aux cotisations sociales.

S'agissant d'une allocation qui ne fait encore l'objet d'aucun versement, cette exonération n'occasionnerait aucune perte de recettes pour le Gouvernement.

Par ailleurs, le produit de cette cotisation n'aurait pas permis de soutenir la politique en faveur des aidants, car il n'était pas reversé à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Ainsi cette mesure favoriserait-elle le recours au congé de proche aidant.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Contrairement à ce qui est indiqué dans l'objet de l'amendement, il est proposé ici de supprimer la soumission de l'allocation journalière du proche aidant à la contribution sociale généralisée, la CSG, et non aux cotisations sociales. La logique selon après laquelle les prestations sont soumises aux prélèvements sociaux n'apparaît donc pas avec évidence.

Ainsi, l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie est soumise à la CSG et à la CRDS, la contribution pour le remboursement de la dette sociale ; l'allocation journalière de présence parentale n'est soumise qu'à la CRDS ; l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est exonérée des deux prélèvements.

Quoi qu'il en soit, il est douteux que les prélèvements effectués sur l'indemnité déterminent à eux seuls le recours au congé.

La commission s'en remet donc, sur cet amendement, à la sagesse du Sénat.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. L'allocation journalière du proche aidant est destinée à compenser une perte de revenus d'activité et revêt à ce titre la qualité de revenu de remplacement.

C'est la raison pour laquelle un taux réduit de CSG de 6,2 % lui est applicable, comme c'est le cas pour l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie ou pour toutes les indemnités journalières et prestations de ce type.

J'émetts donc un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 45, modifié.

(L'article 45 est adopté.)

Article 45 *bis*

① I. – L'article L. 544-6 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

② « Ces montants peuvent être modulés selon des modalités fixées par décret lorsque le bénéficiaire du congé de présence parentale fractionne ce congé ou le transforme en période d'activité à temps partiel dans les conditions prévues à l'article L. 1225-62 du code du travail. »

③ II. – Le paragraphe 2 de la sous-section 2 de la section 4 du chapitre V du titre II du livre II de la première partie du code du travail est ainsi modifié :

- ④ 1° La seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1225-62 est ainsi rédigée : « Le salarié peut, avec l'accord de son employeur, transformer ce congé en période d'activité à temps partiel ou le fractionner. » ;
- ⑤ 2° Le second alinéa de l'article L. 1225-63 est ainsi rédigé :
- ⑥ « Chaque fois qu'il souhaite prendre une demi-journée, un jour ou plusieurs jours de congé, il en informe l'employeur au moins quarante-huit heures à l'avance. En cas de dégradation soudaine de l'état de santé de l'enfant ou en cas de situation de crise nécessitant une présence sans délai du salarié, ce dernier peut bénéficier de ce congé immédiatement. »
- ⑦ II *bis* (nouveau). – La troisième phrase du deuxième alinéa de l'article 40 *bis* de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État est ainsi rédigée : « Le congé de présence parentale peut être fractionné ou pris sous la forme d'un temps partiel. »
- ⑧ II *ter* (nouveau). – La troisième phrase du deuxième alinéa de l'article 60 *sexies* de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale est ainsi rédigée : « Le congé de présence parentale peut être fractionné ou pris sous la forme d'un temps partiel. »
- ⑨ II *quater* (nouveau). – La troisième phrase du deuxième alinéa de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi rédigée : « Le congé de présence parentale peut être fractionné ou pris sous la forme d'un temps partiel. »
- ⑩ III. – Les I et II entrent en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 30 septembre 2020.
- ⑪ Les II *bis*, II *ter* et II *quater* entrent en vigueur à une date fixée par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 30 septembre 2020.

M. le président. L'amendement n° 175, présenté par Mme Guidez, M. Henno et Mmes Dindar et C. Fournier, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par les mots :

ou pour les agents publics bénéficiant du congé de présence parentale par les règles qui les régissent

La parole est à Mme Jocelyne Guidez.

Mme Jocelyne Guidez. Il s'agit d'un amendement de cohérence, monsieur le président.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Avis favorable, monsieur le président.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Avis favorable également.

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

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 45 *bis*, modifié.

(L'article 45 *bis* est adopté.)

Article 46

- ① I. – Le livre IV du code de la sécurité sociale est complété par un titre IX ainsi rédigé :
- ② « TITRE IX
- ③ « INDEMNISATION DES VICTIMES DE PESTICIDES
- ④ « Art. L. 491-1. – Obtiennent, sur demande, dans les conditions prévues au présent titre, une indemnisation en réparation des maladies causées par des pesticides, au sens de la directive 2009/128/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 instaurant un cadre d'action communautaire pour parvenir à une utilisation des pesticides compatible avec le développement durable, faisant ou ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché sur le territoire de la République française :
- ⑤ « 1° Au titre des régimes d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles :
- ⑥ « a) Les assurés relevant des régimes d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles du régime général ou du régime des salariés des professions agricoles ;
- ⑦ « b) Les assurés relevant du régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés des professions agricoles ;
- ⑧ « c) Les assurés relevant du régime d'assurance accidents du code local des assurances sociales en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;
- ⑨ « 2° Au titre de la solidarité nationale :
- ⑩ « a) Les assurés non-salariés des professions agricoles mentionnés au b du 1° ou relevant du c du même 1°, pour le complément d'indemnisation mentionné au onzième alinéa ;
- ⑪ « b) Les anciens exploitants, leurs conjoints et les membres de la famille bénéficiaires d'une pension de retraite agricole prévue aux articles L. 732-18 et L. 732-34 du code rural et de la pêche maritime qui ont cessé leur activité non salariée agricole avant le 1^{er} avril 2002 ;
- ⑫ « c) Les enfants atteints d'une pathologie résultant directement de leur exposition prénatale du fait de l'exposition professionnelle de l'un ou l'autre de leurs parents à des pesticides mentionnés au premier alinéa du présent article.
- ⑬ « Les dispositions du présent titre ne sont applicables aux personnes mentionnées au 1° et aux a et b du 2° que si la maladie mentionnée au premier alinéa présente un caractère professionnel.
- ⑭ « La nature et le montant des prestations et indemnités versées aux personnes mentionnées au 1° et aux a et b du 2° sont, en principe, déterminées selon les règles prévues par le régime de sécurité sociale dont relèvent les intéressés. Toutefois, les personnes mentionnées aux a et b du 2° peuvent obtenir un complément d'indemnisation, dont les modalités de calcul sont déterminées par décret en Conseil d'État, par rapport aux règles fixées par les dispositions qui leur sont applicables du code rural et de la pêche maritime et du code local des assurances sociales en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

- 15 « Les enfants mentionnés au *c* du 2° bénéficient, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, d'une indemnité destinée à réparer leurs dommages corporels.
- 16 « La réparation prévue aux alinéas précédents, qui présente un caractère forfaitaire, ne fait pas obstacle à l'engagement d'une action juridictionnelle, selon les voies de recours de droit commun.
- 17 « *Art. L. 491-2.* – Le fonds institué à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime centralise et instruit les demandes de reconnaissance des maladies professionnelles des personnes mentionnées au 1° et aux *a* et *b* du 2° de l'article L. 491-1 du présent code selon des règles de procédure définies par décret.
- 18 « Il se prononce sur le caractère professionnel de la pathologie du demandeur au regard des conditions posées par les règles applicables au régime de sécurité sociale dont il relève ainsi que sur l'imputabilité de la pathologie aux pesticides mentionnés au premier alinéa du même article L. 491-1 et détermine, le cas échéant, la date de consolidation de son état ainsi que le taux d'incapacité permanente du demandeur.
- 19 « Le fonds transmet aux caisses primaires d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 211-1, aux caisses générales de sécurité sociale mentionnées à l'article L. 752-4 du présent code, aux caisses de mutualité sociale agricole mentionnées à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime et aux caisses d'assurance accidents agricoles mentionnées à l'article L. 761-20 du même code sa décision portant sur les points mentionnés au deuxième alinéa du présent article afin qu'elles procèdent à la liquidation des prestations et indemnités d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, en tenant compte, pour les personnes mentionnées aux *a* et *b* du 2° de l'article L. 491-1 du présent code, du complément d'indemnisation mentionné au onzième alinéa du même article L. 491-1.
- 20 « *Art. L. 491-3.* – Le fonds institué à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime instruit les demandes relatives aux enfants mentionnés au *c* du 2° de l'article L. 491-1 du présent code et se prononce sur leur droit à réparation au titre de la solidarité nationale.
- 21 « Il appartient au demandeur ou à son représentant légal de produire des éléments de nature à établir l'exposition à des pesticides et à justifier de son état de santé.
- 22 « Le fonds procède ou fait procéder, afin notamment d'apprécier si le lien de causalité entre l'exposition et la pathologie est établi, à toutes investigations et expertises utiles sans que puisse lui être opposé le secret professionnel ou le secret des affaires. Dans les six mois à compter de la réception d'une demande d'indemnisation, le fonds présente au demandeur une offre d'indemnisation mentionnant l'évaluation retenue pour chacune des prestations auxquelles l'intéressé peut prétendre, après déduction des indemnités qui lui reviennent compte tenu des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation et des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. À défaut de consolidation de l'état de la victime, l'offre présentée par le fonds a un caractère provisionnel. Le fonds présente une offre dans les mêmes conditions en cas d'aggravation de l'état de santé de la victime.
- 23 « *Art. L. 491-4.* – Le demandeur informe le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime des autres procédures relatives à l'indemnisation des préjudices définis à l'article L. 491-1 du présent code qu'il a engagées. Si une action en justice est intentée, il informe le juge ou la commission de la saisine du fonds.
- 24 « Le fonds peut requérir de tout service de l'État, de toute collectivité publique, de tout organisme assurant la gestion des prestations sociales et de tout organisme assureur susceptibles de réparer tout ou partie du préjudice la communication des renseignements relatifs à l'exécution de leurs obligations éventuelles.
- 25 « Les renseignements ainsi recueillis ne peuvent être utilisés à d'autres fins que l'instruction de la demande faite au fonds d'indemnisation et leur divulgation est interdite. Les personnes qui ont à connaître des documents et informations fournis au fonds sont tenues au secret professionnel.
- 26 « Le demandeur peut obtenir la communication de son dossier, dans le respect des dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique et sous réserve du secret des affaires.
- 27 « *Art. L. 491-5.* – En ce qui concerne les demandes présentées par les personnes mentionnées au 1° et aux *a* et *b* du 2° de l'article L. 491-1, les règles de droit commun du contentieux prévu par le régime de sécurité sociale dont relève le demandeur sont applicables sous réserve, le cas échéant, des adaptations fixées par décret en Conseil d'État.
- 28 « En ce qui concerne les demandes relatives aux enfants mentionnés au *c* du 2° du même article L. 491-1, le demandeur ne dispose du droit d'action en justice contre le fonds d'indemnisation que si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans le délai mentionné au dernier alinéa de l'article L. 491-3 ou s'il n'a pas accepté l'offre qui lui a été faite. Cette action est engagée devant la cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du demandeur.
- 29 « *Art. L. 491-6.* – Le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime est subrogé, à due concurrence des sommes versées, dans les droits que possède le demandeur contre la personne responsable du dommage ainsi que contre les personnes et organismes tenus à un titre quelconque d'en assurer la réparation totale ou partielle dans la limite du montant des indemnités à la charge de ces personnes.
- 30 « Le fonds peut intervenir au soutien du demandeur devant les juridictions civiles, y compris celles du contentieux de la sécurité sociale, devant les juridictions de jugement en matière répressive, y compris pour la première fois en cause d'appel, en cas de constitution de partie civile du demandeur contre le ou les responsables des préjudices ainsi que devant la juridiction administrative. Il peut intervenir à titre principal et user de toutes les voies de recours ouvertes par la loi, y compris celles prévues aux articles L. 376-1 et L. 454-1 du présent code.

- 31 « Si le fait générateur du dommage a donné lieu à des poursuites pénales, le juge civil n'est pas tenu de surseoir à statuer jusqu'à décision définitive de la juridiction répressive.
- 32 « Art. L. 491-7. – Pour les enfants mentionnés au c du 2° de l'article L. 491-1, le droit à indemnisation par le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime se prescrit par dix ans à compter de la consolidation du dommage. »
- 33 II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- 34 1° L'article L. 253-8-2 est ainsi modifié :
- 35 a) À la première phrase du IV, le taux : « 0,3 % » est remplacé par le taux : « 3,5 % ».
- 36 b) Le VI est ainsi rédigé :
- 37 « VI. – Le produit de la taxe est affecté :
- 38 « 1° À l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, à hauteur du plafond fixé au I de l'article 46 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, pour financer la mise en place du dispositif de phytopharmacovigilance défini à l'article L. 253-8-1 du présent code et pour améliorer la prise en compte des préjudices en lien direct avec l'utilisation des produits phytopharmaceutiques ;
- 39 « 2° Au fonds d'indemnisation des victimes de pesticides mentionné à l'article L. 723-13-3, aux fins de la prise en charge par celui-ci des réparations versées aux personnes mentionnées au 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale ainsi que du complément d'indemnisation mentionné au onzième alinéa du même article L. 491-1, pour sa part restante. » ;
- 40 2° La sous-section 2 de la section 1 du chapitre III du titre II du livre VII est complétée par un article L. 723-13-3 ainsi rédigé :
- 41 « Art. L. 723-13-3. – Il est créé, au sein de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole mentionnée à l'article L. 723-11, un fonds d'indemnisation des victimes de pesticides ayant pour objet la réparation des dommages subis par les victimes mentionnées à l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale. Le fonds comprend un conseil de gestion. Il est représenté à l'égard des tiers par le directeur de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole. La mutualité sociale agricole met à disposition du fonds les moyens nécessaires à l'exercice de ses missions.
- 42 « Le fonds enregistre en recettes :
- 43 « 1° Le produit de la taxe prévue à l'article L. 253-8-2 du présent code pour la part mentionnée au 2° du VI du même article L. 253-8-2 ;
- 44 « 2° Une contribution, dont le montant est défini selon des modalités fixées par décret, de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale, destinée à couvrir les dépenses du fonds engagées au titre des assurés relevant de ce régime ;
- 45 « 3° Une contribution, dont le montant est défini selon des modalités fixées par décret, du régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés des professions agricoles mentionné à l'article L. 752-1, destinée à couvrir les dépenses du fonds engagées au titre des assurés relevant de ce régime ;
- 46 « 4° Une contribution, dont le montant est défini selon des modalités fixées par décret, du régime d'assurance accidents du code local des assurances sociales en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, destinée à couvrir les dépenses du fonds engagées au titre des assurés agricoles relevant de ce régime ;
- 47 « 5° Les sommes perçues en application de l'article L. 491-6 du code de la sécurité sociale ;
- 48 « 6° Les produits divers, dons et legs dont le fonds peut bénéficier.
- 49 « Le fonds enregistre en dépenses :
- 50 « a) La prise en charge des indemnités mentionnées au titre IX du livre IV du code de la sécurité sociale ;
- 51 « b) Les frais de fonctionnement du fonds et ceux liés à sa gestion.
- 52 « Les dépenses et les recettes du fonds sont retracées dans les comptes du régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des salariés des professions agricoles mentionné à l'article L. 751-1 du présent code. Si les recettes enregistrées par le fonds ne lui permettent pas d'assurer la couverture des dépenses correspondantes, l'équilibre financier de celui-ci est assuré par l'attribution à due concurrence d'une part du produit des cotisations mentionnées à l'article L. 751-13.
- 53 « Un décret en Conseil d'État définit les règles d'organisation et de fonctionnement du fonds ainsi que la composition et les compétences du conseil de gestion mentionné au premier alinéa du présent article. »
- 54 III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.
- 55 Par dérogation, pour les demandes présentées au fonds en 2020, le délai de six mois prévu au dernier alinéa de l'article L. 491-3 du code de la sécurité sociale est porté à douze mois.
- 56 IV. – Par dérogation aux délais de dépôt des demandes de réparation prévues par les dispositions relatives aux régimes agricoles obligatoires d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles ou au régime général d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles qui leur sont applicables, peuvent saisir le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime jusqu'au 31 décembre 2021 :
- 57 1° Les personnes mentionnées au 1° et au a du 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale dont le premier certificat médical les informant du lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides leur a été délivré entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2019 ;
- 58 2° Les personnes mentionnées au b du même 2° dont le premier certificat médical les informant du lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides leur a été délivré avant le 31 décembre 2019.
- 59 Par dérogation à l'article L. 491-7 du code de la sécurité sociale, les personnes mentionnées au c du 2° de l'article L. 491-1 du même code pour lesquelles la date

de consolidation de l'état de santé est antérieure à dix ans au 31 décembre 2019 peuvent saisir le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime jusqu'au 31 décembre 2021, quelle que soit la date de cette consolidation.

- 60 V. – Au plus tard le 30 septembre 2020, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant les conséquences quant au périmètre des personnes bénéficiaires du fonds prévu au présent article de la définition des pesticides retenue par rapport à celle définie aux tableaux 58 et 59 du tableau des maladies professionnelles.

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

L'amendement n° 9 rectifié est présenté par Mme Bonnefoy, MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigalas, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérít-Débat, Mmes Blondin et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mme Lepage, M. Lurel, Mmes Monier, Perol-Dumont, Prévillle et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

L'amendement n° 30 est présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Rédiger ainsi cet article :

I. – Après le chapitre III du titre V du livre II du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un chapitre ainsi rédigé :

« Chapitre ...

« Dispositions relatives à la réparation intégrale des préjudices directement causés par l'utilisation des produits phytopharmaceutiques

« Section 1

« Réparation des divers préjudices

« *Art. L. 253-19.* – Peuvent obtenir la réparation intégrale de leurs préjudices :

« 1° Les personnes qui ont obtenu la reconnaissance, au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité, d'une maladie professionnelle occasionnée par les produits phytopharmaceutiques mentionnés à l'article L. 253-1 ;

« 2° Les enfants atteints d'une pathologie résultant directement de leur exposition prénatale du fait de l'exposition professionnelle de l'un ou l'autre de leurs parents à des produits phytopharmaceutiques mentionnés au même article L. 253-1.

« Section 2

« Fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques

« *Art. L. 253-20.* – Il est créé un fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques, personne morale de droit privé. Il groupe toutes les sociétés ou caisses d'assurances et de réassurances mutuelles agricoles.

« Ce fonds a pour mission de réparer les préjudices définis à l'article L. 253-19. Il est représenté à l'égard des tiers par son directeur.

« *Art. L. 253-21.* – Le demandeur ou son représentant légal justifient de l'exposition à des produits phytopharmaceutiques et de l'atteinte à l'état de santé de la victime. Il informe le fonds des autres procédures relatives à l'indemnisation des préjudices définis au présent article éventuellement en cours. Si une action en justice est intentée, il en informe le juge de la saisine du fonds.

« En l'absence de déclaration préalable par la victime, le fonds transmet sans délai le dossier à l'organisme concerné au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité. Cette transmission vaut déclaration de maladie professionnelle. Elle suspend le délai prévu à la première phrase du premier alinéa de l'article L. 253-22 jusqu'à ce que l'organisme concerné communique au fonds les décisions prises. En tout état de cause, l'organisme saisi dispose pour prendre sa décision d'un délai de trois mois, renouvelable une fois si une enquête complémentaire est nécessaire. Faute de décision prise par l'organisme concerné dans ce délai, le fonds statue dans un délai de trois mois.

« Le fonds examine si les conditions d'indemnisation sont réunies. Il recherche les circonstances de l'exposition aux produits phytopharmaceutiques et ses conséquences sur l'état de santé de la victime ; il procède ou fait procéder à toutes investigations et expertises utiles sans que puisse lui être opposé le secret professionnel ou le secret des affaires.

« Au sein du fonds, une commission médicale indépendante se prononce sur l'existence d'un lien entre l'exposition aux produits phytopharmaceutiques et la survenue de la pathologie. Sa composition est fixée par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, des outre-mer et de l'agriculture.

« Vaut justification de l'exposition à des produits phytopharmaceutiques la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par ces produits au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité.

« Vaut également justification du lien entre l'exposition à des produits phytopharmaceutiques et le décès la décision de prise en charge de ce décès au titre d'une maladie professionnelle occasionnée par des produits phytopharmaceutiques en application de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité.

« Dans les cas valant justification de l'exposition aux produits phytopharmaceutiques mentionnés aux deux alinéas précédents, le fonds peut verser une provision si la demande lui en a été faite. Il est statué dans le délai d'un mois à compter de la demande de provision.

« Le fonds peut demander à tout service de l'État, collectivité publique, organisme assurant la gestion des prestations sociales, organisme assureur susceptibles de réparer tout ou partie du préjudice, la communication des renseignements relatifs à l'exécution de leurs obligations éventuelles.

« Les renseignements ainsi recueillis ne peuvent être utilisés à d'autres fins que l'instruction de la demande faite au fonds d'indemnisation et leur divulgation est interdite. Les personnes qui ont à connaître des documents et informations fournis au fonds sont tenues au secret professionnel.

« Le demandeur peut obtenir la communication de son dossier, sous réserve du respect du secret médical, du secret professionnel et du secret des affaires.

« *Art. L. 253-22.* – Dans les neuf mois à compter de la réception d'une demande d'indemnisation, le fonds présente au demandeur une offre d'indemnisation. Il indique l'évaluation retenue pour chaque chef de préjudice, ainsi que le montant des indemnités qui lui reviennent compte tenu des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. À défaut de consolidation de l'état de la victime, l'offre présentée par le fonds a un caractère provisionnel.

« Le fonds présente une offre dans les mêmes conditions en cas d'aggravation de l'état de santé de la victime.

« L'offre définitive est faite dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle le fonds a été informé de cette consolidation.

« Le paiement doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la réception par le fonds de l'acceptation de son offre par la victime, que cette offre ait un caractère provisionnel ou définitif.

« L'acceptation de l'offre ou la décision juridictionnelle définitive rendue dans l'action en justice prévue à l'article L. 253-23 vaut désistement des actions juridictionnelles en indemnisation en cours et rend irrecevable toute autre action juridictionnelle future en réparation du même préjudice. Il en va de même des décisions juridictionnelles devenues définitives allouant une indemnisation intégrale pour les conséquences de l'exposition à des produits phytopharmaceutiques.

« *Art. L. 253-23.* – Le demandeur ne dispose du droit d'action en justice contre le fonds d'indemnisation que si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans le délai mentionné à la première phrase du premier alinéa de l'article L. 253-22 ou s'il n'a pas accepté l'offre qui lui a été faite.

« Cette action est intentée devant la cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du demandeur.

« *Art. L. 253-24.* – Le fonds est subrogé, à due concurrence des sommes versées, dans les droits que possède le demandeur contre la personne responsable du dommage ainsi que contre les personnes ou organismes tenus à un titre quelconque d'en assurer la réparation totale ou partielle dans la limite du montant des prestations à la charge desdites personnes.

« Le fonds intervient devant les juridictions civiles, y compris celles du contentieux de la sécurité sociale, notamment dans les actions en faute inexcusable, et devant les juridictions de jugement en matière répressive, même pour la première fois en cause d'appel, en cas de constitution de partie civile du demandeur contre le ou les responsables des préjudices. Il intervient à titre principal et peut user de toutes les voies de recours ouvertes par la loi.

« Si le fait générateur du dommage a donné lieu à des poursuites pénales, le juge civil n'est pas tenu de surseoir à statuer jusqu'à décision définitive de la juridiction répressive.

« La reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur, à l'occasion de l'action à laquelle le fonds est partie, ouvre droit à la majoration des indemnités versées à la victime en application de la législation de sécurité sociale. L'indemnisation à la charge du fonds est révisée en conséquence.

« *Art. L. 253-25.* – Le fonds est financé par :

« 1° L'affectation d'une fraction du produit de la taxe prévue à l'article L. 253-8-2 ;

« 2° Une contribution de l'État prenant la forme d'une affectation de recettes dans des conditions et montants fixés chaque année par la loi de finances ;

« 3° Les sommes perçues en application de l'article L. 253-24 ;

« 4° Les produits divers, dons et legs.

« *Art. L. 253-26.* – Les demandes d'indemnisation doivent être adressées au fonds dans un délai de dix ans.

« Pour les victimes, le délai de prescription commence à courir à compter de :

« – pour la maladie initiale, la date du premier certificat médical établissant le lien entre la maladie et l'exposition aux produits phytopharmaceutiques ;

« – pour l'aggravation de la maladie, la date du premier certificat médical constatant cette aggravation dès lors qu'un certificat médical précédent établissait déjà le lien entre cette maladie et une exposition aux produits phytopharmaceutiques.

« *Art. L. 253-27.* – L'activité du fonds fait l'objet d'un rapport annuel remis au Gouvernement et au Parlement avant le 30 avril.

« Les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'État. »

II. – Le VI de l'article L. 253-8-2 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rédigé :

« VI. – Le produit de la taxe est affecté :

« 1° En priorité, à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, dans la limite du plafond fixé au I de l'article 46 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, pour financer la mise en place du dispositif de phytopharmacovigilance défini à l'article L. 253-8-1 du présent code et pour améliorer la prise en compte des préjudices en lien direct avec l'utilisation des produits phytopharmaceutiques ;

« 2° Pour le solde, au Fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques. »

III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Par dérogation, pour les demandes présentées au fonds en 2020 en application du 2° de l'article L. 253-19 du code rural et de la pêche maritime, le délai prévu à la première phrase du premier alinéa de l'article L. 253-22 du même code est porté à douze mois.

La parole est à Mme Michelle Meunier, pour présenter l'amendement n° 9 rectifié.

Mme Michelle Meunier. Cet amendement du groupe socialiste vise à reprendre le dispositif, que nous avons proposé en première lecture, tendant à instituer un fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques, et à le compléter par les dispositions proposées par la commission des affaires sociales.

Cet amendement transpartisan a en effet pour objet de réécrire l'intégralité de l'article 46, afin de reprendre le contenu de la proposition de loi portant création d'un fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques déposée par Nicole Bonnefoy et le groupe socialiste du Sénat et adoptée ici même à l'unanimité le 1^{er} février 2018, ce contenu étant ensuite repris et de nouveau adopté par le Sénat dans le cadre du projet de loi de finances pour 2019.

Ce fonds permettrait la prise en charge de la réparation intégrale des préjudices subis par les personnes atteintes de maladies liées à l'utilisation des produits phytopharmaceutiques.

Serait en effet créé un fonds d'indemnisation abondé par les fabricants de ces produits. Je précise que les dispositions de cet amendement incluent l'indemnisation des enfants touchés *in utero* et prévoient une participation de l'État au financement du fonds.

Les auteurs de cet amendement estiment, comme les associations de victimes, que le dispositif proposé par le Gouvernement n'est pas suffisant ; il prévoit en effet une simple extension du régime de prise en charge des maladies professionnelles aux agriculteurs salariés et non-salariés, ainsi qu'une prise en charge « forfaitaire » qui n'assurera pas une réparation intégrale des préjudices subis.

Il s'agit donc de proposer sous une forme unique un dispositif complet.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur général, pour présenter l'amendement n° 30.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il est défendu, monsieur le président.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Madame la sénatrice Meunier, je vous remercie pour l'important travail que vous avez conduit sur ce sujet. Il est évident que nos approches respectives diffèrent, et je ne reviendrai pas point par point sur ces divergences.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

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

Mme Laurence Cohen. Je regrette l'avis défavorable émis par Mme la secrétaire d'État. Notre groupe tient à saluer la création de ce fonds d'indemnisation des victimes : il s'agit véritablement d'un premier pas ; et, justement, l'adoption des amendements identiques qui viennent d'être présentés permettrait de consolider ce dispositif et d'aller jusqu'au bout de sa logique.

C'est important : quelles que soient nos sensibilités politiques, nous ne pouvons que souscrire, tous autant que nous sommes, à ces deux amendements identiques, dont l'objet est de conforter un dispositif qui est dans l'intérêt des victimes.

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote.

Mme Nathalie Goulet. Nous avons déjà voté plusieurs fois les dispositions de ces amendements ; persistons et signons !

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

M. Gérard Dériot. Madame la secrétaire d'État, j'ai du mal à comprendre pourquoi vous choisissez d'émettre, sur ces deux amendements identiques, un avis défavorable. Ils sont bel et bien parfaitement identiques, nonobstant le petit *bug* qui s'était produit en première lecture, avant d'être rattrapé.

Tout le monde reconnaît que la création de ce fonds d'indemnisation est une bonne chose ; en y ajoutant une définition des différents types de demandeurs auxquels s'adresse ce fonds, les auteurs de ces amendements font, me semble-t-il, œuvre consensuelle.

Je ne comprends donc pas vraiment, dans cette affaire, la position du Gouvernement, qui a pourtant été à l'origine de la création du fonds. C'est quelque peu incompréhensible !

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 9 rectifié et 30.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, l'article 46 est ainsi rédigé, et les amendements n° 181 rectifié, 80 rectifié *bis*, 166 et 182 rectifié n'ont plus d'objet.

Article 47

① Le III *bis* de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi rétabli :

② « III *bis*. – Le fonds peut financer les dépenses d'investissement des établissements mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles dans la limite des crédits qui lui sont affectés en application du II de l'article 49 de la loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 de finances pour 2006. » – *(Adopté.)*

Chapitre II

LUTTER CONTRE LA REPRODUCTION DES
INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES**Article 48**

- ① I. – Le code civil est ainsi modifié :
- ② 1° L'article 373-2-2 est ainsi modifié :
- ③ a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ④ b) Les deuxième à dernier alinéas sont remplacés par quinze alinéas ainsi rédigés :
- ⑤ « Les modalités et les garanties de cette pension alimentaire sont fixées par :
- ⑥ « 1° Une décision judiciaire ;
- ⑦ « 2° Une convention homologuée par le juge ;
- ⑧ « 3° Une convention de divorce ou de séparation de corps par consentement mutuel selon les modalités prévues à l'article 229-1 ;
- ⑨ « 4° Un acte reçu en la forme authentique par un notaire ;
- ⑩ « 5° Une convention à laquelle l'organisme débiteur des prestations familiales a donné force exécutoire en application de l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale.
- ⑪ « Il peut être notamment prévu le versement de la pension alimentaire par virement bancaire ou par tout autre moyen de paiement.
- ⑫ « Cette pension peut en tout ou partie prendre la forme d'une prise en charge directe de frais exposés au profit de l'enfant ou être, en tout ou partie, servie sous forme d'un droit d'usage et d'habitation.
- ⑬ « II. – Lorsque la pension est fixée en tout ou partie en numéraire, son versement par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales au parent créancier peut être prévu pour la part en numéraire, dans les conditions et selon les modalités prévues au chapitre II du titre VIII du livre V du code de la sécurité sociale et par le code de procédure civile, dans les cas suivants :
- ⑭ « 1° Sur décision du juge, même d'office, lorsque le parent débiteur a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant, ou lorsque de telles menaces ou violences sont mentionnées dans une décision de justice concernant le parent débiteur ;
- ⑮ « 2° Sur décision du juge, lorsqu'au moins un des parents en fait la demande ;
- ⑯ « 3° Sur accord des parents mentionné dans l'un des titres mentionnés aux 2° à 5° du I.
- ⑰ « Sauf lorsque l'intermédiation a été ordonnée dans les conditions du 1° du présent II, il peut être mis fin à l'intermédiation sur demande de l'un des parents adressée à l'organisme débiteur des prestations familiales, sous réserve du consentement de l'autre parent.
- ⑱ « Dans les cas mentionnés aux 3° à 5° du I, la date de paiement et les modalités de revalorisation annuelle du montant de la pension versée par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales respectent des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Il en est de même dans le cas mentionné au 2° du même I, sauf lorsque la convention homologuée comporte des stipulations relatives au paiement de la pension ou à sa revalorisation ou a expressément exclu cette dernière.
- ⑲ « Un décret en Conseil d'État précise également les éléments strictement nécessaires, au regard de la nécessité de protéger la vie privée des membres de la famille, au versement de la pension par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales que les greffes, les avocats et les notaires sont tenus de transmettre aux organismes débiteurs des prestations familiales en sus des extraits exécutoires des décisions mentionnées au 1° du I ou des copies exécutoires des conventions et actes mentionnés aux 2° à 4° du même I, ainsi que les modalités de leur transmission. » ;
- ⑳ 2° L'article 373-2-3 est ainsi modifié :
- ㉑ a) Les mots : « sous les modalités et garanties prévues par la convention homologuée ou par le juge, » sont supprimés ;
- ㉒ b) Sont ajoutés les mots : « , sous les modalités et garanties prévues par la décision, l'acte ou la convention mentionnés aux 1° à 5° du I de l'article 373-2-2 » ;
- ㉓ 3° L'article 373-2-6 est ainsi modifié :
- ㉔ a) À la fin de la deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « la convention de divorce par consentement mutuel » sont remplacés par les mots : « l'un des titres mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article 373-2-2 » ;
- ㉕ b) Au dernier alinéa, les mots : « d'une décision, d'une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire ou d'une convention homologuée fixant les modalités d'exercice de l'autorité parentale » sont remplacés par les mots : « de l'un des titres mentionnés aux 1° à 5° du I de l'article 373-2-2 ».
- ㉖ II. – L'article L. 821-6 du code de la construction et de l'habitation est complété par un 3° ainsi rédigé :
- ㉗ « 3° Pour le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3 du code de la sécurité sociale dues par le bénéficiaire, selon les modalités prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 du même code. »
- ㉘ III. – Le code pénal est ainsi modifié :
- ㉙ 1° Au premier alinéa de l'article 227-3, les mots : « , une convention judiciairement homologuée ou une convention prévue à l'article 229-1 » sont remplacés par les mots : « ou l'un des titres mentionnés aux 2° à 5° du I de l'article 373-2-2 » ;
- ㉚ 2° À l'article 227-4, après le mot : « créancier », sont insérés les mots : « ou à l'organisme débiteur des prestations familiales lorsque le versement de la pension fait l'objet d'une intermédiation financière dans les conditions prévues à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, ».
- ㉛ IV. – Le code des procédures civiles d'exécution est ainsi modifié :

- 32 1° Au 4° *bis* de l'article L. 111-3, après le mot : « divorce », sont insérés les mots : « ou à leur séparation de corps » et le mot : « contresignée » est remplacé par le mot : « contresigné » ;
- 33 2° À l'article L. 161-3, après le mot : « judiciaire », sont insérés les mots : « , d'une convention ou d'un acte mentionnés aux 2° à 5° du I de l'article 373-2-2 du code civil ayant force exécutoire » ;
- 34 3° L'article L. 213-1 est ainsi modifié :
- 35 a) Après le 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :
- 36 « 1° *bis* Une convention homologuée par le juge ; »
- 37 b) Le 2° est ainsi rédigé :
- 38 « 2° Un accord par lequel les époux consentent mutuellement à leur divorce ou à leur séparation de corps par acte sous signature privée contresigné par avocats, déposé au rang des minutes d'un notaire selon les modalités prévues à l'article 229-1 du code civil ; »
- 39 c) Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé :
- 40 « 4° Une convention rendue exécutoire dans les conditions prévues à l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale. » ;
- 41 4° Le dernier alinéa de l'article L. 213-4 est ainsi rédigé :
- 42 « Par dérogation aux deuxième et troisième alinéas, lorsqu'un organisme débiteur de prestations familiales agit pour le compte d'un créancier d'aliments, la procédure de paiement direct est applicable aux termes échus de la pension alimentaire dans la limite des vingt-quatre derniers mois avant la notification de la demande de paiement direct. Dans ce cas, le règlement de ces sommes s'effectue sur une période maximale de vingt-quatre mois dans des conditions définies par décret en conseil d'État. »
- 43 V. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- 44 1° Le IV de l'article L. 523-1 est ainsi modifié :
- 45 a) Au 1°, après le mot : « divorce », sont insérés les mots : « ou à leur séparation de corps » ;
- 46 b) Il est ajouté un 4° ainsi rédigé :
- 47 « 4° Une convention homologuée par le juge »
- 48 2° Le I de l'article L. 553-4 est ainsi modifié :
- 49 a) Au deuxième alinéa, les mots : « dans la limite d'un montant mensuel déterminé dans les conditions » sont remplacés par les mots : « selon les modalités » ;
- 50 b) Au 1°, après le mot : « enfants », sont insérés les mots : « ou le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3 » ;
- 51 c) Après le 2°, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- 52 « Dans le cas prévu au 1°, le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3 est opéré par priorité sur celles d'autres créanciers.
- 53 « Lorsque le parent débiteur est bénéficiaire de prestations familiales, le paiement de la pension alimentaire, dans le cadre de l'intermédiation financière prévue à l'article L. 582-1, peut être opéré sur celles-ci avec son accord. » ;
- 54 3° L'article L. 581-8 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- 55 « Pour permettre le recouvrement des créances alimentaires impayées, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales peut transmettre au créancier les renseignements dont il dispose relatifs à l'adresse et à la solvabilité du débiteur défaillant, sans pouvoir opposer le secret professionnel. » ;
- 56 4° L'article L. 582-1 est ainsi rédigé :
- 57 « *Art. L. 582-1. – I. –* Les organismes débiteurs des prestations familiales sont chargés de l'intermédiation financière des pensions alimentaires mentionnées à l'article 373-2-2 du code civil dans les conditions et selon les modalités suivantes.
- 58 « Cette intermédiation est mise en œuvre :
- 59 « 1° Dans les conditions définies au II du même article 373-2-2, lorsqu'elle est prévue par un titre mentionné au même II ;
- 60 « 2° À défaut, à la demande d'au moins l'un des deux parents, lorsqu'un titre mentionné au I de l'article 373-2-2 du code civil fixe la pension alimentaire en tout ou partie à un montant numéraire, pour la part en numéraire.
- 61 « Elle est mise en œuvre sous réserve que les conditions suivantes soient remplies :
- 62 « a) Le parent créancier remplit la condition de stabilité de résidence et de régularité du séjour prévue à l'article L. 512-1 ;
- 63 « b) Le parent débiteur remplit la condition de stabilité de résidence prévue au même article L. 512-1 ;
- 64 « c) Le parent débiteur n'est pas considéré comme hors d'état de faire face au versement de la contribution à l'entretien et l'éducation de l'enfant au sens du 3° du I de l'article L. 523-1, hors le cas où cette qualification repose sur un motif ayant conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil.
- 65 « Sauf décision judiciaire contraire, la pension versée par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales est revalorisée chaque année, encaissée et reversée à des dates et selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État.
- 66 « II. – Le parent créancier et le parent débiteur sont tenus de transmettre à l'organisme débiteur des prestations familiales les informations nécessaires à l'instruction et à la mise en œuvre de l'intermédiation financière et de l'informer de tout changement de situation ayant des conséquences sur cette mise en œuvre.
- 67 « Fait l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales, le refus du parent débiteur ou le silence gardé par lui de transmettre les informations mentionnées au premier alinéa du présent II.
- 68 « Les délais de transmission des informations mentionnées au même premier alinéa, la procédure contradictoire applicable ainsi que le montant de la pénalité, qui ne peut excéder le montant de la base mensuelle de calcul des allocations familiales fixé en application de l'article L. 551-1, et ses modalités de recouvrement sont fixés par décret.

- 69 « En cas de silence gardé par le parent débiteur ou de refus de déférer à la demande de transmission de tout ou partie des informations sollicitées dans un délai fixé par décret, la pension alimentaire est recouvrée dans les conditions prévues aux articles L. 581-1 à L. 581-10.
- 70 « III. – Le parent débiteur est déchargé de l'obligation de verser la pension alimentaire entre les mains du parent créancier à compter de la date de mise en œuvre effective de l'intermédiation financière qui lui est notifiée par l'organisme débiteur des prestations familiales et tant que celle-ci est mise en œuvre.
- 71 « IV. – Lorsqu'elle est mise en œuvre en application du 2° du I, l'intermédiation financière emporte mandat du parent créancier au profit de l'organisme débiteur des prestations familiales de procéder pour son compte au recouvrement de la créance alimentaire.
- 72 « Lorsque le parent créancier est bénéficiaire de l'allocation de soutien familial, l'organisme débiteur des prestations familiales est subrogé dans les droits du créancier selon les modalités propres à cette prestation.
- 73 « V. – Lorsque le débiteur opte pour un prélèvement bancaire, l'organisme bancaire est tenu d'aviser l'organisme débiteur des prestations familiales de la clôture du compte du débiteur ou de l'insuffisance de provision de ce compte dans des conditions fixées par décret.
- 74 « VI. – En cas de défaut de versement de tout ou partie de la créance alimentaire par le parent débiteur à l'organisme débiteur des prestations familiales assurant l'intermédiation, la créance fait l'objet d'un recouvrement par cet organisme dès le premier impayé de la créance alimentaire selon toutes procédures appropriées.
- 75 « Le créancier est tenu de rembourser directement à l'organisme débiteur des prestations familiales les montants de pension alimentaire versés à tort par son intermédiaire.
- 76 « VII. – L'intermédiation financière cesse :
- 77 « 1° En cas de décès de l'un ou de l'autre parent ou de l'enfant ;
- 78 « 2° À la date de fin de l'intermédiation financière fixée dans le titre qui la prévoit ;
- 79 « 3° Lorsqu'un nouveau titre porté à la connaissance de l'organisme débiteur des prestations familiales a supprimé la pension alimentaire ou mis fin à son intermédiation par l'organisme débiteur des prestations familiales ;
- 80 « 4° Sur demande d'un parent et sous réserve du consentement donné par l'autre parent, y compris lorsque l'intermédiation financière est prévue dans un titre exécutoire, sauf dans le cas prévu au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil.
- 81 « La qualification du parent débiteur comme étant hors d'état de faire face à son obligation de versement de la pension alimentaire emporte la suspension de l'intermédiation financière, sauf lorsque cette qualification repose sur un motif ayant conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil.
- 82 « VIII. – L'organisme compétent auquel incombe la demande de paiement est celui du lieu de résidence du parent créancier.
- 83 « La mission d'intermédiation financière ou de délivrance des titres exécutoires peut être confiée à un autre organisme débiteur des prestations familiales selon les modalités prévues à l'article L. 122-6 du présent code.
- 84 « IX. – Les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent se prévaloir des articles L. 152-1 et L. 152-2 du code des procédures civiles d'exécution et du 2° de l'article L. 152 A du livre des procédures fiscales pour l'exercice de la mission qui leur est confiée en vue de l'intermédiation financière. » ;
- 85 5° Au 1° de l'article L. 582-2, les mots : « et 2° » sont remplacés par les mots : « , 2° et 4° » ;
- 86 6° Le premier alinéa de l'article L. 821-5 est ainsi modifié :
- 87 a) La deuxième phrase est complétée par les mots : « et pour le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3, selon les modalités prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 » ;
- 88 b) À la dernière phrase, les mots : « de ces frais » sont remplacés par les mots : « des frais d'entretien de la personne handicapée » ;
- 89 7° L'article L. 845-5 est complété par les mots : « , sauf pour le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3, selon les modalités prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 ».
- 90 VI. – Le livre des procédures fiscales est ainsi modifié :
- 91 1° L'article L. 152 est ainsi modifié :
- 92 a) Après le 7°, il est inséré un 8° ainsi rédigé :
- 93 « 8° À l'exercice des missions de délivrance des titres exécutoires et d'intermédiation financière confiées aux organismes débiteurs des prestations familiales en application des articles L. 582-1 et L. 582-2 du code de la sécurité sociale. » ;
- 94 b) Au neuvième alinéa, la référence : « 7° » est remplacée par la référence : « 8° » ;
- 95 2° L'article L. 152 A est ainsi modifié :
- 96 a) Après le mot : « informations », la fin est ainsi rédigée : « nécessaires : » ;
- 97 b) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :
- 98 « 1° À l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de ces prestations ainsi qu'au contrôle des déclarations des allocataires et des bailleurs ;
- 99 « 2° À l'exercice des missions de délivrance des titres exécutoires et d'intermédiation financière confiées aux organismes débiteurs des prestations familiales en application des articles L. 582-1 et L. 582-2 du code de la sécurité sociale. » ;
- 100 3° L'article L. 162 A est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- 101 « Pour la mise en œuvre de la mission d'intermédiation financière prévue à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, l'organisme débiteur des prestations familiales demande à l'administration fiscale et obtient de celle-ci la communication des informations qu'elle détient en application de l'article 1649 A du code général des impôts permettant à cet organisme de connaître les comptes bancaires ouverts au nom du

parent débiteur et du parent créancier sur lesquels le prélèvement et le versement de la pension alimentaire peut être effectué. »

103 VII. – L'article 1^{er} de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires est ainsi modifié :

104 1° Après le 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

104 « 1° *bis* Une convention homologuée par le juge ; »

105 2° Le 2° est ainsi rédigé :

106 « 2° Un accord par lequel les époux consentent mutuellement à leur divorce ou à leur séparation de corps par acte sous signature privée contresigné par avocats, déposé au rang des minutes d'un notaire selon les modalités prévues à l'article 229-1 du code civil ; ».

107 VIII. – Les 2° et 3° ainsi que les trois derniers alinéas du II de l'article 373-2-2 du code civil dans sa rédaction résultant du I du présent article, le 2° du III, le troisième alinéa du c du 2° et le 4° du V ainsi que le VI s'appliquent à compter du 1^{er} juin 2020, à l'exception du 2° du I de l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du 4° du V du présent article, qui s'applique à compter du 1^{er} juin 2020 dans les cas où la demande du parent fait suite à un impayé de pension alimentaire, et à compter du 1^{er} janvier 2021 dans les autres cas.

108 Le 1° du III est applicable aux faits commis après l'entrée en vigueur de la présente loi.

109 IX. – Le présent article s'applique dans les conditions suivantes :

110 1° Le I s'applique à Wallis-et-Futuna, à l'exception du II de l'article 373-2-2 du code civil ;

111 2° Le III est applicable à Wallis-et-Futuna, en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie et dans les Terres australes et antarctiques françaises ;

112 2° *bis* À l'article 711-1 du code pénal, la référence : « l'ordonnance n° 2019-963 du 18 septembre 2019 relative à la lutte contre la fraude portant atteinte aux intérêts financiers de l'Union européenne au moyen du droit pénal » est remplacée par la référence : « la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2020 » ;

113 3° Le IV est applicable à Wallis-et-Futuna ;

114 4° L'article 1^{er} de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires est applicable à Wallis-et-Futuna, en Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie.

M. le président. La parole est à Mme Michelle Gréaume, sur l'article.

Mme Michelle Gréaume. Cet article prévoit que, en cas d'impayés de pensions alimentaires, les caisses d'allocations familiales pourront se substituer au parent défaillant, en versant de manière préventive la pension alimentaire.

Parallèlement, l'Agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires (Aripa) engagera immédiatement une procédure de recouvrement de l'impayé auprès du parent débiteur.

Cette nouvelle agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires mise en place par la branche famille est un signal positif envoyé aux nombreuses familles

monoparentales, particulièrement aux mères seules qui ne parviennent pas à obtenir le paiement des pensions dont elles ont besoin pour assurer le quotidien de leurs enfants.

Nous espérons donc que cette agence sera rapidement mise en place pour améliorer la situation des familles.

M. le président. L'amendement n° 167, présenté par Mme Rossignol, MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin et Meunier, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigal, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérít-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mme Lepage, M. Lurel, Mmes Monier, Perol-Dumont, Prévillé et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 67

1° Supprimer les mots :

le refus du parent débiteur ou

2° Remplacer le mot :

lui

par les mots :

le parent débiteur

3° Compléter cet alinéa par deux phrases ainsi rédigées : « Le dépassement d'un délai d'un mois au-delà duquel le parent débiteur continue à garder le silence entraîne une pénalité de 10 % de la pension alimentaire par mois de retard pour le parent débiteur. Le dépassement de ce délai constitue un refus manifeste du parent débiteur de s'acquitter des sommes dues, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales doit informer sans délai le parquet dudit refus.

II. – Alinéa 68

1° Supprimer les mots :

Les délais de transmission des informations mentionnées au même premier alinéa,

2° Remplacer les mots :

le montant de la pénalité qui ne peut excéder le montant de la base mensuelle de calcul des allocations familiales fixé en application de l'article L. 551-1, et ses modalités de recouvrement

par les mots :

les modalités de recouvrement de la pénalité

La parole est à Mme Laurence Rossignol.

Mme Laurence Rossignol. Je précise à l'attention de ma collègue Michelle Gréaume que l'agence en question existe déjà, depuis 2016...

Le Gouvernement a décidé de renforcer sa fonction, de faire évoluer la manière dont elle intervient dans le non-paiement des pensions alimentaires et, probablement, de lui conférer quelques moyens supplémentaires.

Cet amendement vise à clarifier le dispositif en lien avec la question des violences économiques faites aux femmes, dont je regrette qu'elles aient été absentes des conclusions du Grenelle : le non-paiement des pensions alimentaires est une violence économique, et y aurait eu toute sa place

– mais peu importe. Mon idée était de mieux distinguer entre le silence gardé et le refus de transmettre les informations nécessaires au recouvrement des pensions.

Je ne pense pas, néanmoins, que nous puissions ce soir avoir un débat sur l'Aripa et sur la nouvelle manière dont le Gouvernement entend qu'elle intervienne, puisque, depuis les annonces qui ont fait suite au mouvement des gilets jaunes, je ne sais pas où nous en sommes.

Madame la secrétaire d'État, nous aimerions qu'un jour le Gouvernement puisse nous expliquer concrètement ce qu'il en est des évolutions en la matière ou du rythme de recouvrement, dans un cadre plus approprié que celui d'un article du PLFSS.

Je vais retirer cet amendement ; cela vous évitera, monsieur le rapporteur général, madame la secrétaire d'État, d'émettre un avis défavorable ou de me demander de le retirer – vous auriez raison de le faire : nous ne sommes pas en situation, ce soir, de mener à fond le débat.

Je retire donc mon amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 167 est retiré.

Je mets aux voix l'article 48.

(L'article 48 est adopté.)

Article 49

① I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

② 1° Après l'article L. 214-1, il est inséré un article L. 214-1-1 ainsi rédigé :

③ « *Art. L. 214-1-1.* – Afin d'informer les familles, les établissements et services mentionnés aux deux premiers alinéas de l'article L. 2324-1 du code de la santé publique, accueillant des enfants de moins de six ans et dont l'activité est déterminée par décret, communiquent par voie électronique leurs disponibilités d'accueil à la Caisse nationale des allocations familiales selon une périodicité et des modalités de transmission fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. » ;

④ 2° La première phrase du cinquième alinéa de l'article L. 421-3 est complétée par les mots : « et, pour l'assistant maternel uniquement, s'il autorise la publication de son identité et de ses coordonnées par les organismes en charge d'une mission de service public mentionnés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale » ;

⑤ 3° Avant le dernier alinéa de l'article L. 421-4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

⑥ « Les assistants maternels respectent des obligations de déclaration et d'information, notamment relatives à leurs disponibilités d'accueil, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Le manquement à l'obligation de déclaration relative aux disponibilités d'accueil de l'assistant maternel ne peut constituer un motif de suspension de l'agrément ou le seul motif de son retrait. »

⑦ II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} juillet 2020, y compris pour les assistants maternels agréés à cette date.

M. le président. L'amendement n° 156, présenté par Mme Rossignol, MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin et Meunier, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigalas,

MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérít-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mme Lepage, M. Lurel, Mmes Monier, Perol-Dumont, Prévillat et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Michelle Meunier.

Mme Michelle Meunier. Il s'agit ici de l'obligation pour les assistantes maternelles d'inscrire leurs coordonnées sur le site public « monenfant.fr ».

Le Gouvernement a argué, en première lecture, que le refus d'inscription ne pourrait constituer une condition suffisante du retrait de l'agrément, donnant des éléments en ce sens.

Cela dit, à entendre les associations ou les représentantes d'assistantes maternelles, ces garanties sont insuffisantes. Il nous semble illégitime d'imposer ce genre d'obligations et de contraintes à la profession d'assistante maternelle.

Nous demandons donc la suppression de l'article 49.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Les dispositions de cet amendement, qui vise à supprimer l'article 49, ne vont pas du tout dans le sens souhaité par la commission.

Je rappelle que 75 % des assistantes maternelles sont déjà déclarées sur le site, et que celles qui ne le sont pas seront accompagnées dans ces nouvelles démarches. Il nous paraît nécessaire, évidemment, d'insister sur la concertation, afin d'atteindre les 100 %.

Par ailleurs, ma chère collègue, vous proposez également de supprimer ce service pour ce qui concerne les crèches, ce qui ne me semble pas souhaitable, que ce soit pour les familles ou pour le développement des modes de garde.

Pour sécuriser le dispositif, l'Assemblée nationale a adopté un amendement qui vise à reprendre celui qu'avait déposé notre collègue Élisabeth Doineau. Il est ainsi indiqué que le non-respect de ces nouvelles obligations ne pourra constituer un motif de suspension ou le seul motif de retrait d'agrément.

Cela nous paraît très clair, et j'émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 156.

(L'amendement n'est pas adopté.)

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

L'amendement n° 221, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéas 4 à 7

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Partant des mêmes remarques que vient de faire ma collègue Michelle Meunier, nous demandons que les assistantes maternelles ne soient pas dans l'obligation de s'inscrire sur ce site.

Elles ont émis des réserves, qui sont tout à fait légitimes, eu égard à des pressions qu'elles pourraient subir, mais aussi à des questions de sécurité – elles y insistent beaucoup : que leur adresse et leurs coordonnées personnelles puissent être connues de tous n'irait pas sans inconvénients.

Nous proposons donc, tout simplement, de modifier le texte, de telle sorte qu'il s'agisse non plus d'une obligation, mais d'une simple possibilité.

M. le président. L'amendement n° 55 rectifié, présenté par MM. Canevet, L. Hervé, Bonnecarrère, Le Nay et P. Martin, Mmes Sollogoub et Morin-Desailly, MM. Kern et Moga, Mme Saint-Pé et MM. Delcros, Longeot, Janssens et Cazabonne, est ainsi libellé :

Alinéas 4 à 6

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. Michel Canevet.

M. Michel Canevet. Cet amendement est analogue au précédent : si je trouve parfaitement légitime le principe d'une déclaration aux caisses d'allocations familiales, les CAF, je ne comprends pas pourquoi l'on veut obliger les assistantes maternelles à se déclarer sur internet.

Imposer aux assistantes maternelles de déclarer leurs disponibilités sur internet me semble totalement hors de propos : demande-t-on à un médecin ou à d'autres professions libérales de déclarer sur internet leurs disponibilités ? Non ! Or on est, ici, dans le même cas de figure. On ne saurait contraindre ainsi cette profession, qui doit être respectée.

Les assistantes maternelles, dans le Finistère par exemple, ont exprimé de vives réticences – je pense notamment aux femmes de militaires –, s'agissant de la communication sur internet d'informations relatives à leur lieu de résidence ou à leurs disponibilités, qui ne me semble pas de bon aloi.

Il convient donc de modifier le dispositif pour rendre facultative l'inscription, d'autant plus que des structures telles que les relais enfants parents ou les relais d'assistantes maternelles sont en mesure de renseigner les familles sur les disponibilités des assistantes.

M. le président. L'amendement n° 236, présenté par Mme Schillinger, MM. Amiel, Lévrier et Théophile, Mme Cartron, MM. Bargeton, Buis et Cazeau, Mme Constant, MM. de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Iacovelli, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent, MM. Richard, Yung et les membres du groupe La République En Marche, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les organismes en charge de cette mission de service public informent et proposent un accompagnement dans les démarches de déclaration à destination des services gérés par une personne physique de droit privé accueillant des enfants de moins de six ans. » ;

II. – Alinéa 6, seconde phrase

Après les mots :

ne peut constituer

rédigé ainsi la fin de cette phrase :

un motif de suspension ou de retrait de l'agrément.

III. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article 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.

La parole est à M. Martin Lévrier.

M. Martin Lévrier. Le dispositif proposé ici est un peu différent de ceux des deux précédents amendements.

Toutefois, comme la commission des affaires sociales m'a convaincu qu'il était satisfait, je retire cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 236 est retiré.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Les amendements n°s 221 et 55 rectifié visent à supprimer, pour les assistantes maternelles, la transmission d'informations sur le site internet de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF).

Comme je l'ai dit tout à l'heure, la commission souhaite que les informations enregistrées sur le site internet concernent aussi les assistantes maternelles. Je rappelle que 75 % de ces dernières sont déjà inscrits sur ce site.

Il s'agit d'un service rendu aux familles. J'émet donc un avis défavorable sur ces amendements.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 221.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 55 rectifié n'a plus d'objet.

Je mets aux voix l'article 49, modifié.

(L'article 49 est adopté.)

Article 49 bis

① Après le huitième alinéa du I de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

② « – lorsque la personne ou les deux membres du couple sont signataires d'un contrat de service civique mentionné à l'article L. 120-3 du code du service national ; ». – *(Adopté.)*

Article 50

① I. – L'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte est ainsi modifiée :

② 1° L'article 8 est ainsi modifié :

③ a) À la seconde phrase du deuxième alinéa, les mots : « conformément à l'évolution du montant fixé à Mayotte du salaire minimum prévu à l'article L. 3231-2 du code du travail » sont remplacés par les mots : « selon des modalités identiques au plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale » ;

- ④ *b)* Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Une allocation différentielle est due lorsque les ressources excèdent le plafond mentionné au deuxième alinéa du présent article d'un montant inférieur à une somme déterminée. Ses modalités de calcul sont définies par le décret mentionné à l'article 14. » ;
- ⑥ 2° La section 4 *bis* du chapitre II du titre I^{er} est ainsi modifiée :
- ⑦ *a)* L'article 10-1 est ainsi rédigé :
- ⑧ « *Art. 10-1.* – Les articles L. 541-1, L. 541-2 et L. 541-4 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte. » ;
- ⑨ *b)* L'article 10-2 est abrogé ;
- ⑩ 3° À l'article 12, après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 133-3 ».
- ⑪ II. – A. – Le *a* du 1° du I du présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021.
- ⑫ B. – Le bénéfice des dispositions du *b* du 1° du I est ouvert au titre de la rentrée scolaire 2020, et la prestation peut être versée jusqu'au 31 décembre 2020. Cette échéance peut être retardée par décret jusqu'au 30 juin 2021.
- ⑬ C. – Le 2° du I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} décembre 2020. Cette échéance peut être retardée par décret jusqu'au 30 juin 2021. – (*Adopté.*)

Article 51

- ① La section 2 *bis* du chapitre VI du titre I^{er} du livre II du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :
- ② 1° À la première phrase de l'article L. 216-4, les mots : « des départements dont toutes les communes ont été classées en zone de revitalisation rurale en application de l'article 1465 A du code général des impôts » sont supprimés et les mots : « à titre expérimental pour une durée de cinq ans » sont remplacés par les mots : « aux fins d'opérer des mutualisations de services et de consolider l'implantation territoriale » ;
- ③ 2° L'article L. 216-5 est ainsi modifié :
- ④ *a)* À la première phrase du premier alinéa, les mots : « créée à titre expérimental » sont supprimés ;
- ⑤ *b)* La seconde phrase de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigée : « Toutefois, en matière de politique d'action sociale, le conseil délibère sur les dossiers présentés par le directeur dans le respect des orientations définies également par la Caisse nationale d'allocations familiales. » ;
- ⑥ 3° L'article L. 216-7 est abrogé.

M. le président. L'amendement n° 222, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Marie-Noëlle Lienemann.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Comme vous le savez, mes chers collègues, depuis 2007, une expérimentation en matière de fusion des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et des CAF locales a été engagée dans un certain nombre de zones de revitalisation rurale.

L'article que nous examinons prévoit d'étendre cette possibilité à tous les territoires ruraux. La prochaine étape sera sans doute l'extension de la fusion sur tous les territoires.

Or nous sommes défavorables à cette évolution. En effet, la CPAM et la CAF n'ont pas les mêmes fonctions ; par ailleurs, une telle fusion aurait pour effet de créer des difficultés d'accès pour les usagers, de multiplier les temps d'attente et de supprimer des postes. On voit poindre l'idée d'introduire ces caisses fusionnées dans les maisons France services, où finira par régner un total manque de clarté, et où il pourrait devenir difficile d'obtenir les bons renseignements.

Nous proposons donc la suppression de cet élargissement de l'expérimentation.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission a approuvé cet article, qui ouvre la possibilité de créer des caisses communes de sécurité sociale dans certains départements.

J'émet donc un avis défavorable.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 222.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 51.

(*L'article 51 est adopté.*)

Article 51 bis

La première phrase du troisième alinéa de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « Les organismes nationaux des différents régimes conçoivent et mettent en place un programme de contrôle et de lutte contre la fraude adossé au plan de contrôle interne prévu à l'article L. 114-8-1 ; ils suivent les opérations réalisées à ce titre par les organismes mentionnés au premier alinéa du présent article. » – (*Adopté.*)

Article 51 ter

Au premier alinéa de l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale, après le mot : « renseignements », sont insérés les mots : « ainsi que les données ou documents s'y rapportant ». – (*Adopté.*)

Article 51 quater

① L'article L. 114-16-3 du code de la sécurité sociale est complété par un 7° ainsi rédigé :

② « 7° Les agents de chaque organisme mentionné à l'article L. 1431-1 du code de la santé publique désignés par le directeur de chacun de ces organismes. » – (*Adopté.*)

Article 51 quinquies

Dans un délai de neuf mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les modalités de gestion et d'utilisation du répertoire national commun de la protection sociale prévu à l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale. – (*Adopté.*)

Chapitre III

PRENDRE EN COMPTE LES PARCOURS, LES SITUATIONS ET LES TRANSITIONS

Article 52

- ① I. – Au titre de 2020, par dérogation à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, les montants des prestations et pensions servies par les régimes obligatoires de base relevant du même article L. 161-25 sont revalorisés de 0,3 %.
- ② Toutefois, ne sont pas concernés par cette dérogation :
- ③ 1° Les pensions de vieillesse ou d'invalidité, de droit direct ou de droit dérivé, y compris leurs majorations, accessoires et suppléments, à l'exception de la majoration mentionnée à l'article L. 355-1 du même code, lorsqu'elles sont servies par les régimes obligatoires de base à des assurés dont le montant total des pensions, ainsi définies, reçues de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des régimes complémentaires et additionnels légalement obligatoires, est inférieur ou égal, le mois précédent celui auquel intervient la revalorisation, à 2 000 € par mois.
- ④ Pour les assurés dont le montant total des pensions avant revalorisation est supérieur à 2 000 € et inférieur ou égal à 2 008 €, le coefficient mentionné à l'article L. 161-25 dudit code est égal à 1,008. Pour les assurés dont le montant total des pensions avant revalorisation est supérieur à 2 008 € et inférieur ou égal à 2 012 €, le coefficient est égal à 1,006. Pour les assurés dont le montant total des pensions avant revalorisation est supérieur à 2 012 € et inférieur ou égal à 2 014 €, le coefficient est égal à 1,004.
- ⑤ Pour les régimes de retraite dont tout ou partie de la pension est exprimée en points, un décret précise les modalités selon lesquelles il est procédé à l'attribution de points supplémentaires ou à l'application d'un coefficient pour la mise en œuvre de la revalorisation définie aux quatre premiers alinéas du présent I ;
- ⑥ 2° Les majorations mentionnées à l'article L. 351-10 du code de la sécurité sociale, à l'article L. 732-54-1 du code rural et de la pêche maritime et à l'article L. 17 du code des pensions civiles et militaires de retraite ainsi que les minima de pension faisant référence au même article L. 17, pour leurs montants accordés à la liquidation ;
- ⑦ 3° Le montant minimum de la pension de réversion mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 353-1 du code de la sécurité sociale ;
- ⑧ 4° L'allocation de veuvage mentionnée à l'article L. 356-2 du même code ;
- ⑨ 5° L'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-1 dudit code et les prestations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, ainsi que l'allocation spéciale pour les personnes âgées mentionnée à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte et l'allocation de solidarité aux personnes âgées et les prestations mentionnées, respecti-

vement, aux 1° et 9° de l'article 7 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon ;

- ⑩ 6° L'allocation supplémentaire d'invalidité mentionnée à l'article L. 815-24 du code de la sécurité sociale.

- ⑪ II. – (*Supprimé*)

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

L'amendement n° 31 est présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission.

L'amendement n° 151 est présenté par MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigalas, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérít-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mmes Lepage, Monier, Perol-Dumont, Préville et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

L'amendement n° 223 est présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Le nouveau dispositif de sous-revalorisation des prestations sociales proposé cette année par le Gouvernement constitue un nouveau coup porté au pouvoir d'achat des retraités moyens, n'ayant que leur pension pour vivre.

Il est en outre fragile d'un point de vue constitutionnel en ce qu'il entraîne une rupture d'égalité devant le principe contributif entre les assurés.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n° 151.

M. Yves Daudigny. Au travers de cet amendement, notre groupe veut réaffirmer qu'il ne saurait être dérogé au principe de la revalorisation des prestations d'aides sociales en fonction de l'inflation.

Cet amendement tend à réaffirmer que les modalités de revalorisation prévues à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale doivent continuer à s'appliquer.

Les dispositions envisagées par le Gouvernement sont d'autant plus regrettables qu'elles s'inscrivent dans un contexte où des leviers de solvabilisation des dépenses incontournables des ménages – aides au logement, APL et prime d'activité – sont, eux aussi, plafonnés à une augmentation en dessous de l'inflation, à 0,3 %.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour présenter l'amendement n° 223.

Mme Laurence Cohen. Notre groupe souhaite également supprimer cet article, car il prévoit, comme cela vient d'être souligné, la sous-indexation des pensions de retraite et des prestations sociales par rapport à l'inflation.

En effet, hormis les retraites inférieures à 2 000 euros, les allocations familiales et les pensions de retraite supérieures à 2 000 euros ne seront augmentées que de 0,3 % l'année prochaine, c'est-à-dire à un taux inférieur à l'inflation.

Vous et votre gouvernement, madame la secrétaire d'État, poursuivez ainsi les mesures de sous-valorisation des pensions prises en 2019. Alors que vous présentez cette disposition pour 2020 comme une mesure favorable pour les retraités ayant une pension inférieure à 2 000 euros, vous inscrivez dans le marbre la politique de gel des prestations familiales et des pensions de retraite supérieures à 2 000 euros.

Nous savons pertinemment que les mesures obtenues, qui constituent un petit plus, ne l'ont été que grâce à la mobilisation des gilets jaunes et à l'indignation générale que vous avez provoquée chez les retraités l'an passé. Mais tout cela n'est absolument pas à la hauteur, d'autant que ces mesures créent de profondes inégalités et des injustices entre des personnes qui ont des revenus très faibles.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Je ne reprendrai pas les longs débats de l'année dernière, car aucun argument ne pourrait vous convaincre.

J'émet donc un avis défavorable sur l'ensemble de ces amendements.

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

M. René-Paul Savary. Madame la secrétaire d'État, la situation n'est pas la même que l'an dernier !

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Je sais !

M. René-Paul Savary. L'an dernier, nous vous avons avertis, mais vous n'avez pas tenu compte de notre avertissement. Des manifestations se sont ensuivies, dont la facture est tout de même lourde. Vous devriez donc être attentive à ce que vous propose le Sénat : c'est un service que l'on vous rend ! *(Sourires.)*

Je reprends à mon compte les remarques du rapporteur général de la commission des affaires sociales sur le risque constitutionnel.

Jusqu'à présent, le Conseil constitutionnel n'a pas trop réagi ; il avait simplement signalé en 2014 un faible écart de 7 euros entre les pensions revalorisées à hauteur de l'inflation et celles qui ne l'étaient pas. Il n'a donc pas considéré qu'il existait une rupture de traitement. Mais, ici, la différence est plus importante, à tel point qu'elle peut être considérée comme une discrimination.

Par ailleurs, il ne faut pas oublier l'effet base : même si la différence n'est pas forcément significative, en raison de l'effet base, elle se reportera d'année en année. Il existe donc bel et bien aujourd'hui un risque constitutionnel.

Enfin, madame la secrétaire d'État, à l'heure où le Gouvernement veut engager une réforme systémique des retraites, c'est un très mauvais signal que vous envoyez, car votre réforme n'est pas du tout comprise par nos concitoyens.

Des manifestations très importantes sont attendues. Ce n'est pas le moment de prendre des mesures de rendement, du reste modérées, puisqu'il s'agit de 600 millions d'euros. Cela vaut-il la peine de prendre un tel risque de non-revalorisation, quand on sait que le déficit du système de retraite se situera, dans quelques années, entre 9 milliards d'euros et 17 milliards d'euros ?

La parole du Gouvernement, là encore, peut être mise à mal. Au moment où il faut donner confiance à nos concitoyens, vous prenez une mesure qui pourrait avoir sur eux un effet contraire.

Mme Catherine Deroche. Très bien !

M. le président. La parole est à Mme Corinne Féret, pour explication de vote.

Mme Corinne Féret. Avec cet article, ce sont 100 millions d'euros supplémentaires qui vont être retirés à nos concitoyens *via* une nouvelle sous-indexation des prestations familiales.

Au total, sur deux ans, le Gouvernement aura réalisé une économie de 400 millions d'euros. Une fois encore, vous vous attaquez au pouvoir d'achat des plus fragiles. Alors que l'inflation est annoncée aux environs de 1 % en 2020, vous proposez pour l'année prochaine un quasi-gel des pensions de retraite supérieures à 2 000 euros par mois, ainsi qu'un gel des prestations familiales et sociales.

Comme l'a souligné mon collègue, s'agissant des retraites, il y a un risque de rupture d'égalité devant le principe contributif entre assurés.

Ce renouvellement déroge encore une fois totalement à la règle selon laquelle les prestations sont revalorisées annuellement au niveau de l'inflation constatée au cours de l'année précédente. Vous rompez ainsi avec un principe fort sur lequel s'est bâtie notre protection sociale depuis des décennies et qui a permis jusqu'à maintenant de garantir le pouvoir d'achat de nos concitoyens, en particulier des plus modestes d'entre eux.

Bien évidemment, je voterai ces amendements de suppression.

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. J'adhère complètement à l'amendement présenté par Jean-Marie Vanlerenberghe et à celui qui a été présenté par le groupe CRCE, car je suis profondément opposé au fait de ne pas revaloriser le montant des retraites et des prestations familiales du niveau de l'inflation.

En revanche, j'adhère moins à l'exposé des motifs de l'amendement présenté par Yves Daudigny. Il y existe en effet un point de désaccord entre certains membres de son groupe et le mien sur la politique familiale. Cette dernière a été remise en cause depuis quelques années, et pas uniquement depuis l'élection de M. Macron.

Notre politique familiale a été déviée vers une politique sociale au bénéfice des familles les plus en difficulté. Or, pour notre part, nous sommes favorables à véritable vraie politique familiale, c'est-à-dire à une politique nataliste. Nous avons déjà eu cette discussion au sein de la commission des affaires sociales : nous souhaitons que la politique nataliste soit remise en place.

Nous voterons bien évidemment ces amendements identiques, mais je tenais à souligner qu'il existait entre nous une différence de jugement sur certains points.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 31, 151 et 223.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, l'article 52 est supprimé, et l'amendement n^o 6 n'a plus d'objet.

Article 53

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° La section 3 du chapitre I^{er} du titre V du livre III est complétée par un article L. 351-7-1 A ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 351-7-1 A.* – La pension de retraite de l'assuré bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés mentionnée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 est liquidée à la date à laquelle celui-ci atteint l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, sauf s'il s'y oppose dans des conditions fixées par décret. L'entrée en jouissance de la pension de retraite est fixée au premier jour du mois suivant la date à laquelle le pensionné atteint cet âge.
- ④ « Le premier alinéa n'est pas applicable lorsque l'assuré bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés exerce une activité professionnelle à la date à laquelle il atteint l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 351-1. » ;
- ⑤ 2° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 821-1, après la première occurrence du mot : « handicapés », sont insérés les mots : « se voit allouer une pension de retraite en application de l'article L. 351-7-1 A du présent code ou de l'article L. 732-30 du code rural et de la pêche maritime ou ».
- ⑥ I *bis*. – L'article L. 732-30 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rétabli :
- ⑦ « *Art. L. 732-30.* – I. – La pension de retraite de l'assuré bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés mentionnée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du code de la sécurité sociale est liquidée à la date à laquelle l'assuré atteint l'âge prévu à l'article L. 732-18 du présent code, sauf s'il s'y oppose dans des conditions fixées par décret. L'entrée en jouissance de la pension de retraite est fixée au premier jour du mois suivant la date à laquelle le pensionné atteint cet âge.
- ⑧ « II. – Le I du présent article n'est pas applicable lorsque l'assuré bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés exerce une activité professionnelle à la date à laquelle il atteint l'âge mentionné à l'article L. 732-18. »
- ⑨ II. – L'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est ainsi modifiée :
- ⑩ 1° La section 3 du chapitre I^{er} du titre II est complétée par un article 11-1 ainsi rédigé :
- ⑪ « *Art. 11-1.* – La pension de retraite de l'assuré bénéficiaire de l'allocation pour adulte handicapé mentionnée à l'article 35 est liquidée à la date à laquelle celui-ci atteint l'âge prévu au premier alinéa de l'article 6, sauf s'il s'y oppose dans des conditions fixées par décret. L'entrée en jouissance de la pension de retraite est fixée au premier jour du mois suivant la date à laquelle le pensionné atteint cet âge.
- ⑫ « Le premier alinéa du présent article n'est pas applicable lorsque l'assuré bénéficiaire de l'allocation pour adulte handicapé exerce une activité professionnelle à l'âge prévu au premier alinéa de l'article 6. » ;
- ⑬ 2° L'article 11 *bis* devient l'article 11-2.
- ⑭ III. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ⑮ 1° L'article L. 262-10 est ainsi modifié :

- ⑯ a) Le premier alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :
- ⑰ « I. – Le droit au revenu de solidarité active est subordonné à la condition que le foyer fasse valoir ses droits aux prestations sociales, législatives, réglementaires et conventionnelles, à l'exception des allocations mensuelles mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 222-3.
- ⑱ « La condition prévue au premier alinéa du présent I ne porte sur les pensions de vieillesse des régimes légalement obligatoires que si la personne qui peut y prétendre a atteint l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale ou, si elle a été reconnue inapte au travail en application de l'article L. 351-7 du même code, l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 351-1 dudit code.
- ⑲ « Cette condition ne porte sur l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 du même code que si la personne qui peut y prétendre a atteint l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du même code, à moins qu'elle ait été reconnue inapte au travail en application de l'article L. 351-7 du même code ou ne relève d'aucun régime de base obligatoire d'assurance vieillesse. » ;
- ⑳ b) Au début du deuxième alinéa, est ajoutée la mention : « II. – » ;
- ㉑ 2° À la première phrase de l'article L. 262-12, la référence : « aux deuxième à dernier alinéas » est remplacée par la référence : « au II ».
- ㉒ IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} juillet 2020.

M. le président. L'amendement n° 224, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéas 1 à 8

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Michelle Gréaume.

Mme Michelle Gréaume. À l'occasion de la discussion de cet article visant notamment à simplifier la transition des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés, l'AAH, vers la retraite, il est important de mentionner le rapport que la Cour des comptes a rendu le lundi 25 novembre.

Le rapport concerne en effet l'AAH. Il est donc pertinent de se demander, dès maintenant, si les recommandations avancées seront suivies par le Gouvernement.

La Cour des comptes critique le mode d'attribution de l'AAH. Elle observe notamment qu'il est difficile « de dégager des critères objectifs pour caractériser la situation individuelle des demandeurs ». Il y aurait ainsi une trop grande disparité dans les taux d'attribution de l'AAH, en fonction du département de résidence des demandeurs.

En outre, la procédure de demande de l'allocation est perçue comme présentant un risque en termes de fraude, au prétexte que les demandeurs présentent un formulaire médical rempli par un médecin qu'ils ont « librement choisi ». La Cour des comptes recommande ainsi l'instauration d'une contre-visite médicale obligatoire avant toute première attribution de l'AAH.

La Cour suggère également de conditionner l'octroi de l'AAH 2, qui est allouée aux personnes dont l'incapacité est évaluée entre 50 % et 80 %, et qui sont considérées comme éloignées de l'emploi, à une « prise en charge médico-sociale adaptée » et à un entretien préalable « d'évaluation de l'employabilité ».

Comme le déplore l'association APF France handicap, de telles mesures répondraient visiblement à une logique comptable et jetteraient la suspicion sur les bénéficiaires. La Cour des comptes parle, en outre, d'employabilité, alors même que près de 80 % des allocataires ne peuvent pas travailler...

Quelles sont alors les intentions du Gouvernement sur le sujet de l'AAH ? Avez-vous le projet de remettre en question une allocation universelle pour les personnes en situation de handicap ? L'économie doit-elle sans cesse prendre le pas sur l'humain, y compris lorsque ce dernier a subi des injustices ?

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise à supprimer le dispositif proposé de transition vers la retraite pour les bénéficiaires de l'AAH.

Or ce dispositif rend automatique la liquidation de la retraite lorsque l'âge légal est atteint, sauf si le bénéficiaire s'y oppose. Il limitera donc les démarches administratives des assurés et facilitera la gestion des dossiers. La perception de l'AAH différentielle sera toujours possible une fois la retraite liquidée.

Je sollicite donc le retrait de cet amendement. À défaut, j'émettrais un avis défavorable.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Défavorable.

M. le président. La parole est à M. Philippe Mouiller, pour explication de vote.

M. Philippe Mouiller. Je soutiens la position de la commission.

Je souhaite alerter mes collègues communistes concernant le rapport de la Cour des comptes sur l'AAH. Dans leur argumentaire, ils ont soutenu les évolutions de l'AAH et l'individualisation.

Or si l'on devait appliquer le rapport de la Cour des comptes, cela se ferait plutôt au détriment des personnes handicapées. C'est de la complicité en plus et c'est surtout une recherche d'économies. De grâce, si l'on doit mener un combat, c'est plutôt pour s'opposer à ce rapport !

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Exactement !

Mme Laurence Cohen. Tout à fait !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 224.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 53.

(L'article 53 est adopté.)

Article 54

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le troisième alinéa de l'article L. 242-5, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :
- ③ « Les décisions relatives au taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles et au classement des risques dans les différentes

catégories sont notifiées à l'employeur par voie électronique par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail compétente selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

- ④ « Après la réalisation par l'employeur des démarches nécessaires à la mise à disposition de ces décisions, celles-ci sont réputées notifiées à leur date de consultation et au plus tard dans un délai de quinze jours suivant leur mise à disposition.

- ⑤ « L'absence de réalisation des démarches nécessaires à la mise à disposition de ces décisions entraîne l'application d'une pénalité à l'encontre de l'employeur, notifiée par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail compétente, dont le montant, qui peut être croissant en fonction de l'effectif de l'entreprise, est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, dans la limite de 1,5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur, arrondi à l'euro supérieur, au titre de chaque personne comprise dans les effectifs, calculés selon les modalités prévues au deuxième alinéa du I de l'article L. 130-1, des établissements pour lesquels l'absence de réalisation de ces démarches est constatée. Cette pénalité ne peut excéder, par entreprise, un montant annuel, revalorisé dans des conditions fixées par le même arrêté, de 10 000 €. Ces pénalités sont versées à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont l'employeur relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces cotisations et contributions. Les modalités de notification des décisions mentionnées au quatrième alinéa du présent article, en l'absence de réalisation des démarches nécessaires à leur mise à disposition électronique, sont précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Les contestations relatives à cette pénalité relèvent de la compétence de la cour d'appel mentionnée à l'article L. 311-16 du code de l'organisation judiciaire. Les recours contentieux contre les décisions des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail notifiant cette pénalité sont précédés d'un recours préalable, selon les modalités prévues pour l'application de l'article L. 142-4 du présent code en cas de contestation des décisions de nature non médicale relevant du 1° de l'article L. 142-1. » ;

- ⑥ 1° *bis* À l'avant-dernier alinéa du même article L. 242-5, le mot : « sixième » est remplacé par le mot : « neuvième » ;

- ⑦ 2° L'article L. 434-3 est ainsi modifié :

- ⑧ a) Le premier alinéa est supprimé ;

- ⑨ b) La première phrase du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « La victime titulaire d'une rente mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 peut en demander la conversion partielle en rente réversible au bénéfice de son conjoint, du partenaire lié à elle par un pacte civil de solidarité ou de son concubin. » ;

- ⑩ c) Au début du dernier alinéa, les mots : « La rente viagère résultant de la conversion prévue au deuxième alinéa du présent article, ainsi que la rente de réversion versée au conjoint, au partenaire d'un pacte civil de solidarité ou au concubin sont revalorisées » sont remplacés par les mots : « Cette rente est, à compter de son versement, revalorisée » ;

11 3° Aux articles L. 434-4 et L. 434-5, au début, les mots : « Le rachat ou les conversions de rente prévus » sont remplacés par les mots : « La conversion de rente prévue » et le mot : « peuvent » est remplacé par le mot : « peut ».

12 II. – Les 2° et 3° du I du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

13 L'article L. 434-3 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi demeure applicable aux personnes qui, avant le 1^{er} janvier 2020, ont présenté une demande, sur laquelle il n'a pas été statué par une décision rendue définitive, tendant à la conversion en capital d'une rente d'accident du travail.

14 Le 1° du I du présent article est applicable :

15 1° À compter du 1^{er} janvier 2020, aux entreprises dont l'effectif est supérieur ou égal à cent cinquante salariés et redevables de la cotisation prévue à l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale, à l'exception des entreprises ou de leurs établissements ayant demandé, du 21 octobre au 18 décembre 2019, à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail compétente, de ne pas bénéficier, jusqu'au 31 décembre 2020, du procédé électronique de notification mentionné au I du présent article ;

16 2° À compter de dates fixées par décret, en fonction des effectifs des entreprises, et au plus tard à compter du 1^{er} janvier 2022, aux entreprises dont l'effectif est inférieur à cent cinquante salariés et redevables de la cotisation prévue à l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale.

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

L'amendement n° 32, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 1

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

1° A Après le premier alinéa de l'article L. 242-5, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le II de l'article L. 130-1 n'est pas applicable à la détermination du taux de cotisation mentionné au présent article. » ;

II. – Après l'alinéa 11

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

I *bis*. – Après le premier alinéa de l'article L. 751-13 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le II de l'article L. 130-1 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable à la détermination du montant de la cotisation mentionnée au présent article. »

III. – Alinéa 12

Remplacer les mots :

2° et 3° du I

par les mots :

1° A, 2° et 3° du I et le I *bis*

IV. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article 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.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La mesure de gel à la hausse des effectifs de la loi relative à la croissance et la transformation des entreprises, dite « loi Pacte », n'est pas pertinente pour le calcul du taux de cotisation AT-MP qui est déjà conçu pour lisser l'impact de la hausse des effectifs en prenant en compte une individualisation progressive du taux.

Cette mesure de gel aurait en conséquence pour conséquence de créer, pour les entreprises en croissance, un effet de seuil à l'issue de la période d'observation de cinq ans et de déconnecter, pendant cette période, le taux de cotisation AT-MP de l'incitation à la prévention des risques professionnels.

Les entreprises ayant une sinistralité plus faible que celle de leur catégorie de risque seraient ainsi pénalisées et ne pourraient pas bénéficier avant cinq ans d'une réduction de leur taux de cotisation.

Cet amendement vise donc à exclure le calcul du taux de cotisation AT-MP de la mesure de gel à la hausse des effectifs prévue par la loi « Pacte ».

M. le président. L'amendement n° 225, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéas 6 à 13

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Marie-Noëlle Lienemann.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Les bénéficiaires d'une rente AT-MP ont la possibilité de demander la conversion d'une partie de celle-ci en capital. Dans certains cas, il est nécessaire que les personnes victimes d'AT-MP puissent réengager un projet, d'où l'idée de leur permettre d'avoir un pécule de démarrage.

Supprimer cette solution, c'est les priver d'une possibilité de reconversion et leur ôter toute capacité de rebond.

M. le président. L'amendement n° 152, présenté par Mme Féret, MM. Daudigny et Kanner, Mmes Grelet-Certainais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossiagnol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigalas, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérit-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mme Lepage, M. Lurel, Mmes Monier, Perol-Dumont, Prévillat et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

Alinéas 7 à 13

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Corinne Féret.

Mme Corinne Féret. Les bénéficiaires d'une rente pour accidents du travail-maladies professionnelles, ou AT-MP, ont la possibilité de demander la conversion d'une partie de celle-ci en capital. Le présent article vise à supprimer cette possibilité.

Cette option permet pourtant aux bénéficiaires de ces aides de pouvoir notamment opérer une reconversion professionnelle ou de constituer un patrimoine immobilier.

Je précise, par ailleurs, que les victimes d'AT-MP sont les seules victimes de dommages corporels à ne pas disposer du droit initial à indemnisation sous la forme d'un capital. Cette dérogation est donc la seule option possible pour ces personnes de pouvoir bénéficier d'une forme d'indemnisation en capital.

La suppression de cette option porte ainsi fortement atteinte à la liberté de choix et au droit des personnes victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements n^{os} 225 et 152 ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Le nombre de dossiers de rachat partiel de rentes AT-MP est en diminution constante ces dernières années, son barème étant très peu attractif.

Au reste, le versement d'un capital est peu compatible avec la logique assurantielle du régime AT-MP, qui veut que la victime se voie offrir à vie une réparation forfaitaire, au titre d'un préjudice qui la pénalisera tout au long de son existence.

La commission est donc défavorable aux amendements n^{os} 225 et 152.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Je comprends les préoccupations des auteurs de ces amendements : les entreprises les plus vertueuses ne doivent pas être lésées par les modifications des règles en vigueur.

Néanmoins, la règle fixée par la loi Pacte vise à harmoniser les mécanismes de lissage des franchissements de seuils existants. Même s'il comprend les objectifs et les motivations des auteurs de ces trois amendements, le Gouvernement ne souhaite pas revenir cette harmonisation.

J'émet donc un avis défavorable sur ces trois amendements.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 32.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, les amendements n^{os} 225 et 152 n'ont plus d'objet.

Je mets aux voix l'article 54, modifié.

(L'article 54 est adopté.)

Article 55

① I. – Le livre III du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1^o L'article L. 323-2 est ainsi rédigé :

③ « Art. L. 323-2. – Par dérogation à l'article L. 323-1, le nombre d'indemnités journalières dont peuvent bénéficier les personnes ayant atteint un âge déterminé et titulaires d'une pension, rente ou allocation de vieillesse servie par un régime de sécurité sociale ou par le régime des pensions civiles et militaires, ou par tout autre régime législatif ou réglementaire de retraite, ne peut dépasser une limite fixée par décret pour l'ensemble de la période pendant laquelle, ayant atteint cet âge, elles bénéficient de cet avantage. » ;

④ 2^o L'article L. 325-1 est ainsi modifié :

⑤ a) Aux 4^o, 5^o et 6^o ainsi que, deux fois, au 7^o du II, les mots : « départements d'outre-mer » sont remplacés par les mots : « collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 du présent code à l'exception de Saint-Barthélemy et Saint-Martin, ou à Mayotte » ;

⑥ b) Au 4^o du II, après le mot : « local », sont insérés les mots : « au titre des 1^o à 3^o et des 5^o à 11^o » et, après les mots : « de droit », sont insérés les mots : « aux prestations en espèces » ;

⑦ c) Au 7^o du II, après les deux occurrences des mots : « ayants droit », sont insérés les mots : « du régime général » ;

⑧ d) Aux 9^o et 10^o du II, après le mot : « justifient », sont insérés les mots : « , en tant que salariés, » ;

⑨ e) Au 11^o du II, la référence : « n^o 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 précité » est remplacée par la référence : « n^o 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 précitée » ;

⑩ f) Au dernier alinéa du II, après le mot : « effective », il est inséré le mot : « , totale » ;

⑪ g) Le III est supprimé ;

⑫ 3^o À la fin du 2^o du I de l'article L. 325-2, les mots : « élaborés par la conférence régionale de santé en vertu de l'article L. 767 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « développés dans le Bas-Rhin, le Haut-Rhin et la Moselle » ;

⑬ 4^o L'article L. 341-1 est ainsi rédigé :

⑭ « Art. L. 341-1. – L'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer un salaire supérieur à une fraction de la rémunération soumise à cotisations et contributions sociales qu'il percevait dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité. » ;

⑮ 5^o À l'article L. 341-2, le mot : « social » est supprimé ;

⑯ 6^o L'article L. 341-7 est complété par les mots : « dont relève l'assuré » ;

⑰ 7^o À l'article L. 341-8, le mot : « social » est supprimé ;

⑱ 8^o Au premier alinéa de l'article L. 341-9, le mot : « concédée » est remplacé par le mot : « attribuée » ;

⑲ 9^o L'article L. 341-11 est complété par les mots : « à l'initiative de la caisse ou de l'assuré » ;

⑳ 10^o À l'article L. 341-12, les mots : « du salaire ou du gain » sont remplacés par les mots : « de la rémunération » et les mots : « dans les conditions fixées » sont remplacés par les mots : « au-delà d'un seuil et dans des conditions fixés » ;

㉑ 11^o À l'article L. 341-14, les mots : « son salaire ou gain, lorsqu'il aura fait l'objet d'un traitement ou suivi » sont remplacés par les mots : « sa rémunération, lorsqu'il fait l'objet d'un suivi médical ou suit » ;

㉒ 12^o Au premier alinéa de l'article L. 341-14-1, les mots : « du présent code » sont remplacés par les mots : « , L. 351-15 du présent code ou » et, après la référence : « L. 732-18-3 », est insérée la référence : « , L. 732-29 » ;

㉓ 13^o L'article L. 341-16 est ainsi modifié :

- 24 a) Au premier alinéa, le mot : « concédée » est remplacé par le mot : « attribuée » ;
- 25 b) Au deuxième alinéa, les mots : « pour laquelle » sont remplacés par les mots : « à laquelle ».
- 26 II. – (*Supprimé*)
- 27 III. – Après l'avant-dernier alinéa de l'article L. 732-8 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 28 « Les montants des prestations annuelles d'invalidité servies au titre d'une inaptitude totale ou partielle ne peuvent être inférieurs à des montants minimaux, ni être supérieurs à des montants maximaux exprimés en pourcentage du plafond annuel mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, fixés par décret en Conseil d'État. »
- 29 IV. – Les montants des prestations d'invalidité servies au titre d'une inaptitude totale ou partielle dont la date d'effet est antérieure au 1^{er} janvier 2020 sont portés, au 1^{er} janvier 2020, aux niveaux correspondants aux montants minimaux prévus à l'article L. 732-8 du code rural et de la pêche maritime, dans sa rédaction résultant de la présente loi.
- 30 Par dérogation à l'article L. 781-22 du code rural et de la pêche maritime, et jusqu'à une date fixée par décret en Conseil d'État et ne pouvant excéder le 31 décembre 2020, tant que les revenus professionnels servant de base aux calculs des pensions d'invalidité ne peuvent être estimés pour les personnes mentionnées aux 1^{er} et 5^o de l'article L. 722-10 du même code dans les collectivités mentionnées à l'article L. 781-14 dudit code, les montants des prestations d'invalidité sont fixés aux montants minimaux mentionnés à l'article L. 732-8 du même code.
- 31 V. – Une contribution de 11 millions d'euros destinée à financer le relèvement des prestations d'invalidité mentionnées à l'article L. 732-8 du code rural et de la pêche maritime est prélevée au titre de l'exercice 2020 sur les excédents du fonds mentionné à l'article L. 731-35-2 du même code.
- 32 VI. – (*Supprimé*)
- 33 VII. – Les dispositions prévues au 1^o du I s'appliquent aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} janvier 2021. Les dispositions prévues aux 2^o à 13^o du même I s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2020.
- 34 Les dispositions prévues au V s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2020.
- 35 Les dispositions prévues au III s'appliquent aux prestations d'invalidité au titre de l'inaptitude totale ou partielle liquidées à compter du 1^{er} janvier 2020. – (*Adopté.*)

Article additionnel après l'article 55

M. le président. L'amendement n° 102 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Guerriau, Decool, Menonville et Fouché, Mme Mélot, MM. Lagourgue, Laufoaulu, Capus, Wattebled, A. Marc, Gabouty, Longeot, Lefèvre, de Nicolaÿ et Bonhomme, Mmes Guillotin et Guidez, M. H. Leroy, Mme Billon et MM. Bouchet et Laméni, est ainsi libellé :

Après l'article 55

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o L'article L. 323-6 est ainsi modifié :

a) Le 4^o est ainsi rédigé :

« 4^o De s'abstenir de toute activité professionnelle donnant lieu à des revenus d'activité ou rémunération ; »

b) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« En cas de non-respect du 4^o, peut être prononcée une sanction financière prévue à l'article L. 114-17. » ;

2^o Le 3^o de l'article L. 324-1 est ainsi rédigé :

« 3^o De s'abstenir de toute activité professionnelle donnant lieu à des revenus d'activité ou rémunération ; ».

La parole est à Mme Colette Mélot.

Mme Colette Mélot. Cet amendement vise à faciliter le maintien d'activités en dehors de l'activité professionnelle en cas d'arrêt de travail.

De nombreux médecins encouragent les personnes arrêtées à avoir des activités durant leur arrêt de travail, notamment en cas d'arrêt lié à une affection psychique ou mentale, ou à une maladie chronique.

Dans ces différents cas de figure, une activité en dehors de l'activité professionnelle pourrait s'avérer bénéfique à l'amélioration de l'état de santé du salarié et contribuerait à accélérer la reprise de l'activité professionnelle.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission souhaite tout d'abord savoir quelles évolutions le Gouvernement envisage. Elle se prononcera ensuite.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Madame la sénatrice, vous proposez de limiter les activités non autorisées en arrêt de travail aux seules activités de nature professionnelle suscitant un revenu : cela reviendrait à autoriser toute activité non professionnelle durant un arrêt maladie.

Lorsqu'une activité est possible, le médecin est le seul à pouvoir en juger. Il est en effet difficile de déterminer quelle activité peut être autorisée ou non, car cela dépend étroitement de la maladie et du métier exercé. On ne peut donc le prévoir de manière générale dans la loi.

L'appréciation de ce qui est autorisé ou non relève nécessairement du cas par cas. C'est la règle aujourd'hui, et cela doit le rester.

En revanche, l'information pourrait être renforcée sur la possibilité laissée au médecin d'autoriser une activité en la faisant apparaître sur le formulaire d'avis d'arrêt de travail. Les assurés également y être sensibilisés en enrichissant, par exemple, l'information disponible sur le site Ameli.

Je vous propose de travailler sur ces différents points, mais en l'état, j'émettrai un avis défavorable sur cet amendement.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je sollicite le retrait de cet amendement.

M. le président. Madame Mélot, l'amendement n° 102 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Colette Mélot. Je remercie Mme la secrétaire d'État des précisions qu'elle vient de m'apporter. Je vais retirer cet amendement, puisque le Gouvernement m'indique qu'une réflexion sera menée sur cette question.

On m'a signalé que la Cour de cassation avait validé l'obligation faite à un salarié de restituer les indemnités journalières perçues pour un arrêt de travail, car celui-ci s'était rendu à quelques réunions de conseil municipal et d'associations pendant la période d'arrêt. Il serait utile que les malades puissent demander au médecin de spécifier ce qu'ils peuvent faire ou pas.

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

M. le président. L'amendement n° 102 rectifié *bis* est retiré.

Article 56

① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Après le 2° de l'article L. 323-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

③ « Le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1 n'est pas applicable pour le versement de cette indemnité. » ;

④ 2° L'article L. 323-4 est ainsi rédigé :

⑤ « *Art. L. 323-4.* – L'indemnité journalière est égale à une fraction des revenus d'activité antérieurs soumis à cotisations à la date de l'interruption du travail, retenus dans la limite d'un plafond et ramenés à une valeur journalière.

⑥ « Le revenu d'activité journalier antérieur est déterminé d'après la ou les dernières payes antérieures à la date de l'interruption du travail.

⑦ « La fraction, le plafond ainsi que les modalités de détermination des revenus d'activité antérieurs retenus et de leur valeur journalière mentionnés au premier alinéa sont fixés par décret en Conseil d'État. » ;

⑧ 3° Après l'article L. 382-21, il est inséré un article L. 382-21-1 ainsi rédigé :

⑨ « *Art. L. 382-21-1.* – I. – Les ministres des cultes bénéficient des indemnités journalières prévues à l'article L. 323-1 lorsque leur incapacité physique, constatée par le médecin traitant selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, les met dans l'impossibilité de continuer ou de reprendre leur activité.

⑩ « L'indemnité journalière est égale à une fraction de l'assiette des cotisations à la charge des associations, congrégations ou collectivités religieuses dont relève le ministre du culte.

⑪ « Les indemnités journalières sont servies, à l'expiration d'un délai de carence et pour une durée maximale, aux assurés ayant la durée minimale d'affiliation prévue au dernier alinéa de l'article L. 313-1. Le point de départ du délai de carence et la durée maximale de versement sont ceux prévus à l'article L. 323-1.

⑫ « Les conditions prévues aux articles L. 323-4-1 à L. 323-7 sont applicables au versement des indemnités journalières.

⑬ « Un décret détermine les modalités d'application du présent I.

⑭ « II. – Les ministres des cultes bénéficient des indemnités journalières prévues aux articles L. 331-3 à L. 331-8. L'indemnité journalière est égale à une fraction de l'assiette des cotisations à la charge des associations, congrégations ou collectivités religieuses dont relève le ministre du culte. » ;

⑮ 4° Le troisième alinéa de l'article L. 433-1 est ainsi rédigé :

⑯ « Une indemnité journalière est servie en cas de délivrance par le médecin traitant d'un certificat autorisant un travail aménagé ou à temps partiel, si ce travail est reconnu par le médecin-conseil de la caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure. »

⑰ II. – Le livre VII du code rural et la pêche maritime est ainsi modifié :

⑱ 1° Au début de la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 732-4, les mots : « Les articles L. 323-3, » sont remplacés par les mots : « L'article L. 323-3, à l'exception de l'avant-dernier alinéa, ainsi que les articles » ;

⑲ 2° L'article L. 752-5-1 est ainsi modifié :

⑳ a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

㉑ « Une indemnité journalière est servie en cas de délivrance par le médecin traitant d'un certificat autorisant un travail aménagé ou à temps partiel si ce travail est reconnu par le médecin-conseil de la mutualité sociale agricole comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure. » ;

㉒ b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

㉓ c) Au troisième alinéa, les mots : « la reprise d'un travail léger » sont remplacés par les mots : « l'autorisation d'effectuer un travail aménagé ou à temps partiel » et les mots : « cette reprise » sont remplacés par les mots : « ce travail ».

㉔ III. – Les dispositions prévues au 2° du I s'appliquent aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} juillet 2020 et aux arrêts de travail prescrits avant cette date dont la durée n'a pas atteint trente jours consécutifs au 1^{er} juillet 2020.

㉕ Les dispositions prévues au 3° du même I s'appliquent aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} juillet 2020.

㉖ IV. – À titre expérimental, par dérogation à l'article L. 422-6 du code de la sécurité sociale et pour une durée maximale de deux ans, afin de prévenir la désinsertion professionnelle, la Caisse nationale de l'assurance maladie met en place des plateformes départementales pluridisciplinaires placées auprès des caisses primaires d'assurance maladie désignées à cette fin et coordonnant l'intervention des différents services de l'assurance maladie sur le territoire et des services de santé au travail mentionnés à l'article L. 4622-2 du code du travail. Ces plateformes peuvent, le cas échéant, associer à leurs actions d'autres acteurs intervenant dans le domaine de la prévention de la désinsertion professionnelle. Elles interviennent dès qu'un assuré en arrêts de travail fréquents ou prolongés est identifié comme exposé à un risque de désinsertion professionnelle par son employeur, un service social ou un professionnel de santé. La plateforme départementale, avec l'accord de

l'assuré et en coordination avec l'ensemble des professionnels de santé impliqués, notamment le médecin du travail, le médecin traitant et le médecin-conseil, réalise un diagnostic de la situation de l'assuré, définit un parcours d'accompagnement approprié, en assure le suivi et établit un bilan de suivi.

27 La Caisse nationale de l'assurance maladie, responsable de traitement, assure une synthèse anonymisée des situations des assurés et de leur évolution en exploitant ces bilans, afin de mesurer les résultats et l'impact du dispositif pour lutter contre la désinsertion professionnelle.

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

Les trois premiers sont identiques.

L'amendement n° 7 est présenté par Mme Noël, MM. B. Fournier, Pellevat et Morisset, Mme Deromedi, MM. Poniatowski et Chatillon, Mmes Eustache-Brinio et Gruny, M. Bonhomme, Mmes Garriaud-Maylam et Micouleau, M. Regnard, Mmes Renaud-Garabedian et Morhet-Richaud, M. Charon, Mmes Bonfanti-Dossat et Duranton, M. Panunzi, Mme Lamure et MM. Genest et Gremillet.

L'amendement n° 153 est présenté par Mme Lubin, MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigal, MM. Leconte, Montaugé, Sueur, Antiste et Bérit-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mme Lepage, M. Lurel, Mmes Monier, Perol-Dumont, Prévillie et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

L'amendement n° 226 est présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Alinéas 4 à 7

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. Jean-Marie Morisset, pour présenter l'amendement n° 7.

M. Jean-Marie Morisset. L'article 56 prévoit une réduction des indemnités journalières, les IJ, pour les parents de familles nombreuses.

Alors que, aujourd'hui, à partir du trente et unième jour de maladie, le parent de famille nombreuse bénéficie d'une IJ au taux majoré de 66,6 %, il s'agit, par cet article, de le réduire au taux de 50 %.

Le risque est important de porter atteinte aux droits de parents malades sur une longue durée – plus d'un mois –, ayant trois enfants ou plus, dès lors qu'ils sont récents dans une entreprise ou salariés d'une entreprise offrant peu de droits, notamment pas le maintien du salaire.

Nombre d'entreprises vont devoir compenser et supporteront donc une charge nouvelle. Certaines ne compenseront pas : des familles déjà très fragilisées subiront alors des pertes d'indemnisation.

Aucune mesure d'impact de cette disposition sur les familles ni même sur les entreprises n'est présentée. Sur le plan des principes, il s'agit d'un recul de la solidarité natio-

nale. Dans la vie quotidienne des familles, la maladie de parents de familles nombreuses, au sein desquelles la mono-activité et les temps partiels sont plus fréquents, fragilise davantage ces foyers et la situation des enfants.

M. le président. La parole est à Mme Monique Lubin, pour présenter l'amendement n° 153.

Mme Monique Lubin. Mes arguments sont les mêmes que ceux qui viennent d'être présentés par mon collègue. Il me paraît de surcroît terriblement incongru de vouloir réduire les indemnités journalières de familles de plus de trois enfants !

M. le président. La parole est à Mme Michelle Gréaume, pour présenter l'amendement n° 226.

Mme Michelle Gréaume. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 33, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Pour les assurés ayant un nombre d'enfants minimum à charge, au sens de l'article L. 161-1, cette indemnité représente une fraction plus élevée du gain journalier de base, après une durée déterminée.

La parole est à M. le rapporteur général, pour présenter cet amendement et pour donner l'avis de la commission sur les autres amendements en discussion commune.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il s'agit de maintenir la majoration des indemnités journalières au bénéfice des familles nombreuses.

Dans cette perspective, l'amendement de la commission est préférable aux trois amendements identiques qui viennent d'être présentés.

Les alinéas 4 à 7 de l'article 56 visent à réécrire les dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux indemnités journalières pour maladie. Cette réécriture supprime des dispositions obsolètes.

Toutefois, elle supprime aussi la mention de la majoration des indemnités journalières à partir de trente jours d'arrêt pour les personnes ayant plusieurs enfants à charge. Or je ne vois pas de raison valable à la suppression de cette majoration, si ce n'est la recherche d'économies, au demeurant limitées à 70 millions d'euros en année pleine.

Je partage donc l'avis des auteurs des amendements que nous examinons. L'amendement de la commission vise à réintroduire cette majoration, mais en conservant les autres modifications rédactionnelles que vous proposez et qui me semblent pertinentes.

Je sollicite donc le retrait des trois amendements identiques, au profit de l'amendement n° 33 de la commission.

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

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Défavorable, sur l'ensemble de ces amendements.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, je sollicite le vote par priorité de l'amendement n° 33 de la commission.

M. le président. Je rappelle que, aux termes de l'article 44, alinéa 6, du règlement du Sénat, la priorité est de droit lorsqu'elle est demandée par la commission saisie au fond, sauf opposition du Gouvernement.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Favorable, monsieur le président.

M. le président. La priorité est ordonnée.

La parole est à Mme Élisabeth Doineau, pour explication de vote.

Mme Élisabeth Doineau. J'avais souligné en première lecture le caractère incongru de l'article 56, et j'avais invité le Sénat à voter des amendements de suppression.

La rédaction proposée par la commission me semble conforme aux attentes que j'avais pu exprimer.

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

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, les amendements n°s 7, 153 et 226 n'ont plus d'objet.

Je mets aux voix l'article 56, modifié.

(L'article 56 est adopté.)

TITRE III

DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DEPENSE DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 57

- ① I. – 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 mentionnée à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est fixé à 649 millions d'euros pour l'année 2020.
- ② II. – 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 139 millions d'euros pour l'année 2020.
- ③ III. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie 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 150 millions d'euros pour l'année 2020. – *(Adopté.)*

Article 57 bis

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le titre IV du livre I^{er} est ainsi modifié :
- ③ a) Au début de l'intitulé, les mots : « Expertise médicale – » sont supprimés ;
- ④ b) Le chapitre I^{er} est abrogé ;

⑤ c) La section 5 du chapitre II est complétée par un article L. 142-10-2 ainsi rédigé :

⑥ « Art. L. 142-10-2. – Les contestations portant sur l'application par les professionnels de santé des nomenclatures d'actes professionnels et d'actes de biologie médicale peuvent donner lieu, à la demande du juge, à une expertise technique spécifique, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;

⑦ d) Au premier alinéa de l'article L. 142-11, les mots : « en application des articles L. 141-1 et L. 141-2 ainsi que » sont supprimés et la référence : « aux 4° » est remplacée par les références : « aux 1° et 4° » ;

⑧ 2° À la fin de la dernière phrase du III de l'article L. 315-2, les mots : « donnent lieu à l'expertise médicale mentionnée à l'article L. 141-1 » sont remplacés par les mots : « sont soumises aux règles prévues au chapitre II du titre IV du livre I^{er} » ;

⑨ 3° À la fin du 1° de l'article L. 324-1, les mots : « et, en cas de désaccord avec le service du contrôle médical, par un expert » sont supprimés ;

⑩ 4° Au 2° de l'article L. 431-2, les mots : « contestation, de l'avis émis par l'expert » sont remplacés par les mots : « recours préalable, de l'avis émis par l'autorité compétente pour examiner ce recours » ;

⑪ 5° Au 1° de l'article L. 432-4-1, les mots : « d'un commun accord » et, à la fin, les mots : « et le médecin-conseil de la sécurité sociale, et, en cas de désaccord entre ces deux médecins, par un expert dans les conditions prévues à l'article L. 141-1 » sont supprimés ;

⑫ 6° À la fin de l'article L. 442-6, les mots : « ou, en cas de désaccord, d'après l'avis émis par l'expert » sont supprimés.

⑬ II. – Le IV de l'article 96 de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice est ainsi modifié :

⑭ 1° À la fin du 8°, les mots : « après les mots : “de l'autorité”, il est inséré le mot : “médicale” » sont remplacés par les mots : « après le mot : “préalable”, sont insérés les mots : “, lorsqu'il s'agit d'une autorité médicale,” » ;

⑮ 2° Au second alinéa du 10°, les mots : « L'avis rendu par l'autorité médicale » sont remplacés par les mots : « Lorsque l'autorité » et, après la référence : « L. 142-1, », sont insérés les mots : « est une autorité médicale, son avis » ;

⑯ 3° Au a du 12°, les mots : « après le mot : “autorité”, il est inséré le mot : “médicale” » sont remplacés par les mots : « après le mot : “préalable”, sont insérés les mots : “, lorsqu'il s'agit d'une autorité médicale,” ».

⑰ III. – Le I du présent article est applicable aux contestations, aux recours préalables et aux recours juridictionnels introduits à compter d'une date fixée par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1^{er} janvier 2022. – *(Adopté.)*

Article 58

- ① Pour l'année 2020, 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 224,1 milliards d'euros ;

- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 222,6 milliards d'euros. – (Adopté.)

Article 59

- ① Pour l'année 2020, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

②

(En milliards d'euros)	
Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	93,6
Dépenses relatives aux établissements de santé	84,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	10,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,7
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,5
Autres prises en charge	2,4
Total	205,6

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

Mme Laurence Cohen. Le Gouvernement a réussi l'exploit de faire l'unanimité politique contre l'article 59, du moins au Sénat.

M. Martin Lévrier. Non ! Et nous ?

Mme Laurence Cohen. Excepté, bien sûr, le groupe La République En Marche ! (Sourires.)

Cet article fait aussi contre lui l'unanimité syndicale et des collectifs Inter-Urgences et Inter-Hôpitaux. C'est en effet cet article qui fixe un Ondam particulièrement insuffisant !

Les professionnels de santé sont unanimes. Je voudrais rappeler le cri d'alarme de soixante-dix des soixante-dix-sept directeurs médicaux des départements médico-universitaires de l'AP-HP, qui ont écrit une tribune, le 14 novembre dernier, intitulée « Hôpitaux : silence, on coule ! » Ils écrivent : « Ce système s'écroule et nous ne sommes plus en mesure d'assurer nos missions dans de bonnes conditions de qualité et de sécurité des soins ».

L'hôpital craque de partout, et la Fédération hospitalière de France met en cause le sous-financement organisé de l'hôpital.

Le plan Investir pour l'hôpital prévoit 300 millions d'euros supplémentaires pour l'assurance maladie, dont seulement 200 millions d'euros pour 2020, qui seront donc destinés aux hôpitaux : 200 millions d'euros rapportés aux 1 364 hôpitaux publics, cela revient à donner 146 000 euros supplémentaires par hôpital, soit environ à peine deux postes d'urgentistes. On voit là concrètement que ce plan n'est absolument pas à la hauteur !

Voilà ce que représente pour votre gouvernement et pour le président Macron un plan « conséquent » : nous ne vivons pas dans le même monde !

Nous avons souligné à plusieurs reprises qu'il fallait un Ondam beaucoup plus fort, à 4,5 %, ce qui correspond à 5 milliards d'euros.

C'est loin d'être utopique : la transformation du CICE en réduction de 6 points de cotisations sociales représente 22 milliards d'euros en moins pour notre système de protection sociale. Cessons de dire à l'envi que les moyens font défaut. C'est la volonté politique du Gouvernement qui manque !

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, sur l'article.

M. Yves Daudigny. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, il n'est pas possible de qualifier d'« historique » une hausse de 200 millions d'euros pour 2020 du sous-objectif des établissements hospitaliers !

De la même façon, il n'est pas possible de considérer comme historique une annonce de 1,5 milliard d'euros en trompe-l'œil, alors que cette somme ne recouvre en réalité que 700 millions d'euros nouvellement ajoutés sur trois ans.

Nous avons proposé, avec nos collègues députés socialistes, un plan pour l'hôpital tout à fait crédible, plus ambitieux que le vôtre et financé, alors que les mesures proposées aujourd'hui par le Gouvernement ne le sont pas.

Quant aux mesures salariales en faveur des personnels pressurés et à bout de souffle, elles se limitent à des primes géographiquement discriminatoires, managériales et sur critères de qualité de soins. Mais le système lui-même rend cette qualité de soins inatteignable, puisqu'il conduit à la déshumanisation.

Rien dans vos dernières et énièmes annonces, madame la secrétaire d'État, ne changera le travail au quotidien : pas d'ouverture de lits, pas même de moratoire de fermeture de lits, pas de plan de recrutement. L'étau ne se desserrera pas.

D'ailleurs, les personnels hospitaliers en grève ont accueilli très fraîchement votre plan, pourtant déclaré révolutionnaire. Et c'est un euphémisme ! Ils sont aujourd'hui encore mobilisés sur le terrain pour sensibiliser nos concitoyens et interpeller de nouveau les élus.

L'intersyndicale de la psychiatrie publique a très mal pris – c'est peu de le dire ! – votre « silence assourdissant » et celui du Premier ministre sur ce champ médical, parent pauvre de notre système de santé.

Vous l'avez compris, nous présenterons un amendement de suppression de cet article.

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

L'amendement n° 40 rectifié *ter* est présenté par MM. Mouiller, Retailleau et Vaspart, Mme Ramond, MM. Hugonet, Bouchet et Pellevat, Mmes Thomas et Chain-Larché, MM. Bonne, Lefèvre et Calvet, Mme Deromedi, MM. Danesi et Daubresse, Mmes Micouleau et L. Darcos, M. Gremillet, Mme Bruguère, M. B. Fournier, Mmes Morhet-Richaud et Richer, M. Cardoux, Mme Deroche, M. Piednoir, Mme Chauvin, MM. Morisset et Chaize, Mme F. Gerbaud, MM. Pierre, Poniatowski et de Nicolaÿ, Mmes Berthet, A.M. Bertrand et Gruny, MM. Dufaut, Duplomb, J.M. Boyer, Mayet et Saury, Mme Lassarade, MM. Savin, Charon, Brisson, Perrin et Raison, Mme Malet, MM. Karoutchi, Chatillon et Mandelli, Mmes Lopez et Troendlé, M. Cuypers, Mme Di Folco et M. Le Gleut.

L'amendement n° 154 est présenté par MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Artigalas, MM. Leconte, Montaügé, Sueur, Antiste et Bérit-Débat, Mmes Blondin, Bonnefoy et Conconne, MM. Courteau, Duran, Fichet et Gillé, Mmes Harribey et G. Jourda, M. Lalande, Mme Lepage, M. Lurel, Mmes Monier, Perol-Dumont, Prévile et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

L'amendement n° 227 est présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Philippe Mouiller, pour présenter l'amendement n° 40 rectifié *ter*

M. Philippe Mouiller. Je présente cet amendement au nom du groupe Les Républicains.

Madame la secrétaire d'État, je ne reviendrai pas sur les méthodes du Gouvernement. Jamais le Parlement n'a connu un tel mépris à l'occasion de l'examen du budget de la sécurité sociale ! Si au moins cette situation inédite avait permis de trouver des solutions pour la santé, pour l'hôpital...

Le Gouvernement ne cesse depuis six mois d'aller de plan d'urgence en plan d'urgence. La forte mobilisation des personnels hospitaliers et des autres professionnels de santé, le 14 novembre dernier, l'a contraint à annoncer un énième plan de soutien en faveur de l'hôpital.

Nous considérons que les moyens indispensables pour sortir du piège de la crise n'y sont pas et qu'une réforme d'ampleur est nécessaire.

Le plan du Gouvernement ressemble davantage à un saupoudrage de mesures qu'à un plan de sauvetage. En effet, les 200 millions d'euros pour les hôpitaux et les 100 millions d'euros pour les établissements publics de gériatrie débloqués pour 2020 ne sont qu'une goutte d'eau par rapport aux besoins de l'hôpital.

Pourtant, réformer l'hôpital est possible, en donnant leur autonomie aux établissements, en démocratisant l'hôpital et en rendant le pouvoir aux soignants.

Réformer, c'est aussi accepter de donner une juste rémunération aux personnels pour rendre les métiers de la santé plus attractifs. C'est également régionaliser l'organisation de la santé et se rapprocher des besoins de terrain.

Les règles d'irrecevabilité financière ne permettent pas d'amender cet article. Nous ne pouvons donc que proposer sa suppression.

Mme Catherine Deroche. Très bien !

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

M. Yves Daudigny. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour présenter l'amendement n° 227.

Mme Laurence Cohen. J'y insiste, madame la secrétaire d'État, l'Ondam pour 2020 est inférieur à celui de 2019, alors que l'hôpital connaît une grave crise, et ce malgré le geste soi-disant fait par le Gouvernement. Cela pose problème ! Visiblement, il faudrait une mobilisation encore plus forte pour que les propos tenus au Sénat soient réellement entendus.

On a l'impression que l'expérience que nous portons, riche de nos sensibilités différentes et de nos échanges avec les personnes que nous rencontrons, ne sert strictement à rien, car vous êtes absolument persuadés – je ne sais pas d'ailleurs qui vous en persuade ! – de la justesse de votre ligne politique, qui n'est soutenue par personne dans le monde de l'hôpital et de la santé.

Cela craque de partout ! De l'aide-soignante au grand professeur, sur les plateaux de télévision, dans les tribunes des journaux, les professionnels crient au secours, et vous restez droits dans vos bottes en disant : « Non, tout va bien, on a déjà tellement fait ! »

Le débat de cet après-midi prouve encore une fois que vous avez peu à faire du mouvement social, et encore moins des parlementaires que nous sommes.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* Je l'ai dit lors de la discussion générale, la commission est favorable à ces trois amendements identiques de suppression de l'article 59.

Les chiffres sont les chiffres : il ne faut pas dire qu'il y a une augmentation de 200 millions d'euros du plan Hôpital. En effet, ce qui est prévu, c'est 1,8 milliard d'euros précisément entre 2019 et 2020, montant qui comprend les 200 millions d'euros d'augmentation exceptionnelle annoncés après la discussion du projet de loi en première lecture.

Telle est la réalité des chiffres !

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

Mme Christelle Dubos, *secrétaire d'État.* Vous souhaitez, mesdames, messieurs les sénateurs, supprimer l'article fixant le niveau de l'Ondam pour 2020.

Indépendamment du fait qu'il s'agit d'un article obligatoire de la loi de financement de la sécurité sociale, dont la suppression serait incompatible avec l'adoption du PLFSS, l'Ondam pour 2020 traduit légalement l'investissement du Gouvernement dans la santé.

À cet égard, nous ne sommes pas d'accord, mais je ne citerai pas de nouveau l'ensemble des mesures qui ont été annoncées le 20 novembre par le Gouvernement et le Premier ministre.

J'émetts donc un avis défavorable sur ces amendements identiques.

M. le président. La parole est à M. Martin Lévrier, pour explication de vote.

M. Martin Lévrier. Mes chers collègues, les bras m'en tombent ! (*Exclamations ironiques sur les travées du groupe Les Républicains.*) Je ne trouve pas d'autres mots pour évoquer ce qui a lieu au Sénat...

Voilà deux semaines, mes chers collègues, vous avez rejeté l'ensemble du texte pour « insincérité », sans attendre les annonces du Gouvernement sur le relèvement de l'Ondam. C'était votre point de départ.

Je rappelle les chiffres cités par le rapporteur général ce matin et ceux qu'il vient d'ajouter. La dépense est de 205,6 milliards d'euros pour 2020. L'Ondam connaît une progression puisqu'il passe de 2,3 % à 2,45 %. L'Ondam hospitalier bénéficie de crédits d'un montant de 1,8 milliard d'euros entre 2018 à 2020, avec un relèvement de 300 millions d'euros supplémentaires. L'Ondam hospitalier s'établit donc à 2,4 %, ce qui représente un total de 84,4 milliards d'euros.

Le sous-objectif de contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées a été relevé, pour prendre en compte les mesures de revalorisation de la rémunération des aides-soignants. Ses crédits passent ainsi de 10 milliards à 11,7 milliards d'euros. Des gouttes d'eau?...

Une visibilité des budgets sur trois ans est mise en place, par des financements supplémentaires fléchés sur l'hôpital à hauteur de 1,5 milliard d'euros.

Il ne s'agit pas d'un énième plan de réanimation de l'hôpital, comme on en a connu au cours des dix dernières années. Il s'agit d'un investissement très important. Si l'on y ajoute la reprise de la dette, c'est considérable !

Vous proposez de balayer d'un revers de main cet article 59, donc le PLFSS sur lequel nous travaillons ensemble. Nous aurions pu il y a quinze jours, comme notre groupe l'avait proposé, poursuivre l'examen du texte. Le résultat aurait été le même, mais nous aurions pu examiner davantage d'amendements. C'eût été beaucoup plus démocratique ! (*Exclamations ironiques sur les travées des groupes Les Républicains, SOCR et CRCE.*)

Quels messages voulez-vous adresser aux acteurs de la santé et, au-delà, à tous les Français ?

Mme Laurence Cohen. De meilleurs messages que le vôtre !

M. Martin Lévrier. Je crois qu'ils sont au nombre de trois.

Premièrement, le Sénat ne veut pas statuer sur une trajectoire des dépenses et laisse flotter une incertitude sur la gestion générale des dépenses de sécurité sociale.

Deuxièmement, le Sénat se défait sur l'Assemblée nationale, qui décidera seule de la trajectoire des dépenses de la sécurité sociale. Ce faisant – soyons clairs ! –, il montre à quel point il aime se tirer une balle dans le pied.

Mme Laurence Cohen. C'est le Gouvernement qui se tire une balle dans le pied !

M. Martin Lévrier. Troisièmement, le Sénat veut envoyer un message purement politicien d'obstruction.

Pour rappel, c'est la majorité gouvernementale qui a mis un terme aux années de rigueur et d'austérité imposées à l'hôpital public par les précédents gouvernements, que beaucoup d'entre vous ont pourtant soutenus.

Il est profondément triste que la droite comme la gauche dépose des amendements qui sont purement et simplement de suppression. Nous retrouvons là cet esprit de contradiction et d'opposition non constructive qui pourrait se résumer par la formule suivante : nous sommes contre, car nous sommes contre ! (*Protestations sur les travées des groupes CRCE, SOCR et Les Républicains.*)

Où est votre proposition ? Que proposez-vous ?

Nous voterons, bien évidemment, contre ces amendements de suppression de l'Ondam.

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

Mme Marie-Noëlle Lienemann. On pourrait se dire que la succession des plans et ce qui nous a été proposé récemment constituent un bricolage par rapport à l'enjeu de l'avenir de notre système de santé. Pour ma part, je le dis tout net : il s'agit d'un assassinat de l'hôpital public.

M. Martin Lévrier. Vous avez soutenu un gouvernement qui avait fixé l'Ondam à 1,6 % !

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Figurez-vous que je n'avais pas voté cette mesure !

En effet, à la différence de certains autres, je vote conformément à ce que je dis et à ce que je pense. Ce n'est pas le cas de la plupart des membres du Gouvernement, qui, dans le passé, ont tous voté ces dispositions et qui découvrent aujourd'hui que le gouvernement précédent était une calamité ! Ils n'avaient qu'à ne pas le soutenir... Quant à moi, je ne l'ai pas fait.

Nous sommes dans une situation dramatique.

Tout d'abord, on ne parvient pas à suivre les dépenses naturelles de santé, lesquelles n'ont pas été définies par le groupe CRCE, mais sont communément admises dans les comptes de la sécurité sociale comme une évolution naturelle des dépenses. On est bien en deçà, alors que la situation est d'ores et déjà extrêmement grave.

Ensuite, les salaires n'ont pas été revalorisés. Dans nombre d'endroits, les postes sont vacants : même lorsqu'ils sont créés, on ne trouve pas d'agents pour les occuper. À force de dévalorisation de ces métiers, on connaît une crise dramatique des vocations et de la capacité à répondre aux besoins !

Par ailleurs, vous n'ouvrez aucun lit. Tous les professionnels des services d'urgence disent qu'il est nécessaire d'ouvrir des lits, afin de traiter correctement la suite des urgences.

Or des recettes, on peut en dégager dans ce pays ! Au lieu de passer notre temps à donner des primes pour ne pas augmenter les salaires, il faudrait prévoir un mécanisme intégrant une hausse salariale qui soit à la hauteur des attentes de nos concitoyens – il y a, en effet, de plus en plus de salariés pauvres ! – et rendre effective l'égalité salariale entre les hommes et les femmes, sans attendre encore vingt-cinq ou trente années.

M. le président. Veuillez conclure, ma chère collègue !

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Si ces mesures étaient prises, nous disposerions des recettes nécessaires pour fixer un Ondam équilibré, qui corresponde aux dépenses naturelles de santé.

Mme Laurence Cohen. Tout à fait !

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote.

Mme Nathalie Goulet. Nous sommes dans une situation extrêmement difficile.

Du fait des conditions d'examen de ce PLFSS, nous n'avons pas pu amender cet article. Or le fait de le rejeter en bloc nous conduira à rendre le travail fait par le Sénat totalement inopérant et à laisser la main à l'Assemblée nationale.

Mme Laurence Cohen. Non !

Mme Nathalie Goulet. Si, c'est mon sentiment !

Le plus grave, madame la secrétaire d'État, c'est que l'effort annoncé, même s'il existe, est sans commune mesure avec les besoins des personnels, qui sont complètement épuisés, et alors même que la situation sociale de notre pays est très compliquée et explosera dans quatre jours.

Au vu de cette situation globale, je ne prendrai pas part au vote.

M. le président. La parole est à Mme Colette Mélot, pour explication de vote.

Mme Colette Mélot. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, le niveau de l'Ondam a été relevé à 2,45 %, alors qu'il était de 2,1 % dans le projet de loi initial, ce qui correspond certainement aux 300 millions d'euros supplémentaires dont bénéficieront les hôpitaux.

Au nom du groupe Les Indépendants, et au nom du réalisme, nous ne voterons pas ces amendements identiques de suppression.

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Je veux revenir sur certaines choses qui ont été dites, car elles ne sont ni réelles ni vraies.

Tout d'abord, les chiffres annoncés par notre collègue et ami Martin Lévrier sont vrais, mais il a oublié de dire que le déficit prévu atteignait 5,1 milliards d'euros et qu'il allait passer à 5,4 milliards. Il fallait le dire aussi ! (*M. Martin Lévrier s'exclame.*)

Par ailleurs, Mme la secrétaire d'État a dit que, si nous ne votions pas l'article 59, il ne pourrait y avoir aucune lisibilité sur l'ensemble du texte. Or, en ne votant pas cet article, nous ne ferions que rejeter l'Ondam. En effet, nous avons voté l'article 58 et, ce faisant, nous avons adopté les objectifs pour les branches, ce qui donne une consistance à notre vote. Il n'y a pas de raison de ne pas aller plus loin par la suite.

Enfin, puisque Mme Goulet a parlé de messages, il est vrai que le dernier mot reviendra à l'Assemblée nationale, mais c'est le cas quasiment à chaque fois.

Toutefois, nos messages sont les suivants : nous sommes contre la non-augmentation réelle des retraites, contre la non-augmentation réelle des prestations familiales, favorables à une politique nataliste et contre un endettement supplémentaire de l'assurance maladie.

Le Sénat a fait son travail en disant quelles sont les réalités et en affirmant ses positions. C'est à nous, désormais, de faire passer ces messages auprès de la population. Je ne suis pas persuadé qu'elle ne les entendra pas ; je pense même le contraire ! (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.*)

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 40 rectifié *ter*, 154 et 227.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe La République En Marche.

Je rappelle que l'avis de la commission est favorable et que celui du Gouvernement est défavorable.

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

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

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

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à constater le résultat du scrutin.

(*Mmes et MM. les secrétaires constatent le résultat du scrutin.*)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 52 :

Nombre de votants	340
Nombre de suffrages exprimés	340
Pour l'adoption	281
Contre	59

Le Sénat a adopté.

En conséquence, l'article 59 est supprimé, et les amendements n° 228, 229 et 12 n'ont plus d'objet.

Article 60

- ① 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 260 millions d'euros au titre de l'année 2020.
- ② 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 414 millions d'euros au titre de l'année 2020.
- ③ III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à un milliard d'euros au titre de l'année 2020.
- ④ IV. – Les montants mentionnés aux articles L. 242-5 du code de la sécurité sociale et L. 751-13-1 du code rural et de la pêche maritime couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif mentionné à l'article L. 4163-1 du code du travail sont respectivement fixés à 157,4 millions d'euros et 11,4 millions d'euros pour l'année 2020.

M. le président. La parole est à Mme Corinne Féret, sur l'article.

Mme Corinne Féret. À l'occasion de l'examen de cet article, qui concerne la contribution du budget au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, nous avons, avec mon collègue Yannick Vaugrenard, déposé des amendements, qui n'ont pas passé le filtre de l'entonnoir.

Je souhaite m'exprimer en tant représentante du département du Calvados, qui a été fortement touché par les ravages de l'amiante. Je pense en particulier à ce que l'on appelle « la vallée de la mort », près de Condé-sur-Noireau, mais aussi à l'ancienne usine Tréfinmétaux, sur la côte, à Dives-sur-Mer.

Je tiens à assurer de toute ma solidarité toutes les victimes qui, depuis plus de vingt ans, ont déposé les premières plaintes pour homicides et blessures et qui connaissent, nous le savons, de grandes difficultés à faire reconnaître leurs droits.

Mme Nathalie Goulet. C'est la même chose dans l'Orne!

M. le président. Je mets aux voix l'article 60.

(L'article 60 est adopté.)

Article 61

- ① Pour l'année 2020, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,6 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,2 milliards d'euros.

M. le président. La parole est à Mme Corinne Féret, sur l'article.

Mme Corinne Féret. Je souhaite saisir cette première occasion d'évoquer la branche AT-MP. En effet, 2020 constituera le huitième exercice excédentaire consécutif pour cette branche. Cette cagnotte accumulée, et très convoitée, devrait atteindre près de 5 milliards d'euros l'an prochain. Les voyants sont donc plus qu'au vert ! Aussi, les choses ne devraient donc pas rester en l'état.

Au titre de la sous-déclaration des maladies professionnelles, un milliard d'euros a été reversé à la branche maladie. Or je rappelle que cette branche est censée responsabiliser les employeurs en matière de sinistralité.

Il convient, également, d'accroître les actions de prévention.

Ainsi, chaque année, le nombre d'accidents du travail dans le secteur de l'aide à domicile, bat tous les records : il est trois fois plus élevé que la moyenne nationale, tous secteurs confondus.

②

<i>(En milliards d'euros)</i>	
Prévision de charges	
Fonds de solidarité vieillesse	18,2

③ – *(Adopté.)*

M. le président. Personne ne demande la parole?...

Je mets aux voix, modifié, l'ensemble de la quatrième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

De tous les domaines d'activité comptant plus de 50 000 salariés recensés par l'assurance maladie, celui de l'aide à domicile est le plus touché par les accidents du travail – davantage que les maçons, les menuisiers ou même encore les mécaniciens industriels. Il y a donc beaucoup à faire.

Nous pourrions, par ailleurs, adapter cette branche à son époque, en reconnaissant de nouveaux risques professionnels. Je pense en particulier au fléau de l'épuisement professionnel, plus communément appelé burn-out, qui prend de l'ampleur. Il faudrait une véritable reconnaissance et une action plus forte dans ce domaine.

Enfin, la ministre du travail, Muriel Pénicaud, avait indiqué qu'un projet de loi sur la santé au travail devait être présenté au printemps ou, au plus tard, à l'été 2019. Nous sommes en décembre et nous ne voyons toujours rien venir...

Mme la secrétaire d'État pourrait-elle nous apporter quelques précisions sur un éventuel calendrier d'examen de ce texte, si important pour l'ensemble des salariés ?

M. le président. Je mets aux voix l'article 61.

(L'article 61 est adopté.)

Article 62

- ① Pour l'année 2020, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 247,3 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 141,7 milliards d'euros. – *(Adopté.)*

Article 63

Pour l'année 2020, les objectifs de dépenses de la branche Famille de la sécurité sociale sont fixés à 50,3 milliards d'euros. – *(Adopté.)*

Article 64

- ① Pour l'année 2020, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

(La quatrième partie du projet de loi est adoptée.)

M. le président. Nous avons achevé l'examen des articles de ce texte.

Vote sur l'ensemble

M. le président. Avant de mettre aux voix l'ensemble du projet de loi, je donne la parole à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Je me réjouis que le Sénat ait adopté un certain nombre de mesures qui vont dans le bon sens et améliorent les choses. Leur adoption montre que nous sommes parvenus à nous rassembler majoritairement sur ces points, ce qui est positif.

Je m'en réjouis d'autant plus que la politique menée par le Gouvernement, et que combat le groupe communiste, républicain, citoyen et écologiste – ce n'est pas un scoop! – se situe dans le droit fil des logiques qui ont été suivies et des politiques qui ont été menées, depuis plus de vingt ans, par les gouvernements successifs. Si l'hôpital en est là aujourd'hui, c'est à cause de ces politiques et des mesures prises alors, qui ne correspondaient pas aux besoins.

Il est positif d'avoir adopté des dispositions visant à redresser la situation, mais celles-ci sont insuffisantes. Pour ce qui est des moyens de trouver de nouvelles recettes et de mettre fin aux exonérations, on n'a pas vu de majorité se dégager...

Les moyens finalement dégagés pour notre système de protection sociale et pour l'hôpital étant largement insuffisants, le groupe CRCE ne votera pas ce PLFSS.

Nous voterons contre, aussi, parce que les conditions de ce débat ont été particulièrement antidémocratiques, certes lors de la première lecture, mais aussi lors de la deuxième lecture : non seulement nos questions sont souvent restées sans réponse, mais Mme la ministre de la santé ne nous a pas fait l'honneur d'être présente pour ce débat.

Enfin, j'y insiste, un certain nombre de questions, ont été prises pour le moins à la légère ; ce fut le cas de celles relatives à la Cour des comptes et à l'AAH. Un tel débat n'est pas démocratique et ne respecte pas la représentation parlementaire.

Pour toutes ces raisons, nous voterons contre ce budget de la sécurité sociale et nous soutiendrons, bien évidemment, les luttes qui continueront d'être menées dans le monde de la santé, pour faire reculer davantage le Gouvernement.

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

M. René-Paul Savary. Madame la secrétaire d'État, nous vivons un moment historique, du fait non pas des propositions qui ont été faites, mais de la réaction du Sénat. Vous avez réussi à faire quasiment l'unanimité sur nos travées contre le PLFSS! Nos votes seront différents, car nos stratégies divergent, mais les arguments sont identiques.

Je veux attirer votre attention sur le fait que vous avez organisé, dès le départ, le déficit du PLFSS, puisque les recettes ne sont pas du même niveau que les dépenses.

C'est d'autant plus grave pour la branche maladie. En effet, vous avez proposé des mesures nouvelles, qui sont indispensables, même si elles ne sont pas suffisantes, mais qui sont payées par la dette. Le déficit est donc encore aggravé, alors que nous aurons besoin d'argent pour assurer les dépenses! Cet effet de ciseaux sera à un moment donné pénalisant, remettant en cause notre modèle social.

Pour la branche vieillesse, le problème est identique, puisque le déficit prévisionnel s'accroît.

Au moment où nos concitoyens sont confrontés à la réforme des retraites et où il faut trouver des mesures de compensation, le Gouvernement, pour qu'il y ait le moins de perdants du système, lâche encore du lest et de l'argent supplémentaire.

Le système est déficitaire. Or, par définition, un système contributif et par points a un rendement défini et doit donc être équilibré. Si l'on prend des mesures de compensation pour les perdants du système, du fait de l'effet de ciseaux, le déficit sera multiplié par deux. L'affaire est donc particulièrement inquiétante.

On le voit, cette politique ne convient pas à nos concitoyens. Et aux manifestations des professionnels de santé s'ajouteront, le 5 décembre, celles qui concernent la branche vieillesse.

C'est pourquoi des sénateurs, de toutes sensibilités politiques, vous ont alerté sur les difficultés rencontrées sur le terrain. Tenez-en compte et écoutez-nous, pour que la situation que nous avons connue l'an dernier ne se reproduise pas! (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.*)

M. le président. La parole est à Mme Élisabeth Doineau, pour explication de vote.

Mme Élisabeth Doineau. Alors que nous parvenons à l'issue de ces travaux, je constate que l'ambiance durant l'examen de ce PLFSS a été très particulière, comme l'ont noté nombre de mes collègues. Le Gouvernement est resté hermétique à toutes nos propositions et a peu écouté nos conseils.

Madame la secrétaire d'État, si ce qui a eu lieu lors de l'examen de la première partie de ce PLFSS était un mauvais concours de circonstances, il est toutefois anormal que vous ayez réagi avec autant de retard sur le malaise qui existe à l'hôpital. Vous avez agi avec beaucoup de maladresse, par à-coups, ce qui n'est audible ni par les parlementaires ni par la population. Cela manifeste un manque de respect et de confiance envers le Parlement et nos concitoyens.

Vous n'avez pas de circonstances atténuantes, et je le regrette. C'est la raison pour laquelle j'ai voté les amendements visant à supprimer la sous-revalorisation des prestations sociales, ainsi que ceux qui tendaient à supprimer les dérogations systématiques à la loi Veil, lesquelles ne sont pas acceptables.

Vous n'avez pas tenu la promesse de l'assainissement les comptes de la sécurité sociale, que vous annonciez l'an dernier. On voit bien aujourd'hui que nous n'y sommes pas!

Ce manque de respect et de confiance est un véritable problème. Un grand SOS a été inscrit, hier, sur la façade de l'hôpital de Caen. Ce SOS, nous vous le lançons nous aussi aujourd'hui. Hélas, nous savons que la bouteille est à la mer et que vous ne la recueillerez pas...

Cette détresse liée au manque de moyens dont font état les personnels dans de nombreux établissements, vous ne l'entendez pas, et je le regrette. (*Applaudissements sur les travées du groupe UC.*)

M. le président. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour explication de vote.

Mme Véronique Guillotin. Comme tout le monde, j'ai trouvé particulièrement difficile, pour ne pas dire pénible et surtout frustrant, l'examen de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui a été engagé voilà trois semaines et qui s'est déroulé en deux temps : une première lecture interrompue en plein milieu et une nouvelle lecture

en moins d'une journée, ce qui ne permet pas d'aller au fond des choses sur un sujet pourtant majeur dans la conjoncture actuelle.

Je ne serai pas aussi sévère que l'ensemble de la majorité. Je n'ai pas voté les amendements de suppression de l'Ondam – j'ai demandé la parole pour une explication de vote, mais je pense que vous ne m'avez pas vue, monsieur le président – pour les raisons que j'ai en partie exposées lors de la discussion générale. En effet, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale comprend tout de même de bonnes mesures.

Certes, les mesures du plan d'urgence pour l'hôpital public demeurent insuffisantes, mais, comme je l'ai déjà dit, nous ne rattrapons pas des dizaines d'années d'errance en un projet de loi de financement de la sécurité sociale. Nous partons de loin et la responsabilité est collective.

C'est à ce titre que le groupe RDSE s'abstiendra sur ce texte.

M. le président. La parole est à Mme Colette Mélot, pour explication de vote.

Mme Colette Mélot. Sans vouloir paraphraser ce qui vient d'être dit, j'insiste sur le fait que la situation est exceptionnelle. Le climat qui a prévalu pendant l'examen de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale en est le signe.

Comme je l'ai indiqué au cours de la discussion générale, ce texte comporte de nombreuses avancées que nous avons reconnues. Pour autant, nous ne le voterons pas, parce que la modification de l'article 3 et le rééquilibrage des comptes à n'importe quel prix ne nous conviennent pas, pas plus que ne nous satisfait la position irréaliste concernant l'Ondam.

Telles sont les raisons pour lesquelles le groupe Les Indépendants s'abstiendra.

M. le président. La parole est à M. Martin Lévrier, pour explication de vote.

M. Martin Lévrier. Comme tous ce soir, je suis triste, triste d'un double débat qui ne s'est jamais déroulé dans de bonnes conditions. Chacun cherche son bouc émissaire : la majorité du Sénat et l'opposition accusent le Gouvernement d'être autiste. Pour notre part, nous avons rappelé que la crise datait depuis longtemps – sur ce point, nous sommes tous à peu près d'accord et cela a été reconnu sur d'autres travées – et ne saurait se résoudre en deux jours. On peut reprocher au Gouvernement d'avoir agi, une nouvelle fois, trop tard, mais je rappelle que les mesures proposées doivent être envisagées comme un pendant à la stratégie Ma santé 2022 que le Sénat a adoptée.

Je ne reprendrai pas tous les chiffres. Cela ne servirait à rien, ils ont été donnés. Puisque l'on cherche un bouc émissaire, ne doit-on pas considérer que nous sommes aussi fautifs ?

Je pense à l'examen de ce texte en première lecture, que nous avons arrêté en plein vol, pour en arriver au même point aujourd'hui. Nous aurions pu alors poursuivre la discussion : nous l'avions proposé le soir même, car nous savions tous que nous allions vers ce qui s'est finalement passé. Ce n'est pas un bel exemple de démocratie que nous avons montré. Rejeter l'Ondam comme vous venez de le faire ce soir, mes chers collègues, n'est pas non plus un bel exercice de démocratie.

Attention ! J'ai l'impression que le Sénat, au nom d'une grande majorité qui se retrouve, est en train de se saborder... (*Protestations sur les travées du groupe CRCE, ainsi que du groupe Les Républicains.*)

Mme Laurence Cohen. C'est le Gouvernement qui se saborde !

M. Martin Lévrier. ... et je le regrette amèrement.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, bien que cette journée ait permis de purger ce projet de loi de financement de la sécurité sociale de trois points importants – les non-compensations envisagées par le Gouvernement, la non-revalorisation des prestations sociales sur l'inflation et l'Ondam qui nous était proposé –, le groupe socialiste et républicain votera contre, et ce pour deux raisons.

La première raison, c'est l'attitude du Gouvernement. Depuis le début de l'examen, celui-ci ignore et méprise le Parlement, tout comme il ignore et méprise depuis deux ans les corps intermédiaires tels que les organisations syndicales.

La seconde raison, c'est l'absence de réponse du Gouvernement. Celui-ci ne répond en aucune façon à la réalité des difficultés des Français et de l'hôpital public, qui sont pourtant connues.

Peu importe l'histoire ! (*M. Martin Lévrier s'exclame.*) C'est ce gouvernement qui est en place aujourd'hui, c'est à lui qu'il revient de prendre les décisions. Nous connaissons tous des infirmières, des médecins, des aides-soignantes qui nous expliquent qu'ils n'ont pas le temps d'exercer leur métier, qu'ils perdent le sens de leur mission. Ils sont souvent si désespérés que nombre d'entre eux quittent l'hôpital public pour trouver un autre emploi. Le monde de la santé, qui est désespéré aujourd'hui, méritait un autre traitement que ce qui a été proposé dans ce texte.

L'attitude du Gouvernement vis-à-vis des forces intermédiaires montre, en fait, qu'il n'écoute pas : il n'écoute pas les professions de santé, il n'écoute pas les Français, il n'écoute pas le Parlement !

M. le président. Personne ne demande plus la parole?...

Je mets aux voix l'ensemble du projet de loi.

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 constater le résultat du scrutin.

(*Mmes et MM. les secrétaires constatent le résultat du scrutin.*)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 53 :

Nombre de votants	340
Nombre de suffrages exprimés	306
Pour l'adoption	193
Contre	113

Le Sénat a adopté.

La parole est à M. le président de la commission.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. J'ai écouté l'ensemble des orateurs qui ont indiqué le vote de leur groupe et je tiens à répondre à M. Lévrier : lorsque l'on affirme son identité, que l'on soit un homme ou une institution, on ne se saborde pas ; bien au contraire, on se grandit !

Monsieur le président, permettez-moi de vous remercier, ainsi que tous les présidents qui se sont succédé dans cette tâche bien plus ardue que les autres années, d'avoir su organiser à merveille la complexité.

Je tiens également à remercier le rapporteur général ainsi que l'ensemble des rapporteurs. Dans cette nouvelle lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, ces derniers n'ont pas eu grand-chose à faire, la méthode retenue faisant que le rapporteur général est chargé de reprendre l'ensemble du texte. Merci à tous et bravo pour le travail accompli !

Je remercie l'ensemble des collaborateurs, ceux du Gouvernement et ceux de la commission des affaires sociales, car, malgré toutes les difficultés, la collaboration a été bonne. Je le redis : nous avons de part et d'autre à faire à une équipe de Rolls-Royce !

Je tiens également à remercier les membres du Gouvernement, Mme Buzyn, empêchée de se joindre à nous aujourd'hui en raison d'ennuis de cordes vocales et les secrétaires d'État qui l'ont remplacée et dont je salue le courage. Leur situation n'était pas facile et ils ont assumé tout ce qui leur a été demandé en bons soldats. Je salue donc les bons soldats, les remercie et les félicite. J'espère que la situation sera plus facile pour eux, comme pour nous, la prochaine fois ! (*Applaudissements.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Mesdames, messieurs les sénateurs, permettez-moi à mon tour de vous remercier de la richesse de ces débats. Même si nous ne sommes pas d'accord sur tout, celle-ci nous fait grandir et évoluer – quand bien même d'aucuns ont parfois du mal à le reconnaître. En témoignent les évolutions entre la loi de financement de la sécurité sociale de 2019 et le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Je vous remercie également de la sincérité de vos interventions et du caractère apaisé de nos débats. Il est vrai que, lorsque l'on n'est pas d'accord, on peut vite s'emporter...

Je remercie enfin l'ensemble des services du Sénat et de l'administration de leur travail et de leur professionnalisme.

3

ORDRE DU JOUR

M. le président. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée au lundi 2 décembre 2019, à dix heures, dix-huit heures et le soir :

Suite du projet de loi de finances pour 2020, adopté par l'Assemblée nationale (texte n° 139, 2019-2020) ;

Mission « Économie » et article 76 *sexies* ;

Compte spécial « Prêts et avances à des particuliers ou à des organismes privés » et article 85 ;

Mission « Remboursements et dégrèvements » ; articles 78 *decies* et 78 *undecies* ;

Mission « Engagements financiers de l'État » ;

Compte spécial « Participation de la France au désendettement de la Grèce » ;

Compte spécial « Participations financières de l'État » ;

Compte spécial « Accords monétaires internationaux » ;

Compte spécial « Avances à divers services de l'État ou organismes gérant des services publics » ;

Mission « Investissements d'avenir » ;

Mission « Gestion des finances publiques et des ressources humaines » ;

Mission « Crédits non répartis » ;

Mission « Action et transformation publiques » ;

Compte spécial « Gestion du patrimoine immobilier de l'État ; articles 83 et 84 ;

Mission « Régimes sociaux et de retraite » ;

Compte spécial « Pensions » ;

Mission « Défense » et article 75 *ter*.

Personne ne demande la parole?...

La séance est levée.

(*La séance est levée à vingt et une heures dix.*)

Pour la Directrice des comptes rendus du Sénat, Chef de publication

ÉTIENNE BOULENGER

ANNEXES AU PROCÈS-VERBAL

de la séance

du samedi 30 novembre 2019

SCRUTIN N° 50

sur la motion n° 237, présentée par Mme Laurence Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, tendant à opposer l'exception d'irrecevabilité au projet de loi de financement de la sécurité sociale, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, pour 2020, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	340
Suffrages exprimés	269
Pour	16
Contre	253

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :

Contre: 143

N'a pas pris part au vote: 1 M. Gérard Larcher, Président du Sénat

GRUPE SOCIALISTE ET RÉPUBLICAIN (71) :

Abstentions: 71

GRUPE UNION CENTRISTE (51) :

Contre: 51

GRUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ (24) :

Contre: 24

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (23) :

Contre: 22

N'a pas pris part au vote: 1 M. Jean-Marc Gabouty, Président de séance

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (16) :

Pour: 16

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (13) :

Contre: 13

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

N'ont pas pris part au vote: 6 M. Philippe Adnot, Mmes Sylvie Goy-Chavent, Christine Herzog, Claudine Kauffmann, MM. Jean Louis Masson, Stéphane Ravier

Ont voté pour :

Cathy Apourceau-Poly	Pierre-Yves Collombat	Marie-Noëlle Lienemann
Éliane Assassi	Cécile Cukierman	Pierre Ouzoulias
Esther Benbassa	Fabien Gay	Christine Prunaud
Éric Bocquet	Guillaume Gontard	Pascal Savoldelli
Céline Brulin	Michelle Gréaume	
Laurence Cohen	Pierre Laurent	

Ont voté contre :

Pascal Allizard	Maryse Carrère	Élisabeth Doineau
Michel Amiel	Françoise Cartron	Philippe Dominati
Guillaume Arnell	Joseph Castelli	Daniel Dubois
Stéphane Artano	Alain Cazabonne	Alain Dufaut
Serge Babary	Bernard Cazeau	Catherine Dumas
Julien Bargeton	Anne Chain-Larché	Laurent Duplomb
Philippe Bas	Patrick Chaize	Nicole Duranton
Jérôme Bascher	Pierre Charon	Jean-Paul Émorine
Arnaud Bazin	Daniel Chasseing	Dominique Estrosi
Arnaud de Belenet	Alain Chatillon	Sassone
Martine Berthet	Marie-Christine Chauvin	Jacqueline Eustache-Brinio
Alain Bertrand	Guillaume Chevrollier	Françoise Férat
Anne-Marie Bertrand	Marta de Cidrac	Michel Forissier
Jérôme Bignon	Olivier Cigolotti	Alain Fouché
Annick Billon	Yvon Collin	Bernard Fournier
Jean Bizet	Agnès Constant	Catherine Fournier
Jean-Marie Bockel	Jean-Pierre Corbisez	Christophe-André Frassa
Christine Bonfant-Dossat	Josiane Costes	Pierre Frogier
François Bonhomme	Édouard Courtial	Joëlle Garriaud-Maylam
Bernard Bonne	Pierre Cuypers	Françoise Gatel
Philippe Bonnecarrère	Philippe Dallier	André Gattolin
Pascale Bories	René Danesi	Jacques Genest
Gilbert Bouchet	Ronan Dantec	Frédérique Gerbaud
Céline Boulay-Espéronnier	Laure Darcos	Bruno Gilles
Yves Bouloux	Mathieu Darnaud	Jordi Ginesta
Jean-Marc Boyer	Marc-Philippe Daubresse	Colette Giudicelli
Max Brisson	Jean-Pierre Decool	Éric Gold
Marie-Thérèse Bruguère	Robert del Picchia	Nathalie Goulet
François-Noël Buffet	Vincent Delahaye	Jean-Pierre Grand
Bernard Buis	Nathalie Delattre	Daniel Gremillet
Henri Cabanel	Bernard Delcros	François Grosdidier
Olivier Cadic	Annie Delmont-Koropoulis	Jacques Groperrin
François Calvet	Michel Dennemont	Pascale Grunty
Christian Cambon	Gérard Dériot	Charles Guené
Agnès Canayer	Catherine Deroche	Jean-Noël Guérini
Michel Canevet	Jacky Deromedi	Joël Guerriau
Vincent Capocanellas	Chantal Deseyne	Jocelyne Guidez
Emmanuel Capus	Yves Détraigne	Véronique Guillotin
Jean-Noël Cardoux	Catherine Di Folco	Abdallah Hassani
	Nassimah Dindar	Claude Haut

Olivier Henno
Loïc Hervé
Alain Houpert
Jean-Raymond Hugonet
Benoît Huré
Jean-François Husson
Xavier Iacovelli
Corinne Imbert
Jean-Marie Janssens
Éric Jeansannetas
Sophie Joissains
Muriel Jourda
Mireille Jouve
Alain Joyandet
Antoine Karam
Roger Karoutchi
Guy-Dominique Kennel
Claude Kern
Joël Labbé
Françoise Laborde
Laurent Lafon
Jean-Louis Lagourgue
Marc Laménie
Élisabeth Lamure
Christine Lanfranchi Dorgal
Florence Lassarade
Robert Lafoauly
Michel Laugier
Daniel Laurent
Nuihau Laurey
Christine Lavarde
Antoine Lefèvre
Dominique de Legge
Ronan Le Gleut
Jean-Pierre Leleux
Jacques Le Nay
Olivier Léonhardt
Henri Leroy
Valérie Létard
Martin Lévrier
Brigitte Lherbier
Anne-Catherine Loisier
Jean-François Longeot
Gérard Longuet
Vivette Lopez

Pierre Louault
Jean-Claude Luche
Michel Magras
Viviane Malet
Claude Malhuret
Didier Mandelli
Alain Marc
Frédéric Marchand
Hervé Marseille
Pascal Martin
Hervé Maurey
Jean-François Mayet
Pierre Médevielle
Colette Mélor
Franck Menonville
Marie Mercier
Sébastien Meurant
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Jean-Marie Mizzon
Jean-Pierre Moga
Thani Mohamed Soilih
Albéric de Montgolfier
Patricia Morhet-Richaud
Catherine Morin-Desailly
Jean-Marie Morisset
Philippe Mouiller
Philippe Nachbar
Louis-Jean de Nicolaj
Sylviane Noël
Claude Nougein
Olivier Paccaud
Jean-Jacques Panunzi
Georges Patient
François Patriat
Philippe Paul
Cyril Pellevat
Philippe Pemezec
Cédric Perrin
Évelyne Perrot
Stéphane Piednoir
Jackie Pierre
Gérard Poadja
Rémy Pointereau
Ladislas Poniatowski
Sophie Primas

Abstentions :

Maurice Antiste
Viviane Artigalas
David Assouline
Claude Bérît-Débat
Jacques Bigot
Joël Bigot
Maryvonne Blondin
Nicole Bonnefoy
Yannick Botrel
Martial Bourquin
Michel Boutant
Thierry Carcenac
Catherine Conconne
Hélène Conway-Mouret
Roland Courteau
Michel Dagbert
Yves Daudigny
Marc Daunis
Gilbert-Luc Devinaz
Jérôme Durain
Alain Duran
Vincent Éblé
Frédérique Espagnac
Rémi Féraud
Corinne Féret

Jean-Luc Fichet
Martine Filleul
Samia Ghali
Hervé Gillé
Marie-Pierre de la Gontrie
Nadine Grelet-Certenas
Annie Guillemot
Laurence Harribey
Jean-Michel Houllégatte
Olivier Jacquin
Victoire Jasmin
Patrice Joly
Bernard Jomier
Gisèle Jourda
Patrick Kanner
Éric Kerrouche
Bernard Lalande
Jean-Yves Leconte
Claudine Lepage
Jean-Jacques Lozach
Monique Lubin
Victorin Lurel

Jean-Paul Prince
Christophe Priou
Catherine Procaccia
Sonia de la Provôté
Frédérique Puisseat
Isabelle Raimond-Pavero
Michel Raison
Didier Rambaud
Françoise Ramond
Jean-François Rapin
Noëlle Rauscent
Damien Regnard
André Reichardt
Évelyne Renaud-Garabedian
Jean-Claude Requier
Bruno Retailleau
Alain Richard
Marie-Pierre Richer
Jean-Yves Roux
Denise Saint-Pé
Hugues Saury
René-Paul Savary
Michel Savin
Patricia Schillinger
Alain Schmitz
Vincent Segouin
Bruno Sido
Esther Sittler
Jean Sol
Nadia Sollogoub
Lana Tetuanui
Dominique Théophile
Claudine Thomas
Catherine Troendlé
Raymond Vall
Jean-Marie Vanlerenberghe
Michel Vaspert
Dominique Vérien
Sylvie Vermeillet
Jean-Pierre Vial
Jean Pierre Vogel
Michèle Vuillien
Dany Wattebled
Richard Yung

Jacques-Bernard Magner
Christian Manable
Didier Marie
Rachel Mazuir
Michelle Meunier
Marie-Pierre Monier
Franck Montaugé
Marie-Françoise Perol-Dumont
Angèle Préville
Claude Raynal
Sylvie Robert
Gilbert Roger
Laurence Rossignol
Jean-Pierre Sueur
Simon Sutour
Sophie Taillé-Polian
Rachid Temal
Jean-Claude Tissot
Nelly Tocqueville
Jean-Marc Todeschini
Jean-Louis Tourenne
André Vallini
Sabine Van Heghe
Yannick Vaugrenard

N'ont pas pris part au vote :

Gérard Larcher,
Président du Sénat
Jean-Marc Gabouty,
Président de séance

Philippe Adnot
Sylvie Goy-Chavent
Christine Herzog
Claudine Kauffmann

Jean Louis Masson
Stéphane Ravier

SCRUTIN N° 51

sur la troisième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, pour 2020, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants 340
Suffrages exprimés 221
Pour 205
Contre 16

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GROUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :**

Pour : 142

Abstention : 1 M. Alain Milon

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher, Président du Sénat

GROUPE SOCIALISTE ET RÉPUBLICAIN (71) :

Abstentions : 71

GROUPE UNION CENTRISTE (51) :

Pour : 50

N'a pas pris part au vote : 1 M. Vincent Delahaye, Président de séance

GROUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ (24) :

Abstentions : 24

GROUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (23) :

Abstentions : 23

GROUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (16) :

Contre : 16

GROUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (13) :

Pour : 13

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

N'ont pas pris part au vote : 6 M. Philippe Adnot, Mmes Sylvie Goy-Chavent, Christine Herzog, Claudine Kauffmann, MM. Jean Louis Masson, Stéphane Ravier

Ont voté pour :

Pascal Allizard
Serge Babary
Philippe Bas
Jérôme Bascher
Arnaud Bazin
Martine Berthet
Anne-Marie Bertrand

Jérôme Bignon
Annick Billon
Jean Bizet
Jean-Marie Bockel
Christine Bonfanti-Dossat
François Bonhomme

Bernard Bonne
Philippe Bonnacarrère
Pascale Bories
Gilbert Bouchet
Céline Boulay-Espéronnier
Yves Bouloux

ANALYSE DU SCRUTIN

GROUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :

Pour : 143

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher, Président du Sénat

GROUPE SOCIALISTE ET RÉPUBLICAIN (71) :

Pour : 71

GROUPE UNION CENTRISTE (51) :

Pour : 49

Contre : 1 M. Vincent Delahaye

N'a pas pris part au vote : 1 M. Jean-Marie Vanlerenberghe

GROUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ (24) :

Contre : 24

GROUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (23) :

Pour : 2 MM. Ronan Dantec, Joël Labbé

Contre : 21

GROUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (16) :

Pour : 16

GROUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (13) :

Contre : 13

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

N'ont pas pris part au vote : 6 M. Philippe Adnot, Mmes Sylvie Goy-Chavent, Christine Herzog, Claudine Kauffmann, MM. Jean Louis Masson, Stéphane Ravier

Ont voté pour :

Pascal Allizard
Maurice Antiste
Cathy Apourceau-Poly
Viviane Artigalas
Éliane Assassi
David Assouline
Serge Babary
Philippe Bas
Jérôme Bascher
Arnaud Bazin
Esther Benbassa
Claude Bérít-Débat
Martine Berthet
Anne-Marie Bertrand
Jacques Bigot
Joël Bigot
Annick Billon
Jean Bizet
Maryvonne Blondin
Jean-Marie Bockel
Éric Bocquet
Christine Bonfanti-Dossat
François Bonhomme
Bernard Bonne
Philippe Bonnacerrère
Nicole Bonnefoy
Pascale Bories
Yannick Botrel
Gilbert Bouchet
Céline Boulay-Espéronnier

Yves Bouloux
Martial Bourquin
Michel Boutant
Jean-Marc Boyer
Max Brisson
Marie-Thérèse Bruguière
Céline Brulin
François-Noël Buffet
Olivier Cadic
François Calvet
Christian Cambon
Agnès Canayer
Michel Canevet
Vincent Capocanellas
Thierry Carcenac
Jean-Noël Cardoux
Alain Cazabonne
Anne Chain-Larché
Patrick Chaize
Pierre Charon
Alain Chatillon
Marie-Christine Chauvin
Guillaume Chevrollier
Marta de Cidrac
Olivier Cigolotti
Laurence Cohen
Pierre-Yves Collombat
Catherine Conconne

Hélène Conway-Mouret
Roland Courteau
Édouard Courtial
Cécile Cukierman
Pierre Cuypers
Alain Dagbert
Philippe Dallier
René Danesi
Ronan Dantec
Laure Darcos
Mathieu Darnaud
Marc-Philippe Daubresse
Yves Daudigny
Marc Daunis
Robert del Picchia
Bernard Delcos
Annie Delmont-Koropoulis
Gérard Dériot
Catherine Deroche
Jacky Deromedi
Chantal Deseyne
Yves Détraigne
Gilbert-Luc Devinaz
Catherine Di Folco
Nassimah Dindar
Élisabeth Doineau
Philippe Dominati
Daniel Dubois
Alain Dufaut

Catherine Dumas
Laurent Duplomb
Jérôme Durain
Alain Duran
Nicole Duranton
Vincent Éblé
Jean-Paul Émorine
Frédérique Espagnac
Dominique Estrosi Sassone
Jacqueline Eustache-Brinio
Françoise Férat
Rémi Féraud
Corinne Féret
Jean-Luc Fichet
Martine Filleul
Michel Forissier
Bernard Fournier
Catherine Fournier
Christophe-André Frassa
Pierre Frogier
Joëlle Garriaud-Maylam
Françoise Gatel
Fabien Gay
Jacques Genest
Frédérique Gerbaud
Samia Ghali
Hervé Gillé
Bruno Gilles
Jordi Ginesta
Colette Giudicelli
Guillaume Gontard
Marie-Pierre de la Gontrie
Nathalie Goulet
Jean-Pierre Grand
Michelle Gréaume
Nadine Grelet-Certenais
Daniel Gremillet
François Grosdidier
Jacques Groperrin
Pascale Gruny
Charles Guené
Jocelyne Guidez
Annie Guillemot
Laurence Harribey
Olivier Henno
Loïc Hervé
Jean-Michel Houllégatte
Alain Houpert
Jean-Raymond Hugonet
Benoît Huré
Jean-François Husson
Corinne Imbert
Olivier Jacquin
Jean-Marie Janssens
Victoire Jasmin
Sophie Joissains
Patrice Joly
Bernard Jomier
Gisèle Jourda
Muriel Jourda
Alain Joyandet
Patrick Kanner
Roger Karoutchi

Guy-Dominique Kennel
Claude Kern
Éric Kerrouche
Joël Labbé
Laurent Lafon
Bernard Lalande
Marc Laménie
Élisabeth Lamure
Christine Lanfranchi Dorgal
Florence Lassarade
Michel Laugier
Daniel Laurent
Pierre Laurent
Nuihau Laurey
Christine Lavarde
Jean-Yves Leconte
Antoine Lefèvre
Dominique de Legge
Ronan Le Gleut
Jean-Pierre Leleux
Jacques Le Nay
Claudine Lepage
Henri Leroy
Valérie Létard
Brigitte Lherbier
Marie-Noëlle Lienemann
Anne-Catherine Loiser
Jean-François Longeot
Gérard Longuet
Vivette Lopez
Pierre Louault
Jean-Jacques Lozach
Monique Lubin
Jean-Claude Luche
Victorin Lurel
Jacques-Bernard Magnier
Michel Magras
Viviane Malet
Christian Manable
Didier Mandelli
Didier Marie
Hervé Marseille
Pascal Martin
Hervé Maurey
Jean-François Mayet
Rachel Mazuir
Pierre Médevielle
Marie Mercier
Michelle Meunier
Sébastien Meurant
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Jean-Marie Mizzon
Jean-Pierre Moga
Marie-Pierre Monier
Franck Montaugé
Albéric de Montgolfier
Patricia Morhet-Richaud
Catherine Morin-Desailly
Jean-Marie Morisset
Philippe Mouiller
Philippe Nachbar
Louis-Jean de Nicolaj
Sylviane Noël

Ont voté contre :

Jérôme Bignon
Bernard Buis
Henri Cabanel
Emmanuel Capus
Maryse Carrère
Françoise Cartron

Claude Nougéin
Pierre Ouzoulias
Olivier Paccaud
Jean-Jacques Panunzi
Philippe Paul
Cyril Pellevat
Philippe Pemezec
Marie-Françoise Peroldumont
Cédric Perrin
Évelyne Perrot
Stéphane Piednoir
Jackie Pierre
Gérard Poadja
Rémy Pointereau
Ladislav Poniatowski
Angèle Prévaille
Sophie Primas
Jean-Paul Prince
Christophe Priou
Catherine Procaccia
Sonia de la Provôté
Christine Prunaud
Frédérique Puissat
Isabelle Raimond-Pavero
Michel Raison
Françoise Ramond
Jean-François Rapin
Claude Raynal
Damien Regnard
André Reichardt
Évelyne Renaud-Garabedian
Bruno Retailleau
Marie-Pierre Richer
Sylvie Robert
Gilbert Roger
Laurence Rossignol
Denise Saint-Pé
Hugues Saury
René-Paul Savary
Michel Savin
Pascal Savoldelli
Alain Schmitz
Vincent Segouin
Bruno Sido
Esther Sittler
Jean Sol
Nadia Sollogoub
Jean-Pierre Sueur
Simon Sutour
Sophie Taillé-Polian
Rachid Temal
Lana Tetuanui
Claudine Thomas
Jean-Claude Tissot
Nelly Tocqueville
Jean-Marc Todeschini
Jean-Louis Tourenne
Catherine Troendlé
André Vallini
Sabine Van Heghe
Michel Vaspert
Yannick Vaugrenard
Dominique Vérien
Sylvie Vermeillet
Jean-Pierre Vial
Jean Pierre Vogel
Michèle Vullien

Joseph Castelli
Bernard Cazeau
Daniel Chasseing
Yvon Collin
Agnès Constant
Jean-Pierre Corbisez

Josiane Costes
Jean-Pierre Decool
Vincent Delahaye
Nathalie Delattre
Michel Dennemont
Alain Fouché
Jean-Marc Gabouty
André Gattolin
Éric Gold
Jean-Noël Guérini
Joël Gueriau
Véronique Guillotin
Abdallah Hassani
Claude Haut

Xavier Iacovelli
Éric Jeansannetas
Mireille Jouve
Antoine Karam
Françoise Laborde
Jean-Louis Lagourgue
Robert Laufoaulu
Olivier Léonhardt
Martin Lévrier
Claude Malhuret
Alain Marc
Frédéric Marchand
Colette Mélot
Franck Menonville

Thani Mohamed
Soilihi
Georges Patient
François Patriat
Didier Rambaud
Noëlle Rauscent
Jean-Claude Requier
Alain Richard
Jean-Yves Roux
Patricia Schillinger
Dominique Théophile
Raymond Vall
Dany Wattlebled
Richard Yung

N'ont pas pris part au vote :

Gérard Larcher,
Président du Sénat
Philippe Adnot
Sylvie Goy-Chavent

Christine Herzog
Claudine Kauffmann
Jean Louis Masson
Stéphane Ravier

Jean-Marie
Vanlerenberghe

SCRUTIN N° 53

sur l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, pour 2020, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	340
Suffrages exprimés	306
Pour	193
Contre	113

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :**

Pour : 143

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher, Président du Sénat

GRUPE SOCIALISTE ET RÉPUBLICAIN (71) :

Contre : 71

GRUPE UNION CENTRISTE (51) :

Pour : 50

N'a pas pris part au vote : 1 M. Vincent Delahaye, Président de séance

GRUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ (24) :

Contre : 24

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (23) :

Contre : 2 MM. Ronan Dantec, Joël Labbé

Abstentions : 21

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (16) :

Contre : 16

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (13) :

Abstentions : 13

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

N'ont pas pris part au vote : 6 M. Philippe Adnot, Mmes Sylvie Goy-Chavent, Christine Herzog, Claudine Kauffmann, MM. Jean Louis Masson, Stéphane Ravier

Ont voté pour :

Pascal Allizard
Serge Babary
Philippe Bas
Jérôme Bascher
Arnaud Bazin
Martine Berthet
Anne-Marie Bertrand
Annick Billon
Jean Bizet
Jean-Marie Bockel
Christine Bonfanti-Dossat
François Bonhomme
Bernard Bonne
Philippe Bonnecarrère
Pascale Bories
Gilbert Bouchet
Céline Boulay-Espéronnier
Yves Bouloux
Jean-Marc Boyer
Max Brisson
Marie-Thérèse Bruguère
François-Noël Buffet
Olivier Cadic
François Calvet
Christian Cambon
Agnès Canayer
Michel Canevet
Vincent Capocanellas
Jean-Noël Cardoux
Alain Cazabonne
Anne Chain-Larché
Patrick Chaize
Pierre Charon
Alain Chatillon
Marie-Christine Chauvin
Guillaume Chevrollier
Marta de Cidrac
Olivier Cigolotti
Édouard Courtial
Pierre Cuyppers
Philippe Dallier
René Danesi
Laure Darcos
Mathieu Darnaud
Marc-Philippe Daubresse
Robert del Picchia
Bernard Delcros
Annie Delmont-Koropoulis
Gérard Dériot
Catherine Deroche
Jacky Deromedi
Chantal Deseyne
Yves Détraigne
Catherine Di Folco
Nassimah Dindar
Élisabeth Doineau
Philippe Dominati
Daniel Dubois
Alain Dufaut
Catherine Dumas
Laurent Duplomb
Nicole Duranton
Jean-Paul Émorine
Dominique Estrosi Sassone

Jacqueline Eustache-Brinio
Françoise Férat
Michel Forissier
Bernard Fournier
Catherine Fournier
Christophe-André Frassa
Pierre Frogier
Joëlle Garriaud-Maylam
Françoise Gatel
Jacques Genest
Frédérique Gerbaud
Bruno Gilles
Jordi Ginesta
Colette Giudicelli
Nathalie Goulet
Jean-Pierre Grand
Daniel Gremillet
François Grosdidier
Jacques Groperrin
Pascale Gruny
Charles Guené
Jocelyne Guidez
Olivier Henno
Loïc Hervé
Alain Houpert
Jean-Raymond Hugonet
Benoît Huré
Jean-François Husson
Corinne Imbert
Jean-Marie Janssens
Sophie Joissains
Muriel Jourda
Alain Joyandet
Roger Karoutchi
Guy-Dominique Kennel
Claude Kern
Laurent Lafon
Marc Laménie
Élisabeth Lamure
Christine Lanfranchi Dorgal
Florence Lassarade
Michel Laugier
Daniel Laurent
Nuihau Laurey
Christine Lavarde
Antoine Lefèvre
Dominique de Legge
Ronan Le Gleut
Jean-Pierre Leleux
Jacques Le Nay
Henri Leroy
Valérie Létard
Brigitte Lherbier
Anne-Catherine Loisier
Jean-François Longeot
Gérard Longuet
Vivette Lopez
Pierre Louault
Jean-Claude Luche
Michel Magras
Viviane Malet
Didier Mandelli
Hervé Marseille
Pascal Martin
Hervé Maurey

Jean-François Mayet
Pierre Médevielle
Marie Mercier
Sébastien Meurant
Brigitte Micoulean
Alain Milon
Jean-Marie Mizzon
Jean-Pierre Moga
Albéric de Montgolfier
Patricia Morhet-Richaud
Catherine Morin-Desailly
Jean-Marie Morisset
Philippe Mouiller
Philippe Nachbar
Louis-Jean de Nicolay
Sylviane Noël
Claude Nougain
Olivier Paccaud
Jean-Jacques Panunzi
Philippe Paul
Cyril Pellevat
Philippe Pemezec
Cédric Perrin
Évelyne Perrot
Stéphane Piednoir
Jackie Pierre
Gérard Poadja
Rémy Pointereau
Ladislav Poniatowski
Sophie Primas
Jean-Paul Prince
Christophe Priou
Catherine Proccacia
Sonia de la Provôté
Frédérique Puisat
Isabelle Raimond-Pavero
Michel Raison
Françoise Ramond
Jean-François Rapin
Damien Regnard
André Reichardt
Évelyne Renaud-Garabedian
Bruno Retailleau
Marie-Pierre Richer
Denise Saint-Pé
Hugues Saury
René-Paul Savary
Michel Savin
Alain Schmitz
Vincent Segouin
Bruno Sido
Esther Sittler
Jean Sol
Nadia Sollogoub
Lana Tetuanui
Claudine Thomas
Catherine Troendlé
Jean-Marie Vanlerenberghe
Michel Vaspart
Dominique Vérien
Sylvie Vermeillet
Jean-Pierre Vial
Jean Pierre Vogel
Michèle Vullien

Ont voté contre :

Michel Amiel
Maurice Antiste
Cathy Apourceau-Poly
Viviane Artigalas
Éliane Assassi
David Assouline
Julien Bargeton
Arnaud de Belenet
Esther Benbassa
Claude Bérît-Débat
Jacques Bigot
Joël Bigot
Maryvonne Blondin
Éric Bocquet
Nicole Bonnefoy
Yannick Botrel
Martial Bourquin
Michel Boutant
Céline Brulin
Bernard Buis
Thierry Carcenac
Françoise Cartron
Bernard Cazeau
Laurence Cohen
Pierre-Yves Collombat
Catherine Conconne
Agnès Constant
Hélène Conway-
Mouret
Roland Courteau

Cécile Cukierman
Michel Dagbert
Ronan Dantec
Yves Daudigny
Marc Daunis
Michel Dennemont
Gilbert-Luc Devinaz
Jérôme Durain
Alain Duran
Vincent Éblé
Frédérique Espagnac
Rémi Féraud
Corinne Féret
Jean-Luc Fichet
Martine Filleul
André Gattolin
Fabien Gay
Samia Ghali
Hervé Gillé
Guillaume Gontard
Marie-Pierre de la
Gontrie
Michelle Gréaume
Nadine Grelet-
Certenais
Annie Guillemot
Laurence Harribey
Abdallah Hassani
Claude Haut

Jean-Michel
Houllegatte
Xavier Iacovelli
Olivier Jacquin
Victoire Jasmin
Patrice Joly
Bernard Jomier
Gisèle Jourda
Patrick Kanner
Antoine Karam
Éric Kerrouche
Joël Labbé
Bernard Lalande
Pierre Laurent
Jean-Yves Leconte
Claudine Lepage
Martin Lévrier
Marie-Noëlle
Lienemann
Jean-Jacques Lozach
Monique Lubin
Victorin Lurel
Jacques-Bernard
Magner
Christian Manable
Frédéric Marchand
Didier Marie
Rachel Mazuir
Michelle Meunier

Thani Mohamed
Soilihi
Marie-Pierre Monier
Franck Montaugé
Pierre Ouzoulias
Georges Patient
François Patriat
Marie-Françoise Perol-
Dumont
Angèle Préville
Christine Prunaud

Guillaume Arnell
Stéphane Artano
Alain Bertrand
Jérôme Bignon
Henri Cabanel
Emmanuel Capus
Maryse Carrère
Joseph Castelli
Daniel Chasseing
Yvon Collin
Jean-Pierre Corbisez
Josiane Costes

Gérard Larcher,
Président du Sénat
Vincent Delahaye,
Président de séance

Didier Rambaud
Noëlle Rauscent
Claude Raynal
Alain Richard
Sylvie Robert
Gilbert Roger
Laurence Rossignol
Pascal Savoldelli
Patricia Schillinger
Jean-Pierre Sueur
Simon Sutour

Abstentions :

Jean-Pierre Decool
Nathalie Delattre
Alain Fouché
Jean-Marc Gabouty
Éric Gold
Jean-Noël Guérini
Joël Guerriau
Véronique Guillotin
Éric Jeansannetas
Mireille Jouve
Françoise Laborde
Jean-Louis Lagourgue

N'ont pas pris part au vote :

Philippe Adnot
Sylvie Goy-Chavent
Christine Herzog
Claudine Kauffmann

Sophie Taillé-Polian
Rachid Temal
Dominique Théophile
Jean-Claude Tissot
Nelly Tocqueville
Jean-Marc Todeschini
Jean-Louis Tourenne
André Vallini
Sabine Van Heghe
Yannick Vaugrenard
Richard Yung

Robert Laufoalulu
Olivier Léonhardt
Claude Malhuret
Alain Marc
Colette Mélot
Franck Menonville
Jean-Claude Requier
Jean-Yves Roux
Raymond Vall
Dany Wattebled

Jean Louis Masson
Stéphane Ravier

AMENDEMENTS

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2020



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N°	237
----	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE28 NOVEMBRE
2019**EXCEPTION D'IRRECEVABILITÉ**

Motion présentée par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

TENDANT À OPPOSER L'EXCEPTION D'IRRECEVABILITÉ

En application de l'article 44, alinéa 2, du Règlement, le Sénat déclare irrecevable le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, de financement de la sécurité sociale pour 2020 (n° 151, 2019-2020).

OBJET

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020 prévoit 66,4 milliards d'euros d'allègements généraux et d'exonérations de cotisation sociales pour 2020 dont 3,3 milliards d'euros ne seront pas compensés par l'État à la Sécurité sociale.

Le non-respect de l'obligation de compensation intégrale des exonérations de cotisations sociales fixé par la loi Veil atteint pour 2020 un niveau inédit pour les comptes de la Sécurité sociale et par voie de conséquence remet en cause le principe constitutionnel d'autonomie financière de la Sécurité sociale.

En annonçant, durant l'examen du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020 au Sénat, un plan « Investir dans l'hôpital public », le gouvernement méprise la représentation parlementaire et remet en cause l'organisation des travaux parlementaires de l'article 47-1 de la Constitution.

En conséquence, les auteurs de cette motion estiment, comme ils l'ont fait en première lecture, que ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 remet en cause l'autonomie organique et financière de la Sécurité sociale garantie par la Constitution.



PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

N°	111
----	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. ANTISTE, Mme JASMIN, MM. TODESCHINI, LALANDE, TEMAL et JOMIER,
Mmes ARTIGALAS et Gisèle JOURDA, M. DURAN et Mmes TAILLÉ-POLIAN et MONIER

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 3

Supprimer cet article.

OBJET

Le I. l'article 231 A du code général des impôts dispose notamment que « Les employeurs redevables de la taxe sur les salaires mentionnés à l'article 1679 A peuvent bénéficier d'un crédit d'impôt assis sur les rémunérations qu'ils versent à leurs salariés au cours de l'année civile (...) »

L'article 3 de ce PLFSS 2020 propose quant à lui que ce crédit d'impôt ne fasse pas l'objet d'une compensation à la sécurité sociale. Or, les compensations de pertes de recettes ou de transferts de charges entre l'État et la sécurité sociale sont régies par le principe de « compensation intégrale » défini à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

De plus, cette politique d'exonération de cotisations sociales a des conséquences directes sur le financement de notre système de protection social, basé sur la solidarité et la collectivité.

Par ailleurs, la Cour des comptes relève dans son dernier rapport un déséquilibre des comptes de la Sécurité sociale qui s'explique, avant tout, par la politique d'exonération des cotisations sociales.

C'est la raison pour laquelle il est proposé la suppression de cet article.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)
(n^{os} 151, 153)

N°	186
----	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME, LIENEMANN
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 3

Supprimer cet article.

OBJET

L'article 3 du PLFSS 2020 ne respecte pas le principe de compensation intégrale des allègements de cotisations sociales par l'État.

Ainsi, les mesures prises par le gouvernement suite au mouvement des Gilets jaunes, concernant l'avancement au 1^{er} janvier 2019 de l'exonération de cotisations sociales des heures supplémentaires, le rétablissement du taux de CSG intermédiaire à 6,6 % pour les retraites inférieures à 2000 euros et la diminution du forfait social, vont représenter une perte de recettes de 2,8 milliards d'euros en 2019 pour la Sécurité sociale et ne seront pas compensées par l'État.

La dégradation des comptes sociaux pour 2019 étant largement due à cette perte de recettes, nous demandons à l'État d'assumer pleinement ses responsabilités en finançant les dispositions d'urgences économique et sociale et par conséquent nous demandons la suppression de cet article.



PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

N°	112
----	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. ANTISTE, Mme JASMIN, MM. TODESCHINI et LALANDE, Mme Gisèle JOURDA, M. DURAN,
Mmes TAILLÉ-POLIAN, MONIER et ARTIGALAS et MM. JOMIER et TEMAL

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 3

Alinéas 1 à 13

Supprimer ces alinéas.

OBJET

Amendement socialiste AN.

Avec l'article 3, le Gouvernement acte la non compensation à la sécurité sociale des décisions qu'il prend.

Les compensations de pertes de recettes ou de transferts de charges entre l'État et la sécurité sociale sont pourtant régies par le principe de « compensation intégrale » défini à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. Ce principe a été respecté pendant le précédent quinquennat. Depuis 2017, des entorses à cette règle ont été observées, comme par exemple le crédit d'impôt de taxe sur les salaires qui n'a pas fait pas l'objet d'une compensation à la sécurité sociale en 2018.

Pour 2020, ces non compensations à la sécurité sociale s'élèveraient à un montant estimé à 3,5 milliards euros (1,2 milliard d'exonération de cotisations sociales sur les heures supplémentaires, 1,5 milliard de baisse de la CSG pour les retraités gagnant moins de 2000 euros par mois ainsi qu'une diminution de 800 millions d'euros sur le forfait social).

Par conséquent, l'article 3 prive la sécurité sociale de 3,5 milliards d'euros de ressources qui devaient lui revenir.

Ceci n'est pas acceptable. C'est pourquoi le présent amendement vise à supprimer les alinéas de l'article qui concernent cette non compensation.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, rapport 153)

N ^o	13
----------------	----

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. VANLERENBERGHE
au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 3

Alinéas 10 à 13

Supprimer ces alinéas.

OBJET

Cet amendement propose de supprimer les mesures de non-compensations proposées par l'article 3, qui auraient d'importants effets financiers dès l'année 2019.

En effet, aucune de ces mesures ne correspond à une politique de la sécurité sociale, mais toutes correspondent à une politique de l'État consistant à distribuer du pouvoir d'achat aux Français. Il est donc approprié que ce soit le décideur qui assume le coût financier de ses décisions, dans une logique de responsabilité.

De plus, la brutale dégradation de la situation financière de la sécurité sociale rend la non-compensation de ces mesures incompatible avec l'objectif de remboursement total de la dette sociale en 2024, un « trou » de 45 à 50 milliards d'euros devant se creuser à l'Acoss d'ici 2024. Or il est essentiel d'avoir remboursé l'ensemble de la dette à cette échéance, à la fois pour respecter la jurisprudence du Conseil constitutionnel et pour maintenir la confiance des Français dans l'avenir de leur sécurité sociale.

Depuis la première lecture, ce constat est renforcé par les augmentations non financées des dépenses d'assurance maladie de 1,5 milliard d'euros sur la période 2020-2022 issues du plan hôpital.

Pour l'ensemble de ces raisons, il convient donc d'en rester aux principes définis par la « loi Veil » et de rejeter les entorses au principe de compensation figurant dans ce PLFSS.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	70 rect.
----------------	-------------

29 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme Nathalie DELATTRE, M. CORBISEZ, Mme COSTES, MM. DANTEC et GUÉRINI,
Mmes GUILLOTIN, JOUVE et LABORDE et MM. LÉONHARDT et REQUIER

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 3

Alinéa 10 à 13

Supprimer ces alinéas.

OBJET

La non-compensation par l'État à la sécurité sociale des mesures d'urgence votées lors de la loi portant mesures d'urgence économique et sociale en décembre 2018 représente près de 3 milliards de manque à gagner pour les comptes sociaux.

Surtout, elle s'oppose au principe posé par la loi Veil en 1994 selon lequel toute mesure d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'État.

Aussi, cet amendement vise à supprimer la non-compensation des pertes de recettes du budget de la sécurité sociale induites par les mesures d'urgences économiques et sociales décidées par le Gouvernement en fin d'année 2019 (dites mesures « gilets jaunes »).



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)
(n^{os} 151, 153)

N ^o	131
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

MM. DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. JOMIER, Mmes LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mmes LEPAGE, MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 3

Alinéas 10 à 13

Supprimer ces alinéas.

OBJET

Avec cet amendement, le groupe socialiste entend supprimer les mesures de non-compensation décidées par le gouvernement qui créent artificiellement un déficit des comptes sociaux et font de ceux-ci une variable d'ajustement du budget de l'État.



PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

N°	187
----	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n^{os} 151, 153)

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME, LIENEMANN
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 3

Alinéas 10 à 13

Supprimer ces alinéas.

OBJET

Cet amendement de repli déposé à l'Assemblée nationale par des député.e.s de différents groupes politiques, y compris du rapporteur LREM du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020 vise à supprimer la non-compensation des pertes de recettes du budget de la sécurité sociale induites par les mesures d'urgences économiques et sociales décidées par le Gouvernement en fin d'année 2019 (dites mesures « gilets jaunes »).

L'objet de cet amendement n'est pas de revenir sur la nature des mesures qui ont été prises mais sur les conséquences budgétaires de ces dernières.

En effet, en décidant de déroger à la loi Veil de 1994 et de ne pas compenser, le Gouvernement creuse le déficit de la sécurité sociale de près de 3,8 milliards d'euros au total.



PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

N°	113
----	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n^{os} 151, 153)

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Tombé	

M. ANTISTE, Mme JASMIN, MM. TODESCHINI et LALANDE, Mme Gisèle JOURDA, M. DURAN,
Mmes TAILLÉ-POLIAN, MONIER et ARTIGALAS et MM. JOMIER et TEMAL

ARTICLE 3

Alinéas 11 et 13

Supprimer ces alinéas.

OBJET

La non-compensation par l'État à la sécurité sociale des mesures d'urgence votées lors de la loi portant mesures d'urgence économique et sociale en décembre 2018 représente près de 2,8 milliards de manque à gagner pour les comptes sociaux.

Elle s'oppose au principe posé par la loi Veil en 1994 selon lequel toute mesure d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'État. Elle interroge sur les marges de manœuvre réelles dont nous disposons alors que deux échéances cruciales sont encore devant nous.

Le grand chantier de la dépendance nécessitera un besoin de financement public supplémentaire de l'ordre de 6,2 milliards en 2024 et de 9,2 milliards d'ici 2030. C'était tout l'objet des propositions du rapport « Grand âge et autonomie » porté par Dominique Libault (ancien directeur de la Sécurité sociale et actuellement Président du Haut-conseil au financement de la protection sociale).

Face au défi majeur du vieillissement de la population, il apportait des réponses claires et ambitieuses en réponse aux inquiétudes des Français sur l'accompagnement de leurs vieux jours.

Alors que le retour aux excédents de la sécurité sociale est durablement reporté, il est quasi certain que la dynamique qu'il impulsait ne soit fragilisée par les incertitudes autour du financement de la perte d'autonomie. La santé financière des retraites interroge également, alors que le Gouvernement a lancé une réforme d'ampleur de notre système de retraites.

Il est craint, en particulier, que la rupture avec le principe de non-compensation ne conduise le Gouvernement à faire supporter par la sécurité sociale le financement des régimes de retraite de la fonction publique, qui sont aujourd'hui du ressort de l'État.

Cet amendement vise donc à revenir sur la non compensation des mesures décidées lors du projet de loi portant mesures d'urgence économique et sociale :

- la baisse de CSG pour les retraités avec la création d'un taux intermédiaire
- l'avancement de l'exonération sur les heures supplémentaires.



PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

N°	188
----	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME, LIENEMANN
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 4

Supprimer cet article.

OBJET

Cet article prévoit d'ajuster pour 2019 le taux d'évolution du chiffre d'affaires à partir duquel la contribution due par les entreprises du médicament se déclenche, en relevant ce taux de 0,5 % à 1 %.

Cette mesure, qui fait suite à un engagement du Gouvernement auprès des industriels du médicament est motivée par le fait que le chiffre d'affaire sur le médicament a connu une baisse en 2018 après plusieurs années de croissance.

Cette mesure entraîne une moindre recette de 60 millions d'euros pour la Sécurité sociale en 2019.

Ces recettes auraient pu utilement servir au financement du service public hospitalier.

En outre, ce cadeau apparaît injustifié au moment où certaines entreprises du médicament, bien portantes financièrement, licencient massivement dans notre pays. Ainsi, le groupe Sanofi prévoit actuellement un plan social de 300 personnes malgré un bénéfice net de 6 milliards d'euros en 2018.

Pour toutes ces raisons, nous demandons la suppression de cet article.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	114
----------------	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE27 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

M. ANTISTE, Mme JASMIN, MM. TODESCHINI et LALANDE, Mme Gisèle JOURDA, M. DURAN,
Mmes TAILLÉ-POLIAN, MONIER et ARTIGALAS et M. TEMAL

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 6

Supprimer cet article.

OBJET

L'année 2019 a été marquée par un mouvement social sans précédent dans la santé, qui dénonce l'austérité dans laquelle les médecins, les infirmiers et infirmières, les aides soignant(e)s, sont

contraint(e)s de travailler.

Cela touche toutes les branches : les soins pratiqués en ville, notamment dans les zones sous-denses, sont en tension. Les patient(e)s, faute de pouvoir se soigner chez leur médecin, se rendent alors à l'hôpital. Les urgences doivent alors faire face à un afflux de patient(e)s inouï.

Cette situation de tension, qu'on retrouve aussi dans les EHPAD, dans les services pour personnes en situation de handicap, est le fruit d'une politique austéritaire ainsi que d'une pression mise sur les finances de la sécurité sociale.

Or, les propositions faites dans le présent PLFSS ne sont pas à la mesure des enjeux. Les dépenses relatives aux établissements de santé sont tout particulièrement insuffisantes à l'heure où l'hôpital

public est en très grande difficulté.

Le Gouvernement promettait lors de l'examen du Plan Santé 2022 de renforcer les hôpitaux de proximité. Un tel taux d'ONDAM rend impossible de telles promesses puisque les moyens alloués sont complètement sous-évalués.

C'est pourquoi il est proposé de supprimer cet article et demander au Gouvernement de revoir sa copie.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

N°	62 rect.
----	-------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 151, 153)28 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

MM. RAPIN, RETAILLEAU et PACCAUD, Mmes GRUNY, DI FOLCO, LAVARDE, ESTROSI SASSONE et Laure DARCOS, MM. Daniel LAURENT et PELLELAT, Mme EUSTACHE-BRINIO, MM. de NICOLAY, MAGRAS, GROSPERRIN, BAZIN et VASPART, Mme RAMOND, M. CAMBON, Mme BONFANTI-DOSSAT, MM. GILLES, SAVIN, CHARON, PIEDNOIR et BASCHER, Mme DURANTON, MM. PANUNZI, BRISSON, LEFÈVRE et de LEGGE, Mmes DUMAS et IMBERT, MM. GREMILLET, LE GLEUT, CUYPERS, DANESI et MANDELLI, Mmes DEROMEDI et RAIMOND-PAVERO, MM. SAURY, KENNEL et BABARY, Mme BERTHET, M. GENEST, Mme LAMURE et MM. PERRIN, RAISON, DUPLOMB, Jean-Marc BOYER et DARNAUD

ARTICLE 7

I. – Alinéa 1

Après le mot :

employeurs

rédiger ainsi la fin de cet alinéa :

soumis à l'obligation prévue à l'article L. 5422-13 du code du travail ou relevant des 3° à 6° de l'article L. 5424-1 du même code.

II. – Alinéas 2 et 6

Supprimer ces alinéas.

III. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par deux paragraphes ainsi rédigés :

.... – La perte de recettes résultant pour l'État du présent article 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.

.... – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article 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.

OBJET

Cet amendement supprime l'obligation nouvelle imposée aux employeurs de mettre en place un accord d'intéressement pour reconduire la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat, telle que prévue par la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales.

Précédée par la proposition de loi sénatoriale n° 186 portée par Jean-François RAPIN, Olivier PACCAUD et leurs collègues, la loi MUES a permis de répondre partiellement à la crise nationale du pouvoir d'achat. Plaidant pour la pérennisation d'une telle mesure, la volonté du Gouvernement de la reconduire pour 2020 est appréciable.

Néanmoins, la condition d'instauration d'un accord d'intéressement pour le versement de la prime exceptionnelle entache l'article 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale d'incohérence puisqu'elle incite les employeurs à renoncer à l'application d'une telle mesure, et par conséquent à valoriser le travail de leurs salariés.

Alors que le Gouvernement prône « un choc de simplification », cette exigence exclut de nombreuses TPE et PME qui contribuent majoritairement à l'activité économique de la France.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

N°	71 rect.
----	-------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

29 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

Mme Nathalie DELATTRE, MM. ARNELL, Alain BERTRAND et CORBISEZ, Mme COSTES, M. DANTEC, Mmes GUILLOTIN, JOUVE et LABORDE et MM. LÉONHARDT et REQUIER

ARTICLE 7

I. – Alinéa 1

Après le mot :

employeurs

rédiger ainsi la fin de cet alinéa :

soumis à l'obligation prévue à l'article L. 5422-13 du code du travail ou relevant des 3° à 6° de l'article L. 5424-1 du même code.

II. – Alinéas 2 et 6

Supprimer ces alinéas.

III. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par deux paragraphes ainsi rédigés :

.... – La perte de recettes résultant pour l'État du présent article 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.

.... – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article 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.

OBJET

L'article 7 reconduit le dispositif de prime exceptionnelle institué par la loi du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgences économiques et sociales mais la conditionne à la mise en place d'un accord d'intéressement.

Or, toutes les entreprises n'ont pas toutes la capacité financière d'associer les salariés à leurs résultats ou à leurs performances. Dans ces conditions, subordonner l'exonération de la prime exceptionnelle à la mise en œuvre d'un accord d'intéressement risque d'exclure de nombreuses entreprises du dispositif et de pénaliser leurs salariés.

Cet amendement vise à supprimer la condition d'accord d'intéressement.



PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

N°	115
----	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n^{os} 151, 153)

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Tombé	

M. ANTISTE, Mme JASMIN, MM. TODESCHINI et LALANDE, Mme Gisèle JOURDA, M. DURAN,
Mmes TAILLÉ-POLIAN, MONIER et ARTIGALAS et M. TEMAL

ARTICLE 7

I. – Alinéa 1

1° Après le mot :

employeurs

insérer les mots :

dans les entreprises de deux-cent cinquante salariés et plus

2° Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Pour les entreprises de moins de deux-cent cinquante salariés, l'employeur est autorisé à attribuer une fois par an, à l'ensemble des salariés qu'il emploie, la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat, dans les conditions prévues au V du présent article.

II. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par deux paragraphes ainsi rédigés :

... – La perte de recettes résultant pour l'État du présent article 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.

... – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article 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.

OBJET

Amendement de repli à celui de MP Monier.

Le présent amendement vise à supprimer le fait de conditionner le versement de la prime exceptionnelle à la mise en place d'accord d'intéressement au sein de l'entreprise, pour les entreprises de moins de 250 salariés.

Il est craint en effet que les salariés des petites entreprises soient exclus, une fois de plus, d'un tel dispositif de soutien au pouvoir d'achat. Une telle restriction ne paraît pas juste pour ces derniers.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	68 rect.
----------------	-------------

29 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

Mme GUILLOTIN, MM. ARNELL, Alain BERTRAND et CORBISEZ, Mmes COSTES et Nathalie DELATTRE, MM. GABOUTY et GUÉRINI, Mmes JOUVE et LABORDE et MM. LÉONHARDT et REQUIER

ARTICLE 7

I. - Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

La condition relative à la mise en œuvre d'un accord d'intéressement prévue au A du présent I n'est pas applicable aux établissements privés non lucratifs du champ sanitaire, social et médico-social.

II. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par deux paragraphes ainsi rédigés :

.... – La perte de recettes résultant pour l'État du présent article 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.

.... – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article 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.

OBJET

Cet amendement vise à permettre aux salariés des établissements privés non lucratifs du champ sanitaire, social et médico-social de bénéficier de la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	116
----------------	-----

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. ANTISTE, Mme JASMIN, MM. TODESCHINI et LALANDE, Mme Gisèle JOURDA, M. DURAN
et Mmes MONIER et ARTIGALAS

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 7

I. – Après l’alinéa 13

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le principe, les exonérations ainsi que les modalités de versement de cette prime exceptionnelle peuvent être reconduits chaque année à compter du 1^{er} janvier 2021.

II. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par deux paragraphes ainsi rédigés :

... – La perte de recettes résultant pour l’État du présent article 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.

... – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article 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.

OBJET

Cet amendement vise à permettre aux entreprises de pouvoir gratifier, si elles en ont la possibilité, leurs collaborateurs, sans devoir payer de charges patronales. Cette mesure doit également pouvoir être reconductible d’une année sur l’autre.

Cela constituera ainsi un moyen de soutenir le pouvoir d’achat des ménages, mais aussi valoriser le travail des salariés.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, rapport 153)

N ^o	14
----------------	----

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. VANLERENBERGHE
au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 8

Alinéas 2, 7 et 11 à 14

Supprimer ces alinéas.

OBJET

Cet amendement a pour objet de supprimer les dispositions de cet article relatives au bonus-malus sur les cotisations patronales d'assurance-chômage en fonction de l'utilisation de contrats courts par les employeurs de certains secteurs.

En effet, l'unique objet de ce dispositif est d'assurer que le bonus-malus produira son plein effet, quelle que soit la rémunération de l'employé. Il s'agit donc strictement d'un dispositif relatif à l'assurance-chômage, dont l'effet sur les comptes de la sécurité sociale serait très mineur, voire un peu artificiel.

Or, selon le droit constitutionnel et organique en vigueur, l'assurance-chômage n'entre pas dans le périmètre des lois de financement de la sécurité sociale.

Il est donc préférable de supprimer ce dispositif. Comme il ne doit s'appliquer qu'en 2021, le Gouvernement aura le temps de modifier le champ des LFSS, ou de mettre en œuvre l'une des solutions alternatives qui figurent dans l'étude d'impact.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N°	189
----	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Tombé	

ARTICLE 8

Alinéas 3 à 12

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

2° L'article L. 241-13 est abrogé ;

OBJET

Cet amendement vise à supprimer les exonérations de cotisations sociales patronales sur les bas salaires (Réduction « Fillon ») qui grèvent le budget de la Sécurité sociale de 26,8 milliards d'euros en 2019 et contribuent à maintenir une partie des travailleurs sur des bas niveaux de rémunération et de qualification.

Le renforcement des allègements généraux de cotisations patronales sur les salaires modestes prévus par le projet de loi de Financement de la sécurité sociale pour 2020 va conduire à un tassement des salaires en dessous de 1,4 Smic pour que les entreprises bénéficient des exonérations sociales.

C'est la raison pour laquelle nous demandons la suppression du dispositif de l'article L. 241-13.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	158
----------------	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE28 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Adopté	

M. LUREL, Mme JASMIN, MM. DAUDIGNY, KANNER et ANTISTE, Mmes CONCONNE, FÉRET et GRELET-CERTENAIS, M. JOMIER, Mmes LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mmes LEPAGE, MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 8 QUINQUIES

Rédiger ainsi cet article :

I. – Le dernier alinéa du B du III de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o À la première phrase, le taux : « 70 % » est remplacé par le taux : « 120 % » ;

2^o À la seconde phrase, le taux : « 170 % » est remplacé par le taux : « 200 % ».

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

OBJET

Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, le Gouvernement a décidé de mettre à plat l'ensemble des barèmes et la répartition des secteurs d'activité bénéficiant du dispositif Lodeom.

Pour les secteurs éligibles à ce barème, les exonérations sont désormais totales jusqu'à 1,7 SMIC, puis dégressives jusqu'à 2,7 SMIC.

Par cette réforme d'ampleur, le Gouvernement a opéré un recentrage général des exonérations de charges sociales patronales maximales vers les salaires proches du SMIC. Un resserrement des seuils d'exonération sur les seuls bas salaires qui ne correspond manifestement pas aux caractéristiques de la masse salariale observée dans ces secteurs d'activité.

Pour mieux se structurer face à leurs concurrentes internationales, pour innover, pour permettre la montée en gamme des productions, les entreprises ultramarines ont besoin d'embaucher ou de conserver leurs personnels les mieux formés et les plus performants. Elles ont besoin d'élever les niveaux de qualification de ces personnels, de recruter à des niveaux plus élevés.

Pour rappel, le Gouvernement a accepté, en première lecture à l'Assemblée nationale, d'étendre le seuil de rémunération jusqu'auquel les cotisations restent totalement exonérées de 1,7 à 2 SMIC.

Dans ce contexte et en cohérence avec l'examen du présent texte en 1^{ère} lecture, cet amendement propose de reprendre le dispositif voté par le Sénat il y a quelques semaines et de rehausser ainsi les seuils de début de dégressivité et de sortie du régime des exonérations de charges sociales patronales « LODEOM » applicables aux entreprises intégrées dans le barème dit de « compétitivité renforcée ».

Le seuil de début de dégressivité linéaire serait ainsi porté de 1,7 SMIC à 2,2 SMIC et le point de sortie passerait de 2,7 SMIC à 3 SMIC.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	63
----------------	----

DIRECTION
DE LA SÉANCE27 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

Mme CONCONNE et M. ANTISTE

C	Défavorable
G	
Tombé	

ARTICLE 8 QUINQUIES

I. – Compléter cet article par les mots :

et à la seconde phrase du même dernier alinéa, le taux : « 170 % » est remplacé par le taux : « 200 % »

II. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article 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.

OBJET

Cet amendement est issu des propositions de la FEDOM (Fédération des entreprises des outre-mer).

Dans le cadre de la suppression du CICE, l'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a modifié en profondeur le régime des exonérations de charges sociales patronales applicables Outre-mer, dites exonérations « LODEOM », en alignant les taux d'exonération et les règles de calcul sur ceux des allègements généraux et en redéfinissant les barèmes d'exonérations du régime dit « LODEOM » avec la création d'un dispositif dit de « compétitivité » et d'un dispositif dit de « compétitivité renforcée ».

Par cette réforme d'ampleur, le Gouvernement a opéré un recentrage général des exonérations de charges sociales patronales maximales vers les salaires proches du SMIC.

Pour les entreprises du régime majoré dit de « compétitivité renforcée » (Industrie ; agroalimentaire ; agriculture/pêche/aquaculture ; environnement ; énergies renouvelables ; tourisme ; restauration ; NTIC et R&D), le niveau maximal d'exonération de charges sociales est porté jusqu'à 1,7 SMIC avec une dégressivité linéaire jusqu'à 2,7 SMIC.

D'une part, le travail d'analyse et de chiffrage réalisé par les socio-professionnels sur l'impact des nouveaux paramètres du régime tels qu'adoptés à l'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a montré, au niveau macro, que la disparation du CICE à 9 % dans les DROM n'était pas intégralement compensée dans le nouveau régime d'exonération de charges sociales patronales et que le delta négatif serait de l'ordre de 60 à 100 millions d'euros.

D'autre part, toutes les simulations réalisées ces dernières semaines, au niveau micro, par les entreprises font apparaître que beaucoup de celles qui bénéficient du régime de compétitivité renforcée voient leur niveau de charge augmenter par rapport au régime qui leur était applicable avant la réforme de la LFSS 2019 car le resserrement des seuils d'exonération sur les seuls bas salaires ne correspond pas aux caractéristiques de la masse salariale observée dans ces secteurs d'activité.

Ces entreprises sont pourtant celles qui sont les plus exposées à la concurrence dans des secteurs d'activités jugés stratégiques pour l'avenir des Outre-mer.

Pour mieux se structurer face à leurs concurrentes internationales, pour innover, pour permettre la montée en gamme des productions, les entreprises ultramarines ont besoin d'embaucher ou de conserver leurs personnels les mieux formés et les plus performants. Elles ont besoin d'élever les niveaux de qualification de ces personnels, de recruter à des niveaux plus élevés.

Dans ce contexte et en cohérence avec les annonces du président de la République, le Gouvernement a accepté, en première lecture à l'Assemblée nationale, d'étendre le seuil de rémunération pour bénéficier d'une exonération totale de cotisations de 1,7 à 2 SMIC.

Cependant, il est indispensable de repousser le seuil de sortie pour que cette mesure soit pleinement suivie d'effets et que les employeurs de ces secteurs bénéficient d'un niveau total d'exonérations équivalent à celui de l'année précédente.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N°	190
----	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 9

Supprimer cet article.

OBJET

Le présent article prévoit l'exonération de cotisations sociales sur l'indemnité spécifique en cas de rupture conventionnelle dans la fonction publique.

Cette exonération encourage la signature de ruptures conventionnelles dans le secteur public. Nous y sommes défavorables.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	191
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 9

Alinéas 1 à 3

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

I. – Le a du 5^o du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale est abrogé.

OBJET

Cet article propose de ne plus assujettir les indemnités de rupture conventionnelle dans la fonction publique aux cotisations et contributions sociales. Pire encore, il refuse toute compensation budgétaire par l'État à la Sécurité sociale de ce nouveau dispositif.

Pour justifier cette mesure d'exemption, le Gouvernement argue qu'elle existe déjà dans le secteur privé. C'est tout l'inverse qu'il faudrait faire : aligner les règles applicables au privé sur le public.

En d'autres termes, plutôt que d'aligner vers le bas les règles d'assujettissement social sur les ruptures conventionnelles applicables aux salarié.e.s du secteur privé et du secteur public, cet amendement souhaite mettre fin à toute exemption d'assiette.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, rapport 153)

N ^o	15
----------------	----

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. VANLERENBERGHE
au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 9

Alinéa 6

Supprimer cet alinéa.

OBJET

Suppression de la non-compensation de l'exonération de cotisations et contributions sociales de l'indemnité spécifique de rupture conventionnelle dans la fonction publique, en cohérence avec la position de la commission sur les mesures de non-compensation dans ce PLFSS.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)
(n^{os} 151, 153)

N ^o	75 rect.
----------------	-------------

29 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme Nathalie DELATTRE, M. CORBISEZ, Mmes GUILLOTIN et JOUVE et M. REQUIER

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 9

Alinéa 6

Supprimer cet alinéa.

OBJET

Cet amendement vise à revenir sur la non-compensation à la sécurité sociale des exonérations sociales en cas de rupture conventionnelle dans la fonction publique.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	133
----------------	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

MM. DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. JOMIER, Mmes LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mmes LEPAGE, MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 9

Alinéa 6

Supprimer cet alinéa.

OBJET

Avec cet amendement, le groupe socialiste entend supprimer les mesures de non-compensation décidées par le gouvernement qui créent artificiellement un déficit des comptes sociaux et font de ceux-ci une variable d'ajustement du budget de l'État.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

N°	178
----	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

28 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Sagesse du Sénat
G	Défavorable
Adopté	

MM. Daniel LAURENT et DUPLOMB, Mmes IMBERT, Nathalie DELATTRE et LASSARADE, M. KENNEL, Mmes DUMAS et LAMURE, MM. SAVARY, BIZET et GENEST, Mme CHAIN-LARCHÉ, MM. MAGRAS et CAMBON, Mmes BRUGUIÈRE, PRIMAS et MORHET-RICHAUD, MM. POINTEREAU, DÉTRAIGNE, FOUCHÉ, BABARY et PONIATOWSKI, Mme GRUNY, M. GUENÉ, Mme RAIMOND-PAVERO, MM. PANUNZI, Jean-Marc BOYER, CABANEL, de NICOLAY, CHARON, LONGEOT, LOUAULT, BRISSON, LEFÈVRE et LONGUET, Mmes TROENDLÉ et FÉRAT, M. VIAL, Mme BERTHET, MM. GRAND, CHAIZE, PIERRE, VASPART, BOUCHET, ÉMORINE, SEGOUIN, HURÉ et CHATILLON, Mme MICOULEAU, MM. HUSSON, SCHMITZ, MANDELLI et CALVET, Mmes NOËL et RENAUD-GARABEDIAN, M. BOULOUX, Mmes BORIES et PERROT, MM. BONNE et MOUILLER, Mmes CHAUVIN, BONFANTI-DOSSAT et CONSTANT, M. Henri LEROY, Mme LOISIER et MM. REGNARD, Bernard FOURNIER, CUYPERS et LAMÉNIÉ

ARTICLE 9 TER

I. – Alinéa 1, au début

Insérer la mention :

I. –

II. – Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

.... – Le 1° du I du présent article entre en vigueur le 1^{er} juillet 2020.**OBJET**

La taxe dite « prémix » a été mise en place dans le cadre de la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1997 afin de prévenir les risques d'addiction chez les jeunes.

Puis la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 a élargi son assiette pour inclure d'autres boissons. En application de l'article 1613 bis du code général des impôts, dans sa rédaction actuelle, la taxe vise les boissons ayant un titre alcoométrique volumique compris entre 1,2 et 12 % par volume, qui sont constituées, soit par un mélange de boissons alcooliques et de

boissons non alcooliques, soit par d'autres produits présentant un taux de sucre supérieur à 35 grammes par litre.

L'objet de l'article 9 ter vise à modifier l'assiette de la taxe dite « prémix ». Afin de taxer les alcools de type vinpops à hauteur de 3 000 euros par hectolitre d'alcool pur, la référence au règlement européen du 10 juin 1991 renvoyant aux « vins aromatisés, boissons aromatisées à base de vin et cocktails aromatisés de produits vitivinicoles » étant supprimée.

En nouvelle lecture, l'Assemblée Nationale a adopté un amendement visant à accompagner l'extension de l'assiette de la taxe d'une mise à jour des références aux règlements européens contenus à l'article 1613 bis du code général des impôts.

Pour la filière concernée, il y aurait toujours une confusion d'interprétation sur les produits entrant dans le champ de cette nouvelle disposition. Face à cette confusion, il convient de clarifier les choses en laissant quelques mois avant sa mise en place.

Par ailleurs, il convient de rappeler l'engagement de la profession viticole dans la mise en œuvre d'un plan de filière et la déclinaison de celui-ci en matière de prévention des consommations nocives d'alcool, en cohérence avec les deux priorités fixées par le Gouvernement : les femmes enceintes et les jeunes. Elle est également engagée auprès de l'Autorité de régulation professionnelle de la publicité dans une démarche de communication responsable.

En conséquence, l'objet de cet amendement vise à différer l'entrée en vigueur de la modification de l'assiette de la taxe dit « prémix » au 1^{er} juillet 2020.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	184 rect. ter
----------------	---------------------

30 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

Mme Nathalie DELATTRE, MM. BUIS et Daniel LAURENT, Mme IMBERT et MM. LONGEOT et LEFÈVRE

ARTICLE 9 TER

Après l'alinéa 1

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au b du I, les mots : « Un ou » sont remplacés par les mots « Un mélange de » ;

OBJET

Lors des différents débats sur cet article 9ter, il est apparu une confusion sur la définition d'un « premix ». Le Rapporteur général a indiqué : « « Premix » signifie « mélangé à l'avance » ce qui exclut donc certains alcools cités dans l'exposé sommaire des amendements (de suppression) ».

En effet, un « premix » est un mélange de boissons. Il convient donc d'apporter cette précision rédactionnelle dans le code général des impôts visant à rappeler cette notion de mélange dans la définition d'un « premix ». Un « premix » est un mélange de boisson alcoolique avec une boisson non alcoolique, ou un mélange de boissons alcooliques.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	192
----------------	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE28 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME, LIENEMANN
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 10

Supprimer cet article.

OBJET

L'article 10 prévoit l'unification du recouvrement des cotisations sociales au profit des URSSAF. Cette mesure concernera la quasi-totalité des employeurs du secteur privé, qui acquitteront auprès des URSSAF les cotisations jusqu'ici payées à l'AGIRC-ARRCO, mais aussi les employeurs des régimes spéciaux (Marins, Industries électriques et gazières, Clercs de Notaire) et les employeurs publics. Par conséquent, les missions de recouvrement des caisses des régimes spéciaux seront donc progressivement transférées aux URSAFF entre 2020 et 2023.

Cet article vise à préparer le terrain pour la réforme des retraites dont l'objectif est la mise en place d'un système universel de retraites qui englobe tous les régimes complémentaires et les régimes spéciaux. Ainsi, l'étude d'impact précise sur cet article en page 53 : « Ces différentes étapes permettront que l'unification du recouvrement des cotisations sociales constitue utilement un acquis pour la mise en œuvre future de la réforme des retraites. »

Avant même que la réforme des retraites soit mise en débat, cet article crée toutes les conditions techniques d'une fusion des régimes spéciaux et complémentaires dans le futur système universel de retraites.

C'est pourquoi nous en demandons la suppression.



PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

N°	120
----	-----

**DIRECTION
DE LA SÉANCE**

(n°s 151, 153)

**27 NOVEMBRE
2019**

A M E N D E M E N T

présenté par

M. ANTISTE, Mme JASMIN, MM. TODESCHINI et LALANDE, Mme Gisèle JOURDA, M. DURAN,
Mmes MONIER et ARTIGALAS et M. TEMAL

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 11

I. - Après l'alinéa 15

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Le même article L. 662-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les travailleurs indépendants mentionnés à l'alinéa précédent, en mesure de justifier les retards de règlement supérieurs à trente jours de la part des collectivités des Antilles-Guyane, ainsi que les conséquences réelles et mesurables sur leur santé financière, peuvent faire valoir leur droit à déroger au versement des cotisations et contributions sociales par voie dématérialisée. »

II. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

.... – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article 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.

OBJET

Le PLFSS 2020 entend systématiser la dématérialisation des cotisations et contributions sociales, dans les conditions et délais impartis par les URSSAF. Or, cela est méconnaître la situation financière des travailleurs indépendants ultramarins qui composent à eux seuls près de 90 % du tissu économique des outremer.

En effet, du fait des retards de paiement pourtant régulièrement dénoncés, ces travailleurs indépendants sont très souvent fragilisés, ce qui crée des situations d'inégalités face à leurs obligations fiscales, sociales et financières, lesquelles ne sont pas prises en compte légalement.

Il faut rappeler que le délai de paiement dans les collectivités antillaises se situe nettement au-dessus du délai réglementaire. Il est de 97 jours en Martinique, 75 jours en Guyane, de 90 à + de 100 jours en Guadeloupe. Un délai qui ne cesse de s'allonger, compromettant gravement la survie des activités !

Les mesures préconisées en matière de dématérialisation des déclarations et règlement des cotisations sont donc totalement incompatibles avec la réalité de nos territoires.

Cet amendement vise donc à corriger des situations d'injustice fiscale et sociale qui touchent les travailleurs indépendants, particulièrement dans les outre-mer, en les protégeant des conséquences dommageables du retard ou du non-respect des délais de règlements légaux par leurs clients notamment les collectivités.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)
(n^{os} 151, 153)

N°	193
----	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 13

Alinéas 2 à 10

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

...° Le III de l'article L. 133-4-2 est abrogé ;

OBJET

La loi de financement de la sécurité sociale de 2019 a mis en place une possibilité de suppression uniquement partielle des exonérations en fonction de la gravité de la fraude commise. Cela ne nous semble pas pertinent, ni au regard de la morale, ni au vu de la santé des finances publiques. Par ailleurs, l'exposé sommaire de cet article nous semble rédigé de façon beaucoup trop générale.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	170
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. HENNO et Mmes GUIDEZ, DINDAR et Catherine FOURNIER

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 15

Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les produits bénéficiant d'une prise en charge au titre de l'article L. 165-1-5 du présent code, ainsi que ceux présentant, après avis de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37, un niveau d'amélioration du service attendu innovant, sont exclus du périmètre de l'assiette définie à l'article L. 138-19-8, selon des modalités définies par décret.

OBJET

L'article 15 instaure une clause de sauvegarde sur les dispositifs médicaux prise en charge au titre de la liste en sus.

En cohérence avec les mesures prises par le Gouvernement pour soutenir l'innovation dans le secteur des dispositifs médicaux, et afin de ne pas créer de pénurie de dispositifs innovants que les patients réclament, il est proposé que soient exclus du périmètre d'application de la clause de sauvegarde :

- les technologies prometteuses bénéficiant du dispositif d'accès précoce mise en place à l'article L.165-1-5 du code de la sécurité sociale ;
- les produits justifiant d'un niveau d'ASA innovant (ASA I, II ou III) lors de leur évaluation par la Haute Autorité de Santé.

Les dispositifs concernés sont très limités mais sont nécessaires à une offre de soins de qualité. Le CEPS rappelle dans son Rapport 2018 qu'il a instruit seulement 11 dispositifs avec une ASA II et III (aucun dispositif médical n'a reçu d'ASA I en 2018).



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, rapport 153)

N ^o	16
----------------	----

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. VANLERENBERGHE
au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 15

Après l'alinéa 15

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

« Art. L. 138-19-.... – Les exploitants redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-17-5 et L. 165-4, ont conclu avec le comité économique des produits de santé, pour au moins 90 % du prorata du montant mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 138-19-10 constaté au cours de l'année civile au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7 qu'ils exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement, sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution.

« Les exploitants signataires d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article sont exonérés de la contribution si la somme des remises versées en application de ces accords est supérieure à 80 % du total des montants dont elles sont redevables au titre de la contribution. À défaut, une entreprise signataire d'un tel accord est exonérée de la contribution si la remise qu'elle verse en application de l'accord est supérieure ou égale à 80 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.

OBJET

Cet amendement vise à introduire, aux côtés de la nouvelle clause de sauvegarde des dispositifs médicaux, un mécanisme incitatif à la négociation conventionnelle similaire à celui qui s'applique à la clause de sauvegarde des médicaments. Il s'agit de permettre aux futurs redevables de la contribution, avant l'établissement de leur créance, de conclure

une convention avec le comité économique des produits de santé susceptible d'exonérer l'exploitant en cas de versement d'une remise conventionnelle. L'amendement propose également de renforcer le caractère incitatif de cette convention en prévoyant un abattement forfaitaire de 20 %, identique à celui pratiqué dans le secteur du médicament.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	171
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. HENNO et Mmes GUIDEZ, Catherine FOURNIER et DINDAR

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 15

Alinéa 25

1^o Première et seconde phrases

Remplacer l'année :

2020

par l'année :

2021

2^o Seconde phrase

Remplacer, deux fois, l'année :

2019

par l'année :

2020

OBJET

L'article 15 instaure une clause de sauvegarde sur les dispositifs médicaux prise en charge au titre de la liste en sus.

Cet amendement permet d'apporter de la sécurité juridique à la mise en œuvre effective de cette taxe. En effet, afin de piloter une mise en œuvre de façon pertinente au cours de l'année 2020 pour définir tous les bons outils de calcul de cette taxe par le CEPS et les industriels, il est proposé un déclenchement décalé d'un an. Cette année blanche de transition ne remet pas en cause le dispositif et permet à l'administration fiscale, au CEPS et aux entreprises de se préparer.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, rapport 153)

N ^o	17
----------------	----

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. VANLERENBERGHE
au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 17

Alinéa 7

Supprimer les mots :

au 5^o bis du III de l'article L. 136-1-1, au 3 bis de l'article L. 136-8, aux huitième, onzième et douzième alinéas de l'article L. 137-15,

OBJET

Cet amendement propose de rejeter les nouvelles non-compensations de l'État proposées par ce PLFSS.

Il s'agit d'un amendement de cohérence avec la position adoptée par la commission à l'article 3 de ce projet de loi.

Les dérogations systématiques à la « loi Veil » ne sont pas acceptables sur le principe et sont, de surcroît, incompatibles avec l'ambition d'apurer complètement d'ici à 2024 la dette de la sécurité sociale, qu'elle soit détenue par la Cades ou par l'Acoss.

Les nouvelles dépenses d'assurance maladie non financées issues du plan hôpital ne font que renforcer ce constat.



PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

N°	78 rect.
----	-------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

29 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme Nathalie DELATTRE, M. CORBISEZ, Mme COSTES, M. DANTEC, Mmes GUILLOTIN,
JOUVE et LABORDE et M. REQUIER

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 17

Alinéa 7

Supprimer les mots :

au 5° bis du III de l'article L. 136-1-1, au 3 bis de l'article L. 136-8, aux huitième,
onzième et douzième alinéas de l'article L. 137-15,

OBJET

Par cohérence avec l'amendement déposé à l'article 3 pour supprimer la non-compensation en 2019 de certaines pertes de recettes, cet amendement propose de supprimer, dans l'article 17, les dispositions prévoyant la non-compensation pérenne de dispositions adoptées l'année dernière.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	134
----------------	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE28 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

MM. DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. JOMIER, Mmes LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mmes LEPAGE, MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 17

Alinéa 7

Supprimer les mots :

au 5^o bis du III de l'article L. 136-1-1, au 3 bis de l'article L. 136-8, aux huitième, onzième et douzième alinéas de l'article L. 137-15,

OBJET

Avec cet amendement, le groupe socialiste entend supprimer les mesures de non-compensation décidées par le gouvernement qui créent artificiellement un déficit des comptes sociaux et font de ceux-ci une variable d'ajustement du budget de l'État.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)
(n^{os} 151, 153)

N ^o	195
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Tombé	

ARTICLE 17

Alinéa 7

Supprimer les mots :

, au 3 bis de l'article L. 136-8, aux huitième, onzième et douzième alinéas de l'article L. 137-15

OBJET

En cohérence avec notre amendement déposé à l'article 3 rétablissant la compensation financière par l'État des mesures d'exonération de cotisations sociales, cet amendement rétablit la compensation pour les pertes de recettes liées aux mesures suivantes :

- l'atténuation du franchissement du seuil d'assujettissement de la CSG au taux normal sur les revenus de remplacement ;
- des mesures d'allègement voire de suppression du forfait social sur l'épargne salariale.

Tel est le sens de cet amendement.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

N°	159
----	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

28 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Sagesse du Sénat
G	Défavorable
Rejeté	

MM. DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. JOMIER, Mmes LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mme LEPAGE, M. LUREL, Mmes MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 17

Alinéa 7

Supprimer la référence :

L. 241-17,

OBJET

Le groupe socialiste s'oppose à la désocialisation et la défiscalisation des heures supplémentaires pour plusieurs raisons.

La non compensation par l'État à la sécurité sociale des exonérations de cotisations sociales sur les heures supplémentaires nous paraît être un dévoiement du principe de séparation entre le budget de l'état et le budget de la sécurité sociale qui date de la loi Veil de 1994. Cette somme non versée en raison de la non compensation, revenant de plein droit aux organismes sociaux, creuse leur déficit et les pousse d'année en année à plus d'endettement. Avec ce type de mesures, la Sécurité sociale devient une variable d'ajustement du budget de l'État, ce qui est inacceptable. Cela compromet grandement l'un des principes fondateurs de la sécurité sociale à savoir son autonomie.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, rapport 153)

N ^o	18
----------------	----

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. VANLERENBERGHE
au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 17

Alinéa 39

Supprimer cet alinéa.

OBJET

Cet amendement propose de supprimer le plafonnement de la compensation à la sécurité sociale du coût des exonérations propres aux jeunes entreprises innovantes.

Au-delà du coût immédiat de cette mesure (26 millions d'euros en prévision), le principe de ce plafonnement est particulièrement choquant, s'agissant du financement de la politique sectorielle d'un ministère.

Même le rapport du Gouvernement sur la rénovation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale conclut en ces termes le volet consacré à ce type d'exonérations : « *la refonte de la règle de compensation ne devrait pas s'appliquer aux exonérations ciblées. En effet, les allègements ciblés de cotisations sociales sont des outils de politique publique qui auraient pu prendre la forme de dotations budgétaires. Il est vertueux que les ministères porteurs de ces politiques en assument ainsi la responsabilité. Ce principe de compensation intégrale sous forme de crédits budgétaires permet tout d'abord d'identifier les efforts consentis à destination des différentes cibles de ces allègements. Il permet ensuite de limiter la création de niches sociales, en appliquant le principe du « prescripteur-payeur »* ».

Il importe donc de remédier à cette incohérence entre le discours et la pratique du Gouvernement en rétablissant la compensation intégrale de la niche sociale en faveur des JEI – ce qui n'aura d'ailleurs aucune conséquence sur l'exonération dont elles continueront de bénéficier.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	197
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 18

Supprimer cet article.

OBJET

Dans la continuité de l'article 17, l'article 18 prévoit une compensation incomplète de l'État à la sécurité sociale des pertes de recettes qu'il lui fait supporter.

Les comptes sociaux enregistreraient une augmentation des « niches sociales » de 25,9 milliards d'euros, toutes exonérations confondues en 2019.

Nous ne pouvons accepter ce contournement de la loi Veil et du principe d'autonomie de la sécurité sociale.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N°	198
----	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	
Retiré	

ARTICLE 19

Supprimer cet article.

OBJET

Cet article prolonge les politiques de l'État, déjà mises en œuvre lors du précédent PLFSS, aboutissant à progressivement confondre le budget de la sécurité sociale avec celui de l'État. Plusieurs mesures vont en ce sens : fiscalisation des recettes de la sécurité sociale (par la suppression des cotisations sociales et le financement par l'impôt), non compensation par l'État des pertes de la sécurité sociale et affectation de l'excédent de la sécurité sociale au budget de l'État.

Nous nous opposons à cette volonté d'étatisation de la sécurité sociale et défendons l'autonomie des finances sociales.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	135
----------------	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE28 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme LUBIN, MM. DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. JOMIER, Mmes MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mmes LEPAGE, MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 23

Supprimer cet article.

OBJET

Nous nous opposons à cet article qui présente la nouvelle trajectoire pluriannuelle de recettes et de dépenses de la sécurité sociale en actant un déficit de 5,1 Md€ en 2020. Cet article nous demande d'approuver une trajectoire budgétaire intenable en ce qui concerne les établissements de santé et le financement de la perte d'autonomie.

La trajectoire budgétaire présentée par le Gouvernement jusqu'en 2023 va entraîner une augmentation de la pression sur l'hôpital public, les professionnels de santé ainsi que les usagers. C'est une trajectoire budgétaire qui laisse filer le déficit de la sécurité sociale sans que cela ne soit justifié par de nouvelles dépenses en matière de santé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	199
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 23

Supprimer cet article.

OBJET

Cet article fixe pour les 4 années à venir, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Si on suit les dispositions du PLFSS, l'ONDAM serait amené à évoluer de 2,3 % sur 4 ans, ce qui est bien inférieur au taux d'inflation par exemple.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)
(n^{os} 151, 153)

N°	238
----	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Le Gouvernement

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 23

Annexe B (Rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie pour les quatre années à venir)

Annexe B, alinéa 2, dernière phrase

Rédiger ainsi cette phrase :

Ces efforts permettront aux branches autres que la branche Vieillesse de dégager des excédents : dès 2020 pour les branches Famille et Accidents du travail et maladies professionnelles et en 2023 pour la branche Maladie (III).

OBJET

Amendement rédactionnel.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N°	200
----	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 24 A

Supprimer cet article.

OBJET

Cet article est issu d'un amendement du gouvernement adopté à l'assemblée nationale. Il fixe le principe de financement pluriannuel pour les établissements de santé.

Si plus de visibilité sur leurs ressources peut être un point positif pour les hôpitaux, cet article interroge, quant au rôle du parlement chargé de définir l'ONDAM chaque année.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	160
----------------	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Sagesse du Sénat
G	Défavorable
Rejeté	

Mme JASMIN, MM. DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET et GRELET-CERTENAIS, M. JOMIER, Mmes LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE, ARTIGALAS et CONCONNE, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mme LEPAGE, M. LUREL, Mmes MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 24 A

Alinéa 4

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

À la fin de sa période d'application, le comité procède à l'évaluation du protocole.

OBJET

Il s'agit par cet amendement de permettre l'évaluation de chaque protocole, à la fin de sa période d'application avec le cas échéant des préconisations concernant ce nouveau mode de financement proposé par le gouvernement pour les hôpitaux de proximité.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	201
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME, LIENEMANN
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 24

Supprimer cet article.

OBJET

Cet article rénovant le financement des hôpitaux de proximité n'apporte aucune garantie de renforcement de ces établissements, bien au contraire.

Depuis 30 ans, beaucoup d'hôpitaux de proximité ont disparu. Ceux qui subsistent sont complètement vétustes et les moyens qui leur sont alloués en termes de financement de personnels sont totalement sous-évalués. Le taux d'ONDAM fixé dans ce PLFSS aggraverait encore la situation s'il était voté. Dans un tel contexte d'austérité budgétaire cet article est totalement inapproprié.

Sous couvert de gradation des soins, ces hôpitaux sont considérés par l'exécutif comme des établissements subalternes, destinés à résoudre, en un temps limité et des circonstances changeantes, les problèmes de démographie médicale.

Ils devraient pourtant être considérablement renforcés par un ONDAM réévalué et représenter, grâce à leur plateau technique et leurs compétences médicales et soignantes, un élément essentiel du parcours de soins du patient.

D'où notre amendement de suppression.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

N°	91 rect. bis
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

30 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

MM. CHASSEING, GUERRIAU, DECOOL, MENONVILLE et FOUCHÉ, Mme MÉLOT,
MM. LAGOURGUE, LAUFOAULU, CAPUS, WATTEBLED, Alain MARC, GABOUTY et
LONGEOT, Mme Frédérique GERBAUD, MM. BONNE, LEFÈVRE, de NICOLAY, BONHOMME et
Henri LEROY, Mme BILLON et MM. BOUCHET et LAMÉNIE

ARTICLE 24

Alinéa 2, deuxième phrase

Supprimer les mots :

du volume d'activité et

OBJET

La réforme des hôpitaux de proximité s'accompagne d'une transformation de son modèle de financement, qui est inscrite au PLFSS pour 2020.

Cette évolution du financement est rendue nécessaire par l'incapacité du modèle actuel, instauré en 2016, à assurer la stabilité et la pérennité des ressources des hôpitaux de proximité.

En effet, si le modèle de 2016 comporte une garantie de financement pour les hôpitaux de proximité, celle-ci est liée au volume d'activité réalisé, et n'assure pas en pratique la stabilité des ressources des établissements. Les hôpitaux de proximité situés dans un bassin de vie peu dynamique du point de vue démographique voient leur activité stagner, et leurs ressources diminuent en conséquence d'année en année.

Le déficit cumulé des hôpitaux de proximité a dans ce contexte doublé entre 2015 et 2018.

Pour éviter que les mêmes causes ne conduisent aux mêmes effets et afin d'assurer une véritable stabilité des ressources des hôpitaux de proximité, il est proposé de ne pas lier le niveau de leur garantie pluriannuelle de financement au volume d'activité réalisé.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	136
----------------	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE28 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. JOMIER, Mmes LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mmes LEPAGE, MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 24

Alinéa 2, deuxième phrase

Supprimer les mots :

du volume d'activité et

OBJET

La réforme des hôpitaux de proximité s'accompagne d'une transformation de son modèle de financement.

Cette évolution du financement est rendue nécessaire par l'incapacité du modèle actuel, instauré en 2016, à assurer la stabilité et la pérennité des ressources des hôpitaux de proximité.

En effet, si le modèle de 2016 comporte une garantie de financement pour les hôpitaux de proximité, celle-ci est liée au volume d'activité réalisé, et n'assure pas en pratique la stabilité des ressources des établissements. Les hôpitaux de proximité situés dans un bassin de vie peu dynamique du point de vue démographique voient leur activité stagner, et leurs ressources diminuent en conséquence d'année en année.

Pour éviter que les mêmes causes ne conduisent aux mêmes effets et afin d'assurer une véritable stabilité des ressources des hôpitaux de proximité, il est proposé de ne pas lier le niveau de leur garantie pluriannuelle de financement au volume d'activité réalisé.

Cet amendement est une suggestion de la FHF.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	92 rect. bis
----------------	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE30 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

MM. CHASSEING, GUERRIAU, DECOOL, MENONVILLE et FOUCHÉ, Mme MÉLOT,
MM. LAGOURGUE, LAUFOAULU, CAPUS, WATTEBLED, Alain MARC, GABOUTY et
LONGEOT, Mme Frédérique GERBAUD, MM. LEFÈVRE, de NICOLAY, BONHOMME, MAYET et
Henri LEROY, Mme BILLON et MM. BOUCHET et LAMÉNIE

ARTICLE 24

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Cette indemnité peut servir au maintien ou à la création d'un service d'urgence de jour et d'une équipe de service mobile d'urgence et de réanimation, lorsque les hôpitaux de proximité sont distants de plus de quarante kilomètres d'un centre hospitalier régional ou un centre hospitalier universitaire.

OBJET

Les services d'urgence traversent une grave crise en France. Le maintien ou la création de services d'urgence et/ou d'une équipe de SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation), durant la journée (8h-20h), semble nécessaire lorsque les hôpitaux de proximité et les territoires sont éloignés des centres hospitaliers régionaux (CHR) ou des centres hospitaliers universitaires (CHU).

Cet amendement vise à renforcer la présence de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire en proposant que la dotation de responsabilité territoriale puisse servir à la création ou au maintien dans les hôpitaux de proximité d'un service d'urgence de jour ou d'une équipe de service mobile d'urgence et de réanimation, lorsque ces hôpitaux sont situés à plus de quarante kilomètres d'un CHR ou d'un CHU.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	122
----------------	-----

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. ANTISTE, Mme JASMIN, MM. TODESCHINI et LALANDE, Mme Gisèle JOURDA, M. DURAN,
Mmes MONIER et ARTIGALAS et MM. JOMIER et TEMAL

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 24

Alinéa 10

Remplacer cet alinéa par deux alinéas ainsi rédigés :

IV. - Dans un délai de six mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la revalorisation des coefficients géographiques des outre-mer.

Ce rapport vise à identifier les surcoûts réels qui modifient le prix de revient de certaines prestations des établissements publics ou privés de santé implantés en Martinique, Guadeloupe, Guyane et à La Réunion, de façon à fixer des coefficients géographiques différenciés et adaptés.

OBJET

Cet amendement propose un rapport sur la revalorisation des coefficients géographiques en Martinique, Guadeloupe, Guyane et à La Réunion, dans le cadre de la réforme du financement de notre système de santé.

Les coefficients géographiques majorants s'appliquent aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels, pour tous les établissements de la zone (publics et privés) pour compenser les surcoûts supportés par les établissements de santé des régions d'outre-mer, à l'exception de Mayotte, qui perçoit une dotation forfaitaire.

Les équipements installés outre-mer et les prestations coûtent plus cher en raison des facteurs structurels inhérents à l'insularité et à l'éloignement géographique comme les frais de transport, le climat et les aléas climatiques qui dégradent très rapidement les infrastructures, l'importation de certains médicaments ou biens de consommation, les surcoûts de personnel, etc.

Le rapport d'information fait au nom de la délégation aux outre-mer sur la situation des CHU de la Guadeloupe et de La Réunion, démontre que les coefficients géographiques ne

sont plus adaptés à la réalité des coûts locaux et doivent être revalorisés. Cette revalorisation apparaît comme un préalable indispensable à toute autre mesure.

Dans un contexte où la réduction des déficits est l'une des priorités, augmenter ces coefficients contribuerait à réduire les charges, voire à annuler le déficit de la plupart des établissements de

santé de ces territoires d'outre-mer.

Cet amendement vise aussi à souligner l'urgence extrême de la situation qui nécessite une juste revalorisation des coefficients géographiques, sans délai.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	66 rect.
----------------	-------------

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes DINDAR et MALET, MM. LAGOURGUE et MAGRAS, Mmes GUIDEZ et DOINEAU,
MM. CADIC, CANEVET et LE NAY, Mme VULLIEN, M. HENNO, Mme VERMEILLET et
MM. DELCROS et MOGA

C	Avis du Gouvernement
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 24

Alinéa 10

Remplacer les mots :

d'évaluer les coefficients géographiques liés aux facteurs spécifiques de ces territoires et les différents modes de financement dont ils font l'objet

par les mots :

de réévaluer le coefficient géographique de 31 % à 34 %, car en l'état il ne permet plus de couvrir l'intégralité des surcoûts liés à l'insularité et à l'isolement et en outre il ne s'applique pas aux missions d'intérêt général qui pourtant le nécessiteraient pour certaines

OBJET

Le coefficient géographique qui s'applique aux tarifs de séjours hospitaliers valorise des « facteurs spécifiques affectant de manière permanente et substantielle » les coûts des prestations de santé sur un territoire donné.

Ce coefficient qui majore environ 65 % des recettes des hôpitaux est appliqué aux régions d'Outre-mer pour tenir compte des surcoûts structurels de leurs établissements de santé.

Il est resté quasiment inchangé – il n'a augmenté que d'un point en 10 ans – contrairement à ce qui a été pratiqué pour la Corse ou les autres DOM.

Depuis 2006, la Réunion est la région qui a connu la plus faible revalorisation : 1 point contre 2 aux Antilles, 4 en Guyane et 6 en Corse.

Mais une augmentation du coefficient géographique des autres établissements ultramarins sans revalorisation du coefficient géographique Réunionnais serait injuste, et contraire aux préconisations du rapport Aubert et aux annonces de Ma Santé 2022, et se traduirait par une rupture sur le plan social par rapport à la situation des autres Outre-Mer.

Cette revalorisation qui serait calculée annuellement pour chaque établissement, ne remettrait pas en question la spirale vertueuse dans la gestion des hôpitaux de la Réunion ni les démarches d'efficacité attendues de tous les hôpitaux au niveau.

Elle est une condition pour que la stratégie sanitaire déployée par le gouvernement dans les Outre-Mer trouve sa pleine efficacité et que les établissements de la Réunion s'installent durablement dans le paysage hospitalier français comme des pôles d'excellence.

Cette proposition de revalorisation du coefficient géographique permettrait au CHU de la Réunion de disposer de moyens adaptés à la santé des familles réunionnaises, et de donner des perspectives plus positives aux malades qui souffrent et aux personnels soignants qui subissent des conditions de travail compliquées.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	202
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME, LIENEMANN
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 25

Supprimer cet article.

OBJET

La proposition de réforme de la psychiatrie poursuit un objectif que nous partageons : revaloriser la psychiatrie, et en particulier la psychiatrie publique face à la concurrence des établissements privés.

Cependant les moyens pour y parvenir ne sont pas la solution, puisqu'ils reprennent les critères de l'activité dont l'hôpital essaye aujourd'hui de se départir.

Une véritable revalorisation des budgets doit s'accompagner d'une réhumanisation des lieux de soins de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie et de développer des accompagnements alternatifs.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

N°	93 rect. bis
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 151, 153)30 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

MM. CHASSEING, MALHURET, GUERRIAU, DECOOL, MENONVILLE et FOUCHÉ,
Mme MÉLOT, MM. LAGOURGUE, LAUFOAULU, CAPUS, WATTEBLÉ, Alain MARC et
GABOUTY, Mme Nathalie DELATTRE, M. LONGEOT, Mme Frédérique GERBAUD,
MM. LEFÈVRE, MOGA, de NICOLAY et BONHOMME, Mmes GUILLOTIN et GUIDEZ, M. Henri
LEROY, Mme BILLON et MM. BOUCHET et LAMÉNIE

ARTICLE 25

Alinéa 47

Après le mot :

extrahospitalière

insérer les mots :

, de la création d'équipes mobiles départementales de psychiatrie et de pédopsychiatrie

OBJET

Cet amendement vise à permettre la création d'équipes mobiles de psychiatrie et de pédopsychiatrie à l'échelle départementale.

Ces équipes mobiles pourraient intervenir à la demande du médecin traitant au domicile de patients psychotiques refusant de rencontrer un psychiatre, afin d'améliorer le suivi médical du malade.

Ces équipes pourraient également rencontrer les enfants et les équipes des centres départementaux de l'Enfance (CAE) ou des maisons d'enfants à caractère social (MECS) afin d'améliorer la prise en charge et le suivi d'enfants malades, notamment dans les départements présentant un manque de lit en établissement spécialisé.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	206
----------------	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE28 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

Mmes BENBASSA, COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Sagesse du Sénat
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 25

Alinéa 50

Après le mot :

région

insérer les mots :

ainsi que la distance les séparant des établissements des régions limitrophes

OBJET

L'article 25 prévoit une réforme en profondeur du système de dotation du milieu psychiatrique français. La dotation populationnelle serait ainsi répartie entre les régions en tenant compte de critères sociaux et démographiques et des besoins de la population, des caractéristiques de l'offre de soins hospitalière et extrahospitalière et de l'offre médico-sociale dans les territoires.

Le maillage des établissements hospitaliers psychiatriques en France est cependant particulièrement inégal : des régions sont particulièrement isolées, notamment dans les milieux ruraux, montagnards ou dans les régions ultramarines. Ces régions manquent de personnel et d'infrastructures adaptées.

Il est donc proposé de tenir compte dans l'attribution des dotations de la distance qui sépare les régions isolées de leurs régions limitrophes. L'objectif à terme étant évidemment.



PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

N°	67 rect.
----	-------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

28 NOVEMBRE
2019

AMENDEMENT

présenté par

C	Sagesse du Sénat
G	Défavorable
Adopté	

Mmes DINDAR et MALET, MM. LAGOURGUE et MAGRAS, Mmes GUIDEZ et DOINEAU,
MM. CADIC, CANEVET et LE NAY, Mme VULLIEN, M. HENNO, Mme VERMEILLET et
MM. DELCROS et MOGA

ARTICLE 25

Alinéa 51, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

et résorber les inégalités en matière d'offre de soins, notamment au sein des départements
et régions d'outre-mer

OBJET

La Réunion est un des tout derniers départements français en moyens consacrés à la Santé mentale, moins de 100 euros par habitant à la Réunion contre 130 euros en moyenne par métropolitain.

Le département de la Réunion est très en retrait dans un contexte national jugé en difficulté.

Une étude Ernst and Young portée par la FHF Océan Indien a estimé les besoins de financement pour la Réunion entre 15 et 19 M d'euros pour rattraper les seuls standards nationaux.

À travers l'article 25, le Gouvernement entend mener une réforme du financement de la psychiatrie, qui prévoit la création d'un nouvel objectif de l'ONDAM propre à la psychiatrie.

Ce nouvel objectif sera formé de plusieurs dotations, dont une dotation populationnelle qui tient compte des besoins de la population, des caractéristiques de l'offre de soins et des projets de développement des nouvelles activités.

Cette dotation populationnelle sera répartie entre les régions et a pour objectif de « réduire progressivement les inégalités dans l'allocation de ressources entre les régions ».

Cependant, il apparaît que « les inégalités dans l'allocation des ressources » ont une portée beaucoup plus restreinte que votre initiative puisque le Gouvernement, dans son étude d'impact, semble viser une nécessité de convergence entre les dotations annuelles de financement historiques, supprimées par cet article 25, sur des critères de population.

Il ne s'agit donc pas tant d'agir sur le stock que sur le flux, c'est-à-dire non pas d'agir directement sur les inégalités territoriales mais de prévoir une répartition plus égalitaire entre les territoires.

Il s'agit de prévoir que cette dotation populationnelle aura également pour objectif de résorber les inégalités en matière d'offre de soins, notamment au sein des collectivités d'outre-mer.

Cette proposition a pour avantage de limiter les critiques éventuelles liées à son irrecevabilité financière, sans la prévenir à 100 %, dans la mesure où l'augmentation des moyens alloués aux départements et régions d'outre-mer se fera aux dépens des autres régions et donc à moyens constants.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)
(n^{os} 151, 153)

N°	59
----	----

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. CANEVET

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 25

Alinéa 107

Rédiger ainsi cet alinéa :

V. - Le 5° du I, les III et IV du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

OBJET

Le présent article propose une entrée en vigueur du nouveau modèle de financement de la psychiatrie en 2022, afin que cette réforme soit mise en œuvre dans les meilleures conditions techniques, organisationnelles et financières.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	207
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 26 BIS

Supprimer cet article.

OBJET

Cet article fait suite à un amendement adopté en séance à l'Assemblée Nationale et vise à réformer le financement des urgences.

Le dispositif est similaire aux mesures avancées dans le Pacte pour la refondation des urgences, présenté en septembre 2019 mais n'a pas été intégré dans le texte initial du PLFSS 2020 et n'a donc pas fait l'objet d'une étude d'impact.

Plus de la moitié des services d'urgences sont en grève depuis six mois, les pistes avancées dans cet article 26 Bis ne semblent pas de nature à répondre à la crise.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N°	138
----	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE28 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Avis du Gouvernement
G	Défavorable
Adopté	

MM. JOMIER, DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS, JASMIN, LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mmes LEPAGE, MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 26 BIS

Alinéa 6, après la première phrase

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Cette dotation est notamment liée à une contractualisation avec les professionnels de santé ambulatoires, mentionnant des horaires de permanence des soins adaptés aux besoins de santé de la population.

OBJET

Cet amendement vise à assurer une offre de permanence de soins ambulatoires plus qualitative en l'adaptant davantage aux besoins de la population.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	139
----------------	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

MM. JOMIER, DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS, JASMIN, LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mmes LEPAGE, MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 26 BIS

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – L'article 43 de la loi n^o 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 est abrogé.

OBJET

Cet amendement vise à supprimer la possibilité d'expérimenter un « forfait de réorientation » d'un patient par un service ou une unité d'accueil et de traitement des urgences, introduit dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

La problématique majeure que constitue l'engorgement des services hospitaliers d'urgence ne saurait être résolue par ce forfait qui vise à facturer une prestation d'hospitalisation pour la réorientation des patients vers les soins de ville. En plus de ne pas s'inscrire dans une coopération pensée en amont entre la ville et l'hôpital, on peut s'interroger sur le choix qui présiderait à rémunérer un acte médical non accompli, par ailleurs plus coûteux en services d'urgences qu'en médecine de ville.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, rapport 153)

N ^o	19
----------------	----

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. VANLERENBERGHE
au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 28

I. – Alinéas 14 à 18

Supprimer ces alinéas.

II. – Alinéas 40 à 46

Supprimer ces alinéas.

OBJET

Cet amendement propose la suppression de la procédure de référencement sélectif de certains dispositifs médicaux (essentiellement les fauteuils roulants, bien que le dispositif puisse ultérieurement viser plus large), en raison de trois effets principaux :

-en se limitant au seul élément figurant à la LPPR, cette procédure court le risque de manquer sa cible, faute d’englober l’ensemble des aides techniques réellement facteurs de reste à charge ;

-en empêchant tout nouvel entrant de pénétrer le marché, des oligopoles ne manqueront pas de se former, ce qui engendrera à long terme une hausse des prix ;

- l’injonction qui pourra être faite aux sélectionnés de « fournir des quantités minimales de produits et de prestations sur le marché français » ne paraît pas réaliste au vu du maillage actuel de la filière du dispositif médical.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, rapport 153)

N ^o	20
----------------	----

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. VANLERENBERGHE
au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 28

Alinéa 47

Après les mots :

au même premier alinéa

insérer les mots :

, le cas échéant équipés des aides techniques au sens du 2^o de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles,

OBJET

Cet amendement vise à s'assurer que la remise en bon état d'usage concernera bien le fauteuil roulant pris dans son ensemble, et non les seuls éléments inscrits au remboursement de l'assurance maladie. Un important reste à charge peut être lié aux aides techniques qui n'ont pas la qualité de dispositifs médicaux, mais qui sont pourtant partie pleinement intégrante du fauteuil.



PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

N°	95 rect. bis
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

30 NOVEMBRE
2019

AMENDEMENT

C	Défavorable
G	Demande de retrait
Retiré	

présenté par

MM. CHASSEING, MALHURET, GUERRIAU, DECOOL, MENONVILLE et FOUCHÉ,
Mme MÉLOT, MM. LAGOURGUE, LAUFOAULU, CAPUS, WATTEBLED, Alain MARC,
GABOUTY, LONGEOT, BONNE, LEFÈVRE, MOGA, de NICOLAY et BONHOMME,
Mmes GUILLOTIN et GUIDEZ, M. Henri LEROY, Mme BILLON et MM. BOUCHET et LAMÉNIE

ARTICLE 28

Alinéa 47

Après les mots :

d'usage

insérer les mots :

notamment par des structures du réemploi,

OBJET

L'insertion d'un article L.5212-1-1 vise à permettre à certains dispositifs médicaux à usage individuel de faire l'objet d'une remise en bon état d'usage en vue d'une réutilisation. Cet amendement va dans le sens à la fois d'une économie financière mais aussi du projet de loi sur l'économie circulaire, qui vise à sortir d'une économie du « fabriquer, consommer, jeter ».

Le présent amendement vise à intégrer dans le décret prévu pour fixer les modalités d'application de l'article les structures du réemploi qui gèrent la récupération, la valorisation et notamment la remise en bon état d'usage de biens multiples. Cela pourrait amener des structures du réemploi à, par exemple, réparer et remettre en état des fauteuils roulants.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	34
----------------	----

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

M. MOUILLER, Mme IMBERT, M. MORISSET, Mmes MICOULEAU et DEROMEDI, MM. SOL, Daniel LAURENT et BRISSON, Mmes CANAYER, MORHET-RICHAUD, EUSTACHE-BRINIO et PUISSAT, M. PELLELAT, Mme BRUGUIÈRE, M. DAUBRESSE, Mme BERTHET, MM. CARDOUX et BAZIN, Mmes RICHER et GRUNY, MM. LEFÈVRE, HOUPERT, BONHOMME et BOUCHET, Mmes Laure DARCOS, ESTROSI SASSONE, LASSARADE et CHAUVIN, MM. PIERRE, KENNEL, CALVET, Bernard FOURNIER, BONNE et MAYET, Mmes LAVARDE et DESEYNE, MM. de LEGGE, CUYPERS, CHARON et DALLIER, Mmes Marie MERCIER, GIUDICELLI, GARRIAUD-MAYLAM et MALET et MM. CAMBON, GREMILLET, HUSSON, MANDELLI et BABARY

ARTICLE 28

Alinéa 47

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Le patient conserve sa liberté de choix entre un dispositif neuf et un dispositif remis en bon état d'usage.

OBJET

L'article 28 ne mentionne, dans sa rédaction actuelle, que l'obligation d'information du distributeur détaillant à l'égard du patient quant à la disponibilité d'un dispositif remis en bon état d'usage. Bien qu'il en résulte implicitement le maintien d'une liberté de choix laissée au patient quant au bénéfice d'un dispositif neuf ou usagé, il est souhaitable que cette liberté soit explicitement garantie par la loi.



PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

N°	96 rect. bis
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n^{os} 151, 153)

30 NOVEMBRE
2019

AMENDEMENT

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

MM. CHASSEING, MALHURET, GUERRIAU, DECOOL, MENONVILLE et FOUCHÉ,
Mme MÉLOT, MM. LAGOURGUE, LAUFOAULU, CAPUS, WATTEBLED, Alain MARC,
GABOUTY, LONGEOT, LEFÈVRE, MOGA, de NICOLAY, BONHOMME et MAYET,
Mmes GUILLOTIN et GUIDEZ, M. Henri LEROY, Mme BILLON et MM. BOUCHET et LAMÉNIE

ARTICLE 28

I. – Alinéa 51

Rétablir cet alinéa dans la rédaction suivante :

« 2° Fixer le montant de la consigne mise à la charge de l'assuré pour bénéficiaire de la prise en charge du dispositif médical.

II. – Après l'alinéa 51

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« La consigne mentionnée au 2° ne peut donner lieu à aucune prise en charge, au titre d'aucune prestation ou allocation. Elle est rétrocédée à l'assuré par l'assurance maladie lorsqu'il restitue le dispositif conformément au 1°, sauf lorsque l'état du dispositif médical est anormalement détérioré.

OBJET

Cet amendement vise à ré-introduire le mécanisme de consigne proposé par le Gouvernement afin d'inciter les assurés à restituer le matériel pris en charge par l'Assurance maladie pour qu'il puisse bénéficier à d'autres assurés.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	140
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Sagesse du Sénat
G	Défavorable
Adopté	

MM. DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. JOMIER, Mmes LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mmes LEPAGE, MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 28

Alinéa 52

1^o Remplacer les mots :

peut être

par le mot :

est

2^o Compléter cet alinéa par les mots :

, d'origine des pièces détachées utilisées pour les réparations, neuves ou compatibles, les périodes de garantie

OBJET

Toutes les garanties de sécurité, de « matério-vigilance », de sécurité sanitaire doivent faire l'objet d'une particulière vigilance lorsqu'il s'agit d'une personne en situation de handicap, d'avancée en âge ou en situation de fragilité. Tous les éléments d'informations relatifs à la traçabilité des matériels, opérations de réparation et de maintenance, d'origine des pièces détachées doivent être recensées et disponibles afin de sécuriser les parcours des dispositifs médicaux et identifier les responsabilités en cas d'accident.

Cet amendement est une suggestion de France Assos Santé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	208
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Sagesse du Sénat
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 28

Alinéa 52

1^o Remplacer les mots :

peut être

par le mot :

est

2^o Compléter cet alinéa par les mots :

, d'origine des pièces détachées utilisées pour les réparations, neuves ou compatibles, les périodes de garantie

OBJET

Toutes les garanties de sécurité, de « matéro-vigilance », de sécurité sanitaire doivent faire l'objet d'une particulière vigilance lorsqu'il s'agit d'une personne en situation de handicap, d'avancée en âge ou en situation de fragilité. Tous les éléments d'informations relatifs à la traçabilité des matériels, opérations de réparation et de maintenance, d'origine des pièces détachées doivent être recensées et disponibles afin de sécuriser les parcours des dispositifs médicaux et identifier les responsabilités en cas d'accident.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	97 rect. bis
----------------	--------------------

30 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Avis du Gouvernement
G	Défavorable
Tombé	

MM. CHASSEING, MALHURET, GUERRIAU, DECOOL, MENONVILLE et FOUCHÉ,
Mme MÉLOT, MM. LAGOURGUE, LAUFOAULU, CAPUS, WATTEBLED, Alain MARC,
GABOUTY, LONGEOT, LEFÈVRE, MOGA, de NICOLAY et BONHOMME, Mmes GUILLOTIN et
GUIDEZ, M. Henri LEROY, Mme BILLON et MM. BOUCHET et LAMÉNIE

ARTICLE 28

Alinéa 52

1^o Remplacer les mots :

peut être

par le mot

est

2^o Compléter cet alinéa par un phrase ainsi rédigée :

En cas de réparation, l'origine des pièces détachées utilisées, neuves ou compatibles, ainsi que leurs périodes de garantie sont transmises.

OBJET

Cet amendement vise à étendre les éléments d'informations relatifs à la traçabilité du matériel assuré à l'origine des pièces détachées utilisées en cas de réparation et aux périodes de garanties.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

N°	209
----	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

28 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME, LIENEMANN
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 28

Après l'alinéa 58

Insérer trois alinéas ainsi rédigés :

...) Le troisième alinéa est ainsi modifié :

- à la première phrase, après le mot : « principalement », sont insérés les mots : « des montants détaillés des contributions en recherche et développement investies par le fabricant, des contributions publiques à la recherche et au développement du produit de santé concerné, d'informations concernant la provenance et le coût des principes actifs et matières premières du produit de santé concerné, » ;

- après la même première phrase, sont insérées deux phrases ainsi rédigées : « Elle prend également en compte l'information relative aux statuts des brevets protégeant le médicament ou produit de santé. Elle tient également compte du prix des génériques disponibles hors du marché européen. » ;

OBJET

L'observatoire de la transparence dans les politiques du médicament nous a soumis la proposition d'amendement suivante : il est chargé de concrétiser la résolution transparence prise par la France en mai dernier à l'OMS. La mise en place d'une telle transparence permettra de documenter l'illégitimité des prix des médicaments et donc de gagner en puissance dans les négociations avec les industriels.

Cet amendement propose justement d'améliorer la transparence en clarifiant certains termes.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	210
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME, LIENEMANN
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 28

Alinéa 67

Compléter cet alinéa par les mots :

ainsi que les dépenses pour l'acquisition des brevets ayant permis la commercialisation des médicaments concernés

OBJET

La recherche en matière de santé s'appauvrit. De plus en plus, les budgets (y compris les subventions publiques) sont consacrés à l'achat de produits brevetés, et ce au détriment des investissements réels en matière de recherche. Il est fondamental que l'ensemble de ces investissements soient communiqués au Comité économique des produits de santé, afin qu'ils disposent de tous les leviers pertinents lors de sa négociation dans la fixation des prix.

Cet amendement est issu des recommandations de l'observatoire pour la transparence des médicaments.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

N°	106 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

28 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Adopté	

Mme IMBERT, M. PELLEVAL, Mmes MORHET-RICHAUD, MICOULEAU, PUISSAT et RAMOND, M. VASPART, Mmes BONFANTI-DOSSAT et Marie MERCIER, M. SAVARY, Mme BRUGUIÈRE, MM. Daniel LAURENT et MORISSET, Mmes Laure DARCOS et GRUNY, MM. BRISSON, de NICOLAY, SOL et LEFÈVRE, Mme NOËL, MM. RAPIN et MANDELLI, Mme DEROMEDI, MM. KAROUTCHI, SAURY et GENEST, Mme LAMURE, M. BONNE, Mme DESEYNE, MM. GROSPERRIN et BASCHER, Mme BERTHET et MM. PONIATOWSKI et MOUILLER

ARTICLE 28

Alinéa 67

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Cette déclaration ne s'applique pas aux exploitants ou aux fournisseurs de distributeur au détail de produits et prestations dont les organisations représentatives disposent des moyens techniques nécessaires pour transmettre ces données.

OBJET

La transparence des données relatives à la vente des produits ou prestations par les exploitants ou les fournisseurs de distributeur au détail doit être renforcée. Les pharmaciens sont volontaires pour participer à ce contrôle accru. Cependant, ces données transmises seront, dans la plupart des cas, inexploitable.

Les organisations syndicales des pharmaciens d'officine sont en mesure de transmettre sur la base d'un panel représentatif des informations détaillées, précises et suffisantes au Comité économique des produits de santé. Les modalités de transmission des données par les organisations syndicales représentatives sont définies dans l'accord cadre avec le CEPS.

Dans l'éventualité où le CEPS aurait besoin d'informations plus spécifiques pour une série de dispositifs médicaux, le décret en Conseil d'État prévu à l'article L.165-2-2 fixe les modalités précises de requête et de transmission de ces données.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

N°	141
----	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

28 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Adopté	

MM. DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. JOMIER, Mmes LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mmes LEPAGE, MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 28

Alinéa 67

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Cette déclaration ne s'applique pas aux exploitants ou aux fournisseurs de distributeur au détail de produits et prestations dont les organisations représentatives disposent des moyens techniques nécessaires pour transmettre ces données.

OBJET

La transparence des données relatives à la vente des produits ou prestations par les exploitants ou les fournisseurs de distributeur au détail doit être renforcée.

Les organisations syndicales des pharmaciens d'officine sont en mesure de transmettre sur la base d'un panel représentatif des informations détaillées, précises et suffisantes au Comité économique des produits de santé. Les modalités de transmission des données par les organisations syndicales représentatives sont définies dans l'accord cadre avec le CEPS.

Dans l'éventualité où le CEPS aurait besoin d'informations plus spécifiques pour une série de dispositifs médicaux, le décret en Conseil d'État prévu à l'article L.165-2-2 fixe les modalités précises de requête et de transmission de ces données.

Cet amendement est une suggestion de l'USPO.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

N°	35
----	----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

27 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

M. MOUILLER, Mme IMBERT, M. MORISSET, Mmes MICOULEAU et DEROMEDI, MM. SOL, Daniel LAURENT et BRISSON, Mmes CANAYER, MORHET-RICHAUD, EUSTACHE-BRINIO et PUISSAT, M. PELLEVAL, Mme BRUGUIÈRE, M. DAUBRESSE, Mme BERTHET, MM. CARDOUX et BAZIN, Mmes RICHER et GRUNY, MM. LEFÈVRE, HOUPERT, BONHOMME et BOUCHET, Mmes Laure DARCOS, ESTROSI SASSONE, LASSARADE et CHAUVIN, MM. PIERRE, KENNEL, CALVET, Bernard FOURNIER, BONNE et MAYET, Mmes LAVARDE et DESEYNE, MM. de LEGGE, CUYPERS, CHARON et DALLIER, Mmes Marie MERCIER, GIUDICELLI, GARRIAUD-MAYLAM et MALET et MM. CAMBON, RAISON, GREMILLET, HUSSON et MANDELLI

ARTICLE 28

Alinéa 131

Compléter cet alinéa par les mots :

, outre les dispositions prévues au présent chapitre

OBJET

Cet amendement entend rendre pleinement applicable aux dispositifs médicaux remis en bon état d'usage le droit commun en matière de matériovigilance, ce que le texte initial ne prévoit que de manière très succincte



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	211
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 28

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale prévoit la prise en charge d'un dispositif médical remis en bon état d'usage ou pouvant faire l'objet d'une remise en bon état d'usage dans les conditions prévues au présent article, aucune disposition ne peut contraindre un utilisateur à acquérir un tel produit alternativement à un produit neuf. »

OBJET

Nous constatons que le respect du libre choix des personnes, qui pourtant fait l'objet de nombreux textes législatifs et réglementaires, est dans son application souvent remis en question, notamment lors des instructions des demandes de prestations de compensation par les MDPH.

Cet amendement a pour objet d'assurer à la personne qu'il ne lui sera pas imposé le choix d'un dispositif médical faisant l'objet d'une remise en état alors que ce n'est pas son choix.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, rapport 153)

N°	21
----	----

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. VANLERENBERGHE
au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 29

Alinéa 13

Remplacer cet alinéa par deux alinéas ainsi rédigés :

5° Après le 3° de l'article L. 5125-23-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° La substitution n'est pas exclue par une recommandation établie, après consultation des professionnels de santé et des associations agréées d'usagers du système de santé, et publiée par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 ; ».

OBJET

L'ANSM a produit en 2016, à propos de la substitution d'un biosimilaire une position très claire : même en cours de traitement, elle ne présente pas de danger particulier, pour autant que cette substitution soit exclusivement de l'initiative du médecin et non de celle du pharmacien d'officine. L'abrogation qu'opère le texte de la possibilité de substitution par le pharmacien est néanmoins regrettable, car le contrôle par le prescripteur est déjà assuré par la possibilité qui lui est ouverte de spécifier le caractère non substituable du médicament biologique de référence (par l'apposition de la mention NS) ; et par son information obligatoire par le pharmacien dans des conditions précisées par décret (et non « mises en œuvre »).

Il a été objecté que le retard de publication de ce décret empêchait la bonne information du prescripteur. Ces délais sont notamment liés à la montée en charge encore embryonnaire de la messagerie sécurisée de santé, dont il est prévu qu'elle sera un jour largement déployée.

L'amendement revient sur l'abrogation décidée par le texte en raison du signal très négatif qui serait envoyé aux fabricants de biosimilaire, ainsi que de l'utilité pour certaines pathologies (notamment le diabète) d'une substitution d'un biosimilaire par le pharmacien d'officine.

Il précise que la substitution peut encore avoir lieu, mais dans un cadre plus sécurisé, en permettant à l'ANSM de la réguler par des recommandations.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, rapport 153)

N ^o	22
----------------	----

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. VANLERENBERGHE
au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 29

I. – Après l’alinéa 29

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° En cas de risque de dépenses injustifiées, notamment au regard d’une augmentation significative des prix de vente constatés. » ;

II. – Alinéas 34 à 40

Supprimer ces alinéas.

III. – Après l’alinéa 62

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Après le 8° du II de l’article L. 165-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Le caractère particulièrement coûteux pour certains établissements de certains produits de santé, à titre unitaire ou compte tenu de leur volume global. » ;

OBJET

La possibilité pour le ministère de fixer un prix maximal de cession pour certains médicaments ou certains produits de santé a suscité l’incompréhension des acteurs concernés : elle introduit une dérogation au principe équilibré de la négociation conventionnelle du prix entre l’industriel et le CEPS, et les critères susceptibles de provoquer cette fixation unilatérale sont décrits de façon à être à tout moment opposables aux industriels, au mépris de la loyauté qui régit normalement les conditions de la commande publique.

En conséquence, cet amendement renvoie à la négociation conventionnelle entre l’industriel et le CEPS les deux cas évoqués par l’article 29.



PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

N°	212
----	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n^{os} 151, 153)

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 29

Alinéa 45

Remplacer cet alinéa par trois alinéas ainsi rédigés :

11° Le troisième alinéa du I de l'article L. 162-17-3 est ainsi modifié :

- a) Après le mot : « tarifs », sont insérés les mots : « , les conventions mentionnées à l'article L. 162-16-4 » ;
- b) Après le mot : « publiés », sont insérés les mots : « au Bulletin officiel des produits de santé et » ;

OBJET

Cet amendement propose de rendre publiques les conventions signées par le CEPS avec l'industrie pharmaceutique, dont les remises accordées.

Aujourd'hui, seul le prix facial des médicaments est publié au Journal officiel, et les informations sur ce qui est réellement payé par le système de santé ne sont pas disponibles. Pourtant, les prix des produits de santé ont un impact direct sur l'accès aux soins pour les patient-e-s. L'absence de transparence en la matière est donc un problème démocratique et sanitaire.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	142
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. JOMIER, DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS, JASMIN, LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mmes LEPAGE, MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 29

Alinéa 47

Après le mot :

relatives

insérer les mots :

à l'autorisation de mise sur le marché,

OBJET

L'objectif du présent amendement est que figure, dans le nouveau « Bulletin officiel des produits de santé », l'information concernant l'autorisation de mise sur le marché (AMM) car elle n'est pas une étape obligatoire pour tous les produits de santé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)
(n^{os} 151, 153)

N ^o	213 rect.
----------------	--------------

30 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes BENBASSA, COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 29 BIS

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

La production de cannabis à usage thérapeutique et médicale doit être issue de l'agriculture française à hauteur d'au moins 60 % de la production totale.

OBJET

Le présent amendement prévoit que la production de cannabis à usage thérapeutique et médicale devrait être issue à hauteur de 60 % de l'agriculture biologique française.

L'objectif est double :

- Offrir un médicament de qualité supérieure.
- Permettre le développement d'une filière française d'agriculture biologique (et donc saine) en matière de cannabis à usage thérapeutique.



PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

N°	128 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

29 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

MM. SAVARY et BAZIN, Mme BERTHET, M. BIZET, Mme BONFANTI-DOSSAT, MM. BONNE et BOUCHET, Mme BRUGUIÈRE, M. CHARON, Mme CHAUVIN, M. CUYPERS, Mme Laure DARCOS, M. DAUBRESSE, Mme EUSTACHE-BRINIO, MM. GREMILLET et HOUPERT, Mme LASSARADE, MM. Daniel LAURENT, LEFÈVRE, MORISSET et PELLEVAL, Mme PROCACCIA et MM. REGNARD, SAURY et SOL

ARTICLE 30

Alinéas 1 à 22, 33 à 40, 44 et 45

Supprimer ces alinéas.

OBJET

Historiquement créés face à l'épidémie de VIH/Sida, les ATU répondent à des urgences vitales ou à l'absence de traitement approprié pour des personnes atteintes de maladies rares ou graves comme le cancer. L'ATU nominative (ATUn) est demandée pour une personne, par un médecin. L'ATU de cohorte (ATUc) est délivrée pour un groupe de patients répondant à certains critères définis par l'ANSM.

Des mesures correctrices sont régulièrement proposées pour répondre à un enjeu majeur, celui de faciliter l'accès aux traitements tout en maîtrisant la négociation des prix.

France Assos Santé, organisation regroupant plus de 80 associations d'usagers du système de santé, s'inquiète des propositions discutées à l'article 30 qui limiteraient l'accès aux médicaments à des personnes sans alternative thérapeutique.

De nouveaux critères d'octroi des ATU nominatives durcissent le caractère de grande gravité et d'urgence de la maladie.

Ces critères risquent de limiter l'accès aux médicaments, notamment anciens, utilisés en ATU nominative au long cours à défaut d'alternative disponible (maladies rares, pédiatrie) ou de laboratoire présent en France souhaitant les commercialiser.

Une seconde disposition amènerait à limiter le nombre de personnes bénéficiant d'ATU nominatives au-delà d'un quota fixé par arrêté ministériel.

Les patients seraient donc privés de traitement pour des raisons strictement budgétaires, posant de sérieuses questions éthiques.

Lorsque le quota d'ATU nominatives sera atteint, certains laboratoires ne seront en effet pas enclins à faire une demande d'ATU de cohorte, notamment pour des traitement anciens.

Par ailleurs, la fixation par le ministère du prix des ATU nominatives, alors que le prix de l'ATU de cohorte est libre, risque de retarder de façon importante l'accès à certains traitements.

Les laboratoires attendront d'avoir obtenu une ATU de cohorte (processus long de plusieurs semaines ou mois) et refuseront les demandes d'ATU nominatives (qui elles, sont décidées rapidement).

L'objet de cet amendement est donc de rectifier les critères d'obtention et d'accès aux ATU nominatives pour permettre aux patients un juste accès aux traitements.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

N°	155
----	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

28 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

MM. DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. JOMIER, Mmes LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mme LEPAGE, M. LUREL, Mmes MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 30

I. – Alinéas 1 à 22

Supprimer ces alinéas.

II. – Alinéas 36 à 38

Supprimer ces alinéas.

OBJET

Historiquement créés face à l'épidémie de VIH/ Sida, les ATU répondent à des urgences vitales ou à l'absence de traitement approprié pour des personnes atteintes de maladies rares ou graves comme le cancer. L'ATU nominative (ATUn) est demandée pour une personne par un médecin, l'ATU de cohorte (ATUc) est délivrée pour un groupe de patients répondant à certains critères définis par l'ANSM. Des mesures correctrices sont régulièrement proposées pour répondre à un enjeu majeur : faciliter l'accès aux traitements tout en maîtrisant la négociation des prix.

Les propositions discutées dans cet article limiteraient cependant sérieusement l'accès aux médicaments à des personnes sans alternatives thérapeutiques. De nouveaux critères d'octroi des ATU nominatives durcissent le caractère de grande gravité et d'urgence de la maladie.

Ces critères risquent de limiter l'accès aux médicaments, notamment anciens, utilisés en ATU nominative au long cours à défaut d'alternative disponible (maladies rares, pédiatrie) ou de laboratoire présent en France souhaitant les commercialiser. Une seconde

disposition amènerait à limiter le nombre de personnes bénéficiant d'ATU nominatives au-delà d'un quota fixé par arrêté ministériel.

Les patients seraient donc privés de traitement pour des raisons strictement budgétaires, posant de sérieuses questions éthiques. Lorsque le quota d'ATU nominatives sera atteint, certains laboratoires ne seront en effet pas enclins à faire une demande d'ATU de cohorte, notamment pour des traitements anciens.

Par ailleurs, la fixation par le ministère du prix des ATU nominatives, alors que le prix de l'ATU de cohorte est libre, risque de retarder de façon importante l'accès à certains traitements. Les laboratoires attendront d'avoir obtenu une ATU de cohorte (processus long de plusieurs semaines ou mois) et refuseront les demandes d'ATU nominatives (qui elles, sont décidées rapidement).

Cet amendement vise donc à supprimer ces dispositions.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)
(n^{os} 151, rapport 153)

N°	23
----	----

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. VANLERENBERGHE
au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 30

Alinéa 13, seconde phrase

Après le mot :

thérapeutique

insérer les mots :

, compatible avec la poursuite efficace du traitement,

OBJET

Cet amendement vise à préciser le cas d'éligibilité du patient à l'ATU nominative. L'absence d'alternative thérapeutique doit s'apprécier au regard de la poursuite efficace du traitement.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, rapport 153)

N ^o	24
----------------	----

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. VANLERENBERGHE
au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 30

I. – Alinéa 16

Après le mot :

seuil

insérer les mots :

établi en fonction du nombre cible de patients pour l'indication thérapeutique considérée
et

II. – Alinéa 17

Supprimer cet alinéa.

OBJET

On peut déplorer la mesure de l'article 30 prévoyant que le nombre total d'ATU nominatives par médicament sera désormais limité par un plafond fixé par arrêté ministériel, ce qui ne manquera pas de drastiquement limiter l'accès des patients à l'innovation thérapeutique. L'amendement propose donc que ce seuil soit défini en fonction d'un nombre cible de patients concernés.

On peut également interroger la cohérence du dispositif retenu, qui refuse à un médicament l'ATU nominative s'il dispose d'une première AMM mais qui autorise tout de même son attribution si « le médicament a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation » et « qu'il existe de fortes présomptions d'efficacité et de sécurité du médicament dans l'indication thérapeutique sollicitée ». L'amendement supprime donc la disposition d'apparence contradictoire.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)
(n^{os} 151, 153)

N ^o	214
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 31

Supprimer cet article.

OBJET

Le présent article vise à transférer le financement de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et de l'Agence nationale de santé publique - Santé publique France (ANSP) de l'État à l'Assurance maladie.

Cette mesure d'apparence technique interroge sur les motivations politiques d'un tel transfert.

Les politiques de prévention sanitaire ou celles relatives à la sécurité du médicament doivent-elles relever exclusivement de la responsabilité de la Sécurité sociale ? En considérant que la Sécurité sociale est avant tout une assurance solidaire contre les risques de la vie, nous pensons qu'il est pertinent que l'État continue à jouer un rôle en matière de prévention et de santé publique.

Tel est le sens de cet amendement.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, rapport 153)

N ^o	25
----------------	----

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. VANLERENBERGHE
au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 31

Alinéas 1 et 2

Supprimer ces alinéas.

OBJET

Le transfert du financement de Santé publique France de l'État vers l'assurance maladie intervient seulement trois ans après que le Gouvernement eut précisément fait le choix inverse en loi de finances initiale pour 2017. Il était alors apparu au Gouvernement légitime d'assurer un financement intégral par l'État de cet opérateur chargé principalement de missions de surveillance épidémiologique, de prévention et de promotion de la santé, à l'instar de l'ANSÉS.

Dans un contexte de multiplication des risques sanitaires (Lyme, Lactalis, Mourenx, Notre-Dame-de-Paris, Lubrizol) qui mobilise fortement nos agences de surveillance épidémiologique, cet amendement vise à éviter un désengagement de l'État dans le financement de Santé publique France et un affaiblissement du pilotage national de notre politique de veille sanitaire.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	143
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. JOMIER, Mmes LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mmes LEPAGE, MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 31

Alinéas 1 et 2

Supprimer ces alinéas.

OBJET

Du fait de ses missions, l'agence de Santé publique France doit continuer à être financée par l'État et non par l'assurance maladie.



PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

N°	98 rect. bis
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n^{os} 151, 153)

30 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

MM. CHASSEING, MALHURET, GUERRIAU, DECOOL, MENONVILLE et FOUCHÉ,
Mme MÉLOT, MM. LAGOURGUE, LAUFOAULU, CAPUS, WATTEBLED, Alain MARC et
GABOUTY, Mme Nathalie DELATTRE, MM. LONGEOT, BONNE, LEFÈVRE, MOGA, de
NICOLAY et BONHOMME, Mme GUIDEZ, M. Henri LEROY, Mme BILLON et MM. BOUCHET et
LAMÉNIE

ARTICLE 32

Alinéa 15

Remplacer les mots :

à l'article L. 821-1

par les mots :

aux articles L. 821-1 et L. 821-2

OBJET

L'Assemblée nationale a introduit une disposition visant à mettre en place une démarche active d'information et d'accompagnement auprès de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) à l'ouverture ou au renouvellement de la complémentaire santé solidaire.

Néanmoins la rédaction ne vise pas l'ensemble des bénéficiaires de l'AAH. Aussi, cet amendement vise à couvrir l'ensemble des bénéficiaires concernés.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	144
----------------	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE28 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

MM. DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. JOMIER, Mmes LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mmes LEPAGE, MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 32

Alinéa 15

Remplacer les mots :

à l'article L. 821-1

par les mots :

aux articles L. 821-1 et L. 821-2

OBJET

Nous saluons l'introduction par l'Assemblée Nationale de la disposition qui vise l'information et l'accompagnement des bénéficiaires de l'AAH à l'ouverture et au renouvellement de la complémentaire santé solidaire. Néanmoins la rédaction ne vise pas l'ensemble des bénéficiaires de l'AAH. L'objet de cet amendement est de couvrir l'ensemble de la population concernée. Tel est l'objet de cet amendement de précision suggéré par l'UNIOPSS.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)
(n^{os} 151, 153)

N ^o	215
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME, LIENEMANN
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 32

Alinéa 15

Remplacer les mots :

à l'article L. 821-1

par les mots :

aux articles L. 821-1 et L. 821-2

OBJET

L'Assemblée nationale a introduit la disposition qui vise à l'information et l'accompagnement des bénéficiaires de l'AAH à l'ouverture et au renouvellement de la complémentaire santé solidaire.

Néanmoins, la rédaction oublie une partie des bénéficiaires de l'AAH. L'objet est de couvrir l'ensemble de la population concernée.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N°	233
----	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE28 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

Mme SCHILLINGER, MM. AMIEL, LÉVRIER, THÉOPHILE, BARGETON et BUIS,
Mme CARTRON, M. CAZEAU, Mme CONSTANT, MM. de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN,
HASSANI, HAUT, IACOVELLI, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILHI, PATIENT,
PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT, MM. RICHARD, YUNG
et les membres du groupe La République En Marche

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 32

Alinéa 15

Remplacer les mots :

à l'article L. 821-1

par les mots :

aux articles L. 821-1 et L. 821-2

OBJET

Cet amendement vise à inclure l'ensemble des bénéficiaires de l'AAH dans l'obligation d'information et d'accompagnement des organismes en charge de la complémentaire santé solidaire pour son ouverture et son renouvellement.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	145
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. JOMIER, Mmes LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mmes LEPAGE, MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 32

Alinéa 26

Supprimer les mots :

en fonction de l'âge du bénéficiaire

OBJET

Le groupe socialiste souhaite supprimer la référence à l'âge dans la fixation du tarif du contrat de la complémentaire santé solidaire car il s'agit d'une discrimination.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)
(n^{os} 151, 153)

N ^o	146
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

MM. DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. JOMIER, Mmes LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mmes LEPAGE, MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 34

Alinéa 4, première phrase

Remplacer la première occurrence du mot :

et

par le mot :

ou

OBJET

Cet amendement rédactionnel vise à préciser que l'obligation de stocks s'opère par produit de santé.

Cet amendement proposé par le LEEM, que nous relayons ici, vise à ouvrir le débat et fait suite au rapport d'information n^o 737 (2017-2018) du Sénat de Jean-Pierre Decool intitulé « Pénuries de médicaments et de vaccins : Replacer l'éthique de santé publique au cœur de la chaîne du médicament », fait au nom de la mission d'information sur la pénurie de médicaments et de vaccins, présidée par Yves Daudigny.



PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

N°	216
----	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n^{os} 151, 153)

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 34

Alinéa 4, première phrase

Remplacer le mot :

quatre

par le mot :

six

OBJET

La multiplication des scandales sanitaires et des pénuries de médicaments, rend urgente l'instauration d'une politique publique ambitieuse en matière de médicaments et de dispositifs médicaux. En 2019, ce sont plus de 1200 médicaments d'intérêt thérapeutique majeur qui seront concernés par des tensions ou une rupture d'approvisionnement, contre 800 en 2018 et seulement 44 dix ans plus tôt.

Plusieurs facteurs expliquent cette situation : la délocalisation des sites de production de médicaments vers les pays d'Asie, les comportements des grossistes-répartiteurs qui préfèrent vendre leurs stocks de médicaments aux pays plus offrants, ainsi que des tensions d'approvisionnement volontairement créées par les laboratoires pour faire augmenter les prix.

Les autorités publiques ont la responsabilité de garantir l'accessibilité universelle aux soins de santé et aux médicaments.

Dans cet esprit, le présent amendement oblige les industriels du médicament à constituer des stocks permettant de couvrir pendant 6 mois les besoins en médicament de la population.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	64
----------------	----

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme CONCONNE et M. ANTISTE

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 34

Alinéa 4, première phrase

Après la seconde occurrence du mot :

médicament,

insérer les mots :

et six mois dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution,

OBJET

Dans les territoires insulaires et enclavés que sont les territoires d'outre-mer, il est nécessaire de prendre en compte les délais d'approvisionnement plus longs pour déterminer le stock nécessaire de médicaments.

Cet amendement propose donc que la limite maximale du stock de médicaments devant être constitué pour ces territoires soit portée à 6 mois au lieu de 4.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

N°	147
----	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

28 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Défavorable
G	
Retiré	

MM. DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. JOMIER, Mmes LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mmes LEPAGE, MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 34

I. – Après les alinéas 4 et 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article s'applique également aux entreprises bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle pour une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques en application de l'article L. 5124-13 du présent code. » ;

II. – Après l'alinéa 14

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent I s'applique également aux entreprises bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle pour une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques en application de l'article L. 5124-13 du présent code.

III. – Après l'alinéa 36

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article s'applique également aux entreprises bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle pour une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques en application de l'article L. 5124-13 du présent code. »

OBJET

Conformément aux annonces du Premier Ministre du 19 septembre 2019, il est proposé de renforcer le dispositif de lutte contre les pénuries de médicaments en instaurant une obligation de constituer des stocks, ainsi qu'une obligation d'importation à la charge de l'entreprise défaillante. Ces obligations sont assorties de sanctions financières. Pour garantir l'égalité de traitement de tous les opérateurs sur le territoire français, tous les opérateurs doivent être soumis aux mêmes règles et obligations.

Pour rendre pleinement efficace ce dispositif de lutte contre les ruptures de stocks, le présent amendement vise à l'appliquer à l'ensemble des acteurs bénéficiant d'une AMM.

Cet amendement proposé par le LEEM, que nous relayons ici, vise à ouvrir le débat et fait suite au rapport d'information n° 737 (2017-2018) du Sénat de Jean-Pierre Decool intitulé « Pénuries de médicaments et de vaccins : Replacer l'éthique de santé publique au cœur de la chaîne du médicament », fait au nom de la mission d'information sur la pénurie de médicaments et de vaccins, présidée par Yves Daudigny.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, rapport 153)

N ^o	26
----------------	----

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. VANLERENBERGHE
au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 34

I. – Après l’alinéa 5

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

1^o bis A Après le même article L. 5121-29, il est inséré un article L. 5121-29-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 5121-29-1. – Tout titulaire d’une autorisation d’importation parallèle en application de l’article L. 5124-13 est soumis à l’obligation de constitution d’un stock de sécurité destiné au marché national dans les mêmes conditions que celles prévues à l’article L. 5121-29. » ;

II. – Alinéa 23

Compléter cet alinéa par les mots :

et, pour un titulaire d’une autorisation d’importation parallèle, de ne pas constituer le stock de sécurité destiné au marché national en application de l’article L. 5121-29-1

OBJET

La mise sur le marché français d’une spécialité pharmaceutique peut également résulter d’une autorisation d’importation accordée par l’ANSM, en application du principe de libre circulation des marchandises au sein du marché unique. Elle est généralement délivrée à des grossistes répartiteurs ou des distributeurs en gros. Or les spécialités commercialisées en France dans le cadre d’une autorisation d’importation n’échappent pas aux risques de rupture de stock.

Cet amendement vise donc à étendre aux titulaires d’une autorisation d’importation parallèle les dispositions relatives à l’obligation de constitution d’un stock de sécurité.



PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

N°	148
----	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

C	Défavorable
G	
Retiré	

présenté par

MM. DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. JOMIER, Mmes LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mmes LEPAGE, MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 34

I. – Après les alinéas 4 et 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article s'applique également aux entreprises assurant la distribution parallèle de médicaments au sens de l'article L. 5124-13-2 du présent code. » ;

II. – Après l'alinéa 14

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent I s'applique également aux entreprises assurant la distribution parallèle de médicaments au sens de l'article L. 5124-13-2 du présent code. »

III. – Après l'alinéa 36

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article s'applique également aux entreprises assurant la distribution parallèle de médicaments au sens de l'article L. 5124-13-2 du présent code. »

OBJET

Différents acteurs interviennent tout au long de la chaîne de distribution du médicament. Il est important que chaque acteur soit actif dans la prévention des risques de rupture d'approvisionnement. La présente mesure vise à garantir que chaque acteur est soumis au même niveau d'obligation, notamment en matière de stock de sécurité.

Le niveau de cette obligation pourra bien entendu être adapté par l'ANSM à chaque situation et acteur à travers le décret d'application.

Cet amendement proposé par le LEEM, que nous relayons ici, vise à ouvrir le débat et fait suite au rapport d'information n° 737 (2017-2018) du Sénat de Jean-Pierre Decool intitulé « Pénuries de médicaments et de vaccins : Replacer l'éthique de santé publique au cœur de la chaîne du médicament », fait au nom de la mission d'information sur la pénurie de médicaments et de vaccins, présidée par Yves Daudigny.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

N°	234
----	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 151, 153)28 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Défavorable
G	Demande de retrait
Retiré	

M. AMIEL, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, THÉOPHILE, BARGETON et BUIS,
Mme CARTRON, M. CAZEAU, Mme CONSTANT, MM. de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN,
HASSANI, HAUT, IACOVELLI, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILHI, PATIENT,
PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT, MM. RICHARD, YUNG
et les membres du groupe La République En Marche

ARTICLE 34

I. – Alinéa 13

Remplacer les mots :

d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur

par les mots :

de tout médicament d'intérêt thérapeutique majeur

II. – Alinéa 32

Remplacer les mots :

présente pour les patients un risque grave et immédiat

par les mots :

est susceptible, pour les patients, de mettre en jeu son pronostic vital à court ou moyen terme, ou représente une perte de chance importante au regard de la gravité ou du potentiel évolutif de la maladie

OBJET

Il s'agit d'un amendement de précision. Le présent amendement vise à garantir la prise en compte de tout médicament d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) dans le renforcement du dispositif de lutte contre les ruptures de stock.

Par ailleurs, il vise à reprendre les mêmes termes de l'article L. 5111-4 du code de santé publique définissant les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur et leurs conséquences en cas d'interruption de traitement pour les patients.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	180 rect. bis
----------------	---------------------

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. IACOVELLI, Mme SCHILLINGER, MM. AMIEL, LÉVRIER, THÉOPHILE, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, M. CAZEAU, Mme CONSTANT, MM. de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILHI, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT, MM. RICHARD, YUNG et les membres du groupe La République En Marche

C	Demande de retrait
G	
Retiré	

ARTICLE 35

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Ce bilan est réalisé par des professionnels de santé.

OBJET

Le fait d'instaurer un bilan de santé et de prévention obligatoire à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance constitue une avancée notable pour les enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE), tant les traumatismes et les sévices subis par certains d'entre eux sont nombreux.

Toutefois, afin de garantir l'efficacité de cette mesure, il apparaît indispensable de préciser que le bilan de santé et de prévention obligatoire devra être réalisé par des professionnels de santé formés.

La formation des professionnels en lien avec la protection de l'enfance constitue une demande forte du Conseil national de la protection de l'enfance et de tous les acteurs.



PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

N°	162
----	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme ROSSIGNOL, MM. DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. JOMIER, Mmes LUBIN et MEUNIER, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mme LEPAGE, M. LUREL, Mmes MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 36

Alinéa 6

Remplacer les mots :

est égal à

par les mots :

correspond à 90 % de

OBJET

Cet amendement du groupe socialiste a pour objectif d'encourager la pratique des honoraires conventionnels sans dépassement d'honoraires, c'est-à-dire qu'il s'agit d'encourager les médecins s'installant dans les zones sous denses à pratiquer des tarifs correspondant au secteur 1.

En effet, dans les zones sous dotées, les patient.e.s ont un choix plus restreint des professionnel.le.s de santé, il est donc important de favoriser l'installation des médecins pratiquant des honoraires conventionnels sans dépassement d'honoraires, c'est-à-dire dont la tarification correspond au secteur 1. Ainsi, nous permettons aux patient.e.s de ne pas avoir des frais médicaux complémentaires engendrés par ces dépassements. Autrement, l'accès aux soins pour les populations les plus fragiles restera difficile, alors même que le dispositif d'aide aux jeunes médecins ici mis en place est de faciliter l'accès aux soins des populations se trouvant dans des zones sous dotées.

Actuellement le dispositif peut permettre une plus grande offre médicale dans les territoires manquant de médecins, mais nous devons également nous demander quelle offre médicale nous souhaitons offrir. Nous voulons un accès aux soins pour toutes et tous, pas uniquement pour celles et ceux qui auront les moyens de financer des dépassements d'honoraires.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	69 rect.
----------------	-------------

29 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GUILLOTIN et MM. ARNELL, Alain BERTRAND, CORBISEZ, GABOUTY, GUÉRINI et
REQUIER

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 36

Alinéa 19, dernière phrase

Supprimer cette phrase.

OBJET

L'article 36 propose plusieurs mesures pour inciter les médecins à s'installer ou à exercer en zones sous-denses. Il conditionne notamment le bénéfice d'un « contrat de début d'exercice » à l'engagement du jeune praticien à exercer, dans un délai de deux ans, au sein d'une équipe de soins primaire, d'une CPTS, d'un centre de santé ou en maison de santé.

Cet amendement propose de supprimer cette condition trop rigide. Compte tenu du faible nombre de praticiens s'installant dans les zones sous-dotées, il apparaît nécessaire d'encourager toute initiative en la matière, qu'elle s'inscrive ou non dans un exercice coordonné de la médecine.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)
(n^{os} 151, 153)

N ^o	217
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 37

Supprimer cet article.

OBJET

Cet article entérine la fermeture de maternités. Les dispositions proposées pour remplacer les maternités ne sont pas satisfaisantes et ne répondent pas aux besoins des femmes, ni avant leur accouchement ni après.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	150
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

MM. DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. JOMIER, Mmes LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mmes LEPAGE, MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 37

I. – Alinéa 2

Après le mot :

lorsque

rédiger ainsi la fin de cet alinéa :

leur accès à une unité adaptée de gynécologie obstétrique est rendu difficile en raison de circonstances locales définies par décret en Conseil d'État.

II. – Alinéas 8 et 10

Remplacer les mots :

la situation du domicile implique une durée d'accès à cette unité supérieure à un seuil

par les mots :

l'accès à une unité adaptée de gynécologie obstétrique est rendu difficile en raison de circonstances locales

OBJET

Le critère d'éligibilité des femmes pouvant bénéficier des mesures de l'engagement maternité ne peut être uniquement temporel. Le temps d'accès à une maternité fluctue en fonction de diverses problématiques (climat, géographie, urbanisation...). Ce critère est donc difficilement évaluable et peu sécurisant. Il est donc indispensable d'apporter de la souplesse pour le moduler.

Cet amendement est une suggestion de l'Ordre des sages-femmes.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	163
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme JASMIN, MM. DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET et GRELET-CERTENAI, M. JOMIER, Mmes LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE, ARTIGALAS et CONCONNE, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mme LEPAGE, M. LUREL, Mmes MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 37

Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« 2^o bis Les modalités d'organisation de cette prestation au sein de maisons de naissance ;

OBJET

Cet amendement du groupe socialiste vise à ce que les patientes prises en charge dans les maisons de naissance puissent bénéficier également de la prestation d'hébergement créée par l'article 37.

Les « maisons de naissance » sont des structures autonomes qui, sous la responsabilité exclusive de sages-femmes, accueillent les femmes enceintes dans une approche personnalisée du suivi de grossesse.

Ces maisons de naissance, gérées par des sages-femmes, sont contigües à un établissement de santé avec lequel elles passent convention, ce qui garantit une meilleure qualité et sécurité des soins en cas de complication ou de nécessité de transfert.

De plus, ces maisons de naissance, font l'objet d'une expérimentation jusqu'en 2020, et les professionnels de santé sont inquiets d'une éventuelle disparition de structures si utiles, dans un contexte national de réduction du nombre de maternité.

Une articulation entre cette nouvelle prestation proposée dans ce présent article du PLFSS et l'extension et la pérennité de ces maisons de naissance serait donc salubre, pour tous, et plus particulièrement dans des territoires ruraux, insulaires ou enclavés.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	235
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. THÉOPHILE, Mme SCHILLINGER, MM. AMIEL, LÉVRIER, BARGETON et BUIS,
Mme CARTRON, M. CAZEAU, Mme CONSTANT, MM. de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN,
HASSANI, HAUT, IACOVELLI, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILHI, PATIENT,
PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT, MM. RICHARD, YUNG
et les membres du groupe La République En Marche

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 37

Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« 4^o Les spécificités accordées aux territoires d'outre-mer qui sont régis par les articles 73 et 74 de la Constitution. »

OBJET

Cet amendement vise à prendre en compte les spécificités intrinsèques aux territoires d'outre-mer que peuvent soulever la mise en place de ce dispositif visant à faciliter l'accès aux soins et l'hébergement pour les femmes enceintes les plus éloignées des maternités. Cet « engagement maternité » comprend également un renforcement de l'accompagnement et du suivi en proximité en amont et en aval de l'accouchement. Les spécificités des territoires d'outre-mer doivent être au centre de la réflexion pour mener à bien les objectifs de cette disposition et répondre au plus près des besoins de ces femmes.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	124
----------------	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE28 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

Mmes LASSARADE, Laure DARCOS, DESEYNE et BRUGUIÈRE, M. Daniel LAURENT,
Mmes MICOULEAU, THOMAS et CHAIN-LARCHÉ, MM. CUYPERS, DAUBRESSE et BOUCHET,
Mme BONFANTI-DOSSAT, MM. Bernard FOURNIER, SAVIN et CHAIZE, Mme DEROMEDI,
MM. GRAND, GREMILLET, RAPIN, CHARON et LONGUET, Mme IMBERT, MM. de LEGGE,
BRISSON, PIEDNOIR et DARNAUD et Mme DURANTON

ARTICLE 40

Alinéa 7, première phrase

Après le mot :

physique

insérer les mots :

adaptée telle que définie à l'article L. 1172-1 du code la santé publique

OBJET

Cet amendement vise à préciser la nature du « bilan d'activité physique » prévu dans le parcours visant à accompagner les personnes ayant reçu un traitement pour un cancer en renvoyant à un dispositif codifié dans le droit national : l'activité physique adaptée (APA).

C'est l'article 144 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 qui a autorisé les médecins traitants à prescrire une activité physique adaptée (APA) à des patients atteints d'une affection de longue durée (ALD), notamment le cancer. Il est entré en vigueur le 1^{er} mars 2017 après que le décret n^o 2016-1990 du 30 décembre 2016 en a fixé les conditions de dispensation.

Il permet en particulier de garantir la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients en encadrant les interventions des professionnels – de santé ou non – pour des raisons de santé publique et de protection des patients :

- L'APA est prescrite par le médecin traitant ;

- L'APA est une action de prévention au moyen de techniques physiques et sportives, distincte des actes de rééducation réservés aux professionnels de santé ;
- Seuls les professionnels de santé peuvent mettre en œuvre une activité physique adaptée pour les patients d'ALD présentant des limitations fonctionnelles sévères : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens ;
- Pour ces patients, ces professionnels établiront un bilan fonctionnel afin de l'orienter et de le suivre dans sa démarche d'activité physique.

Ce bilan fonctionnel réalisé par un professionnel de santé est indispensable pour identifier les besoins de ces patients mais également évaluer leurs capacités physiques et les contre-indications précises à une activité sportive.

Enfin, le recours à un professionnel de santé permettra d'intégrer réellement l'activité physique dans le parcours de soins, d'offrir aux patients un véritable cadre thérapeutique et de leur assurer une prise en charge dans le respect de leurs droits fondamentaux (tels que le secret professionnel) et de règles déontologiques strictes.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

N°	83
----	----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

27 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

M. SAVIN, Mme LAVARDE, M. KERN, Mme GATEL, MM. Daniel LAURENT, SOL, MORISSET, PELLELAT et GENEST, Mme LHERBIER, MM. Pascal MARTIN, BABARY, KAROUTCHI, HUSSON et KENNEL, Mme DEROMEDI, MM. MANDELLI, CHAIZE et RAPIN, Mmes NOËL et PRIMAS, M. CHASSEING, Mmes BERTHET, KAUFFMANN et IMBERT, MM. LEFÈVRE, de NICOLAY, LONGEOT et BRISSON, Mmes VULLIEN et GRUNY, MM. MIZZON et PIEDNOIR, Mme GUIDEZ, M. MENONVILLE, Mmes Marie MERCIER et BONFANTI-DOSSAT, MM. BOUCHET et GROSPERRIN, Mmes BILLON et MICOULEAU, MM. BASCHER, Bernard FOURNIER, DÉTRAIGNE et PANUNZI, Mme VERMEILLET, MM. GUERRIAU et DARNAUD, Mme LAMURE, M. REGNARD, Mme LABORDE, M. BONHOMME, Mme MORHET-RICHAUD et MM. DUFAUT, CHARON et GREMILLET

ARTICLE 40

Alinéa 7, première phrase

Après le mot :

physique

insérer les mots :

, en maison sport-santé ou dans une structure identifiée par les agences régionales de santé et les directions régionales et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale,

OBJET

Cet amendement vise à préciser le dispositif des bilan d'activité physique dans le cadre des parcours de soins global post-cancer en orientant les patients vers des structures adaptées pour réaliser ces bilans.

La stratégie nationale sport-santé, la stratégie Ma santé 2022 ou les mesures héritages présentés lors du comité interministériels sur les Jeux Olympiques et Paralympiques de Paris 2024 viennent toutes promouvoir le déploiement d'un réseau de professionnels des activités physiques adaptées reconnue pour orienter au mieux les patients.

Aussi, il semble important de s'appuyer sur ces professionnels reconnus et identifiés pour réaliser les bilans d'activité physiques et orienter de la meilleure façon les personnes ayant reçu un traitement pour un cancer s'inscrivant dans ce parcours de soin.

C'est pourquoi cet amendement propose de les orienter :

1. Vers les maisons sport santé créées dans le cadre de la stratégie nationale sport-santé, et dont l'appel à projet a été publié durant l'été. Une de leur mission est en effet d'être « un lieu de réalisation d'un bilan des capacités physiques ».
2. Vers des structures identifiées par les agences régionales de santé (ARS) et les directions régionales et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS), qui ont la charge de référencer ces structures, pour permettre à tous les citoyens de les identifier.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	125
----------------	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE28 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

Mmes LASSARADE, Laure DARCOS, DESEYNE et BRUGUIÈRE, M. Daniel LAURENT,
Mmes MICOULEAU, THOMAS et CHAIN-LARCHÉ, MM. CUYPERS, DAUBRESSE et BOUCHET,
Mme BONFANTI-DOSSAT, MM. Bernard FOURNIER, SAVIN et CHAIZE, Mme DEROMEDI,
MM. GRAND, GREMILLET, RAPIN, CHARON et LONGUET, Mmes IMBERT et DUMAS, MM. de
LEGGE, BRISSON, PIEDNOIR et DARNAUD et Mme DURANTON

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 40

Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Ce parcours peut être confié à des établissements hospitaliers ainsi qu'à des structures et acteurs extra-hospitaliers quel que soit leur statut.

OBJET

Dans un contexte de virage ambulatoire, il est important que l'ensemble des acteurs, hospitaliers et de ville, quel que soit leur statut, soit associé à la mise en œuvre de ce parcours afin d'apporter des solutions au plus près des besoins et envies des patients.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, rapport 153)

N ^o	27 rect.
----------------	-------------

30 NOVEMBRE
2019

AMENDEMENT

présenté par

M. VANLERENBERGHE
au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Sagesse du Sénat
Adopté	

ARTICLE 40

I. – Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les exercices et travaux prescrits au titre du 4^o de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale tiennent compte, le cas échéant, des bilans et activités prévus par le parcours de soins mis en œuvre en application du présent article.

II. – Après l'alinéa 9

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

I bis. – L'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o Le 4^o est complété par les mots : « , en tenant compte, le cas échéant, des bilans et activités prévus par le parcours de soins mis en œuvre en application de l'article L. 1415-8 du code de la santé publique » ;

2^o A la deuxième phrase du septième alinéa, après la référence : « L. 161-37 », sont insérés les mots : « du présent code ».

OBJET

Cet amendement vise à articuler le parcours de soins global post-traitement d'un cancer avec le protocole de soins que le médecin traitant doit élaborer pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée et concernées par une interruption de travail ou des soins continus supérieurs à une durée déterminée, prévu à l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale. Ce protocole de soins comprend en effet des exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser la rééducation ou le reclassement professionnel de la personne concernée, notamment pour des personnes traitées pour un cancer : il serait cohérent que de tels exercices ou travaux puissent tenir compte des bilans et actions réalisés ou prescrits au titre du parcours de soins global post-traitement d'un cancer.



PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

N°	219
----	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n^{os} 151, 153)

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Demande de retrait
G	
Retiré	

ARTICLE 41

Supprimer cet article.

OBJET

L'article 41 supprime le certificat médical obligatoire exigé pour la pratique sportive des jeunes en club ou au sein d'une fédération sportive.

Sous prétexte de simplification et d'économies budgétaires, le Gouvernement supprime une protection indispensable pour les enfants. Détection des problèmes cardiaques, de l'asthme ou de problèmes osseux, cet examen médical est indispensable et devrait à l'inverse être renforcé pour qu'il soit toujours correctement effectué. Il peut permettre d'éviter des accidents et des drames. Il ne constitue en aucun cas une barrière à la pratique sportive.

L'accès à un médecin pour les enfants est devenu de plus en plus difficile en raison de la désertification médicale et de l'absence de médecine scolaire. Or, le certificat médical obligatoire permet l'accès remboursé à un médecin.

Plutôt que de remédier à ces problèmes de fonds, le Gouvernement préfère limiter encore plus l'accès à la médecine.

C'est pourquoi nous proposons la suppression de cet article.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

N°	84
----	----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

27 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

M. SAVIN, Mme LAVARDE, MM. KERN, SOL et Daniel LAURENT, Mme MICOULEAU, MM. MORISSET, CHAIZE, CAMBON et GOLD, Mmes DEROMEDI et DURANTON, M. GUERRIAU, Mmes VERMEILLET et BRUGUIÈRE, MM. GROSPERRIN et BRISSON, Mme GUIDEZ, MM. DALLIER, PELLEVAL, BAZIN, PACCAUD, Bernard FOURNIER et Pascal MARTIN, Mme BONFANTI-DOSSAT, MM. KAROUTCHI, VASPART, BOUCHET et CHARON, Mme LABORDE, M. DUFAUT, Mmes VULLIEN, Marie MERCIER, MORHET-RICHAUD, ESTROSI SASSONE et BILLON, M. de NICOLAY, Mme GATEL, M. BONHOMME, Mme GARRIAUD-MAYLAM, MM. SAURY et PIEDNOIR, Mme IMBERT, MM. RAPIN, LAMÉNIÉ, KENNEL et GENEST, Mme LAMURE, MM. DARNAUD et LEFÈVRE, Mme PUISSAT, MM. LAUGIER, LAFON, PONIATOWSKI et PIERRE, Mme PRIMAS et M. GREMILLET

ARTICLE 41

Rédiger ainsi cet article :

Le code du sport est ainsi modifié :

1° L'article L. 231-2 est ainsi rédigé :

« Art. L. 231-2. – I. – La délivrance ou le renouvellement d'une licence par une fédération sportive ou la participation aux compétitions sportives organisées ou autorisées par une fédération sportive agréée ou soumises à autorisation conformément à l'article R. 331-6, est subordonnée à l'attestation par le demandeur, ou par les personnes exerçant l'autorité parentale pour les mineurs, de la réalisation d'une autoévaluation de l'état de santé du sportif. Elle peut être subordonnée à la présentation d'un certificat médical permettant d'établir l'absence de contre-indication à la pratique du sport dès lors que son autoévaluation conduit à un examen médical ou en raison de prescription particulière fixée par la fédération sportive.

« II. – Après avis de leur commission médicale, les fédérations mentionnées à l'article L. 131-8 fixent dans leur règlement fédéral :

« - les conditions dans lesquelles un certificat médical peut être exigé pour la délivrance ou le renouvellement de la licence sportive ou pour la participation aux compétitions sportives organisées ou autorisées par une fédération sportive agréée ou soumises à autorisation conformément à l'article R. 331-6 ;

« - la nature, la périodicité et le contenu des examens médicaux liés à l'obtention de ce certificat en fonction des types de population, de pratique et de niveaux de compétition ;

« - les conditions dans lesquelles une dispense de certificat médical peut être accordée aux licenciés d'une fédération mentionnée à l'article L. 131-8 pour participer à une compétition sportive organisée ou autorisée par une autre fédération sportive agréée.

« Un décret précise les modalités de mise en œuvre du présent article. » ;

2° Les articles L. 231-2-1 et L. 231-2-3 sont abrogés.

OBJET

L'évolution du certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive est devenue nécessaire au regard des contraintes qu'il fait peser à la fois sur les fédérations sportives – créant notamment une rupture d'égalité injustifiée avec le secteur scolaire et le secteur commercial -et le monde médical - mais également en raison d'éléments prouvant à la fois son efficacité toute relative en terme de suivi médical des licenciés et son coût important pour les finances publiques.

Le PLFSS 2020 prévoit de supprimer ces obligations pour les mineurs dans un objectif de simplification, d'économies, et d'alignement avec les pratiques du milieu scolaire notamment. Il ne traite toutefois pas de la question des majeurs.

Cet amendement modifie complètement la rédaction de l'article 41 du présent projet de loi et de l'article L231-2 du code du sport. Il vient donner aux commissions médicales des fédérations sportives, composées de médecins experts, le soin de fixer les règles concernant l'obligation de présentation de CMCNI au regard des pratiques, des disciplines et des niveaux de compétitions, sans distinction d'âge.

Il vient également subordonner toute délivrance de licence ou de participation à une compétition sportive à l'obligation de présentation d'une autoévaluation du sportif, qui peut lui aussi conduire à une obligation d'examen médical.

Cet amendement reprend la position unifiée du mouvement sportif.



PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

N°	176
----	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

MM. LOZACH, Patrice JOLY, TODESCHINI, DURAN et VAUGRENARD, Mmes LEPAGE et
ARTIGALAS, MM. TOURENNE, MONTAUGÉ et MARIE, Mmes Sylvie ROBERT,
PEROL-DUMONT, BLONDIN et MONIER et M. TISSOT

ARTICLE 41

Rédiger ainsi cet article :

Le code du sport est ainsi modifié :

1° Les articles L. 231-2 et L. 231-2-1 sont ainsi rédigés :

« Art. L. 231-2. – L'obtention ou le renouvellement d'une licence de pratiquant, permettant ou non de participer aux compétitions organisées par une fédération sportive, est subordonnée à l'attestation par le demandeur, ou par les personnes exerçant l'autorité parentale pour les mineurs, de la réalisation d'une autoévaluation de l'état de santé du sportif.

« Le sportif ou le titulaire de l'autorité parentale doit fournir un certificat médical pour l'obtention ou le renouvellement de sa licence permettant ou non de participer aux compétitions organisées par une fédération sportive, dès lors que :

« - son autoévaluation conduit à un examen médical ;

« - ou en raison de prescription particulière fixée par la fédération sportive après avis de sa commission médicale. Les commissions médicales des fédérations sportives sont chargées d'établir un plan présentant les règles concernant l'obligation de présentation d'un certificat médical au regard de leur connaissance précise des différentes pratiques, des différentes disciplines et des différents niveaux de compétition.

« Un décret précise les modalités de mise en œuvre de ces dispositions.

« Art. L. 231-2-1. - I. – L'inscription à une compétition sportive autorisée par une fédération délégataire ou organisée par une fédération agréée est, sous réserve du II, subordonnée à la présentation d'une licence permettant la participation aux compétitions organisées par une fédération sportive mentionnée à l'article L. 231-2 dans la discipline concernée.

« II. – À défaut de présentation d'une licence, l'inscription est subordonnée à l'attestation par le demandeur, ou les personnes exerçant l'autorité parentale pour les mineurs, de la réalisation d'une autoévaluation de son état de santé. À défaut de présentation d'une licence, le sportif ou le titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs doit fournir un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique sportive en compétition, pour participer à ladite compétition, dès lors que :

« - son autoévaluation conduit à un examen médical ;

« - ou en raison de prescription particulière fixée par la fédération sportive délégataire après avis de sa commission médicale. Les commissions médicales des fédérations sportives sont chargées d'établir un plan présentant les règles concernant l'obligation de présentation d'un certificat médical au regard de leur connaissance précise des différentes pratiques, des différentes disciplines et des différents niveaux de compétition.

« III. – Un décret précise les modalités de mise en œuvre de ces dispositions. » ;

2° L'article L. 231-2-3 est abrogé.

OBJET

Aujourd'hui, l'obtention d'une licence sportive fédérale est soumise à la production d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive datant de moins d'un an, quel que soit le type de pratique, loisir ou compétition, et quelle que soit la discipline. Pour le renouvellement de sa licence, le sportif doit par la suite renseigner annuellement un questionnaire de santé ou tous les trois ans produire un nouveau certificat. Pour les disciplines à contraintes particulières, le renouvellement de la licence reste soumis à la production d'un certificat annuel.

En théorie, les visites médicales liées à l'établissement de ces licences ne sont pas remboursables par l'assurance maladie, ce qui a trois conséquences : d'abord, un effet dissuasif pour les familles modestes et les familles nombreuses ; ensuite, l'existence indéniable d'un certain nombre de certificats de complaisance, bien qu'il soit difficile de chiffrer le phénomène ; enfin, le fait qu'en pratique les CPAM remboursent la majorité des consultations liées à l'établissement de ces certificats.

Ce système à l'utilité contestée dans son périmètre actuel génère donc des dépenses sociales, un engorgement des cabinets médicaux à certaines périodes de l'année, notamment dans certaines zones sous dotées de médecins généralistes, et une complexité de gestion pour les fédérations et les clubs sportifs.

De plus, l'obtention d'un CMNCI est très largement sans incidence sur l'accidentologie en sport, principalement due à des fautes techniques, à la défaillance du matériel, au défaut d'encadrement, à l'intervention de tiers responsable ou à la force majeure.

Enfin, ces obligations n'existent ni pour le sport à l'école, y compris s'agissant des compétitions organisées par l'UNSS depuis 2016, ni pour le sport pratiqué hors des structures fédérales et à vocation commerciale. Ce système constitue donc non seulement une inégalité de traitement mais aussi une barrière à l'entrée dans le sport fédéral, pénalisant les fédérations pourtant investies de missions de service public. Cette inégalité de traitement est d'autant plus incompréhensible que ces fédérations appliquent des programmes de sport santé qui rejoignent les objectifs du ministère de la Santé présentés

en juillet 2019 dans le cadre de la « Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2020 ». Cette différence de régime n'a aucun fondement s'agissant de pratiques de loisir dans des sports comme la voile, le golf, l'équitation, le ski, le tennis, etc.

L'article 41 du présent projet de loi prévoit de supprimer ces obligations pour les mineurs dans un objectif de simplification en considérant les 20 visites médicales obligatoires dans le cadre du parcours de santé et de prévention des enfants en sachant que ces examens obligatoires après 6 ans ne sont qu'au nombre de 3 (1 entre 8 et 9 ans, 1 entre 11 et 13 et 1 entre 15 et 16) et ne couvre donc pas les jeunes de plus de 16 ans et il laisse entiers les problèmes posés par la réglementation actuelle pour la population majeure.

Nous pensons donc qu'il serait judicieux de laisser la main aux fédérations sportives, conformément à l'art L232-5 du code du sport qui prévoit qu'elles « veillent à la santé de leurs licenciés et prennent à cet effet, les dispositions nécessaires (...) », de prévoir de demander des certificats médicaux en fonction des pratiques et des niveaux de compétitions.

Le présent amendement vise donc à proposer une nouvelle écriture de l'article 41 en permettant aux commissions médicales des fédérations sportives - dont l'existence est obligatoire et qui sont composées de médecins experts - le soin de fixer, par exception lorsque cela apparaît justifié, les règles concernant l'obligation de présentation de ces certificats au regard de leur connaissance précise des différentes pratiques, des différentes disciplines et des différents niveaux de compétition. Il n'y aurait dès lors plus lieu de prévoir un régime distinct pour les mineurs ou pour les majeurs ainsi que des disciplines à contraintes particulières.

Ce faisant, l'article 41 ainsi amendé permettrait tout à la fois de répondre à l'objectif de simplification poursuivi par le Gouvernement tout en répondant aux enjeux de préservation de la santé des sportifs et à la clarification attendue par le mouvement sportif.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, rapport 153)

N ^o	28
----------------	----

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. VANLERENBERGHE
au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 41

Rédiger ainsi cet article :

Le code du sport est ainsi modifié :

1^o Le I de l'article L. 231-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les personnes mineures, la visite médicale sollicitée pour l'obtention d'un certificat mentionné au premier alinéa donne lieu, le cas échéant, à la consultation de prévention obligatoire prévue en application de l'article L. 2132-2 du code de la santé publique. » ;

2^o L'article L. 231-2-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les personnes mineures, la visite médicale sollicitée pour l'obtention d'un certificat mentionné au premier alinéa donne lieu, le cas échéant, à la consultation de prévention obligatoire prévue en application de l'article L. 2132-2 du code de la santé publique. »

OBJET

L'opportunité de priver les mineurs de l'occasion d'être examiné par un médecin avant la pratique d'un sport est discutable.

Il est vrai que le parcours de consultations obligatoires a été renforcé récemment, mais le Conseil économique, social et environnemental a émis des doutes, dans un rapport récent, sur la réalité du suivi des enfants.

Aussi convient-il plutôt de mieux articuler la visite médicale visant à obtenir un certificat aux consultations de prévention nécessaires.

Cet amendement dispose que la consultation sollicitée pour l'obtention d'un certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive, préalablement à l'obtention d'une

licence (I) ou à la participation à une compétition sportive (II), déclenche, lorsqu'il y a lieu, une des consultations de prévention obligatoires prévues par le parcours de prévention sanitaire des enfants.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	177
----------------	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE28 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Défavorable
G	
Tombé	

MM. LOZACH, Patrice JOLY, TODESCHINI, DURAN et VAUGRENARD, Mme LEPAGE,
MM. ALLIZARD, TOURENNE, MONTAUGÉ et MARIE, Mmes Sylvie ROBERT,
PEROL-DUMONT, BLONDIN et MONIER et M. TISSOT

ARTICLE 41

I. – Alinéa 5

Compléter cet alinéa par les mots :

ou en cas de prescription particulière fixée par la fédération sportive après avis de sa commission médicale

II. – Alinéa 11

Compléter cet alinéa par les mots :

ou en cas de prescription particulière fixée par la fédération délégataire concernée après avis de sa commission médicale

OBJET

Cet amendement de repli vise à corriger la rédaction initiale de l'article 41 qui prévoit en l'état de supprimer l'obligation de certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive pour les mineurs dans un objectif de simplification, en considérant les 20 visites médicales obligatoires dans le cadre du parcours de santé et de prévention des enfants. Ces examens obligatoires après 6 ans ne sont qu'au nombre de 3 (1 entre 8 et 9 ans, 1 entre 11 et 13 et 1 entre 15 et 16) et ne couvre donc pas les jeunes de plus de 16 ans.

Nous pensons donc qu'il serait judicieux de laisser la main aux fédérations sportives conformément à l'article L232-5 du code du sport qui prévoit qu'elles « veillent à la santé de leurs licenciés et prennent à cet effet, les dispositions nécessaires (...) » de prévoir de demander des certificats médicaux en fonction des pratiques, des niveaux de compétitions des jeunes.

Le présent amendement vise donc à compléter l'article 41 en permettant aux commissions médicales des fédérations sportives - dont l'existence est obligatoire et qui sont

composées de médecins experts - le soin de fixer, par exception lorsque cela apparaît justifié, les règles concernant l'obligation de présentation de ces certificats pour les personnes mineures au regard de leur connaissance précise des différentes pratiques, des différentes disciplines et des différents niveaux de compétition.

Ce faisant, l'article 41 ainsi amendé permettrait tout à la fois de répondre à l'objectif de simplification poursuivi par le Gouvernement tout en répondant aux enjeux de préservation de la santé des jeunes sportifs, conformément aux responsabilités du mouvement sportif en la matière.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	220
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME, LIENEMANN
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 42

Rédiger ainsi cet article :

L'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale est supprimé.

OBJET

Des sanctions financières peuvent être imposées aux établissements de santé qui ne respectent pas les objectifs prévus dans le cadre d'un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQUES).

Les auteurs de cet amendement contestent la logique de compression des coûts qui prédomine aujourd'hui dans la gestion du service public hospitalier.

Pour ces raisons nous demandons l'abrogation de cette disposition.



PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

N°	49 rect.
----	-------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

MM. CANEVET, Loïc HERVÉ, BONNECARRÈRE, LE NAY, Pascal MARTIN, KERN, MOGA,
DELCROS, LONGEOT, JANSSENS et CAZABONNE

ARTICLE 42

Alinéas 23 à 26

Remplacer ces alinéas par deux alinéas ainsi rédigés :

« À l'issue d'une période de deux ans après la saisine d'un établissement ou d'un professionnel de santé libéral exerçant en établissement par l'agence régionale de santé en application du troisième alinéa de l'article L. 162-30-3 du présent code, si l'établissement ou le professionnel de santé présente toujours un volume d'actes, prescription ou prestation significativement différent du volume inscrit au volet mentionné au quatrième alinéa du même article, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après prise en compte des caractéristiques du territoire et de la situation particulière de l'établissement, à l'issue d'une procédure contradictoire, déclencher un audit clinique par les pairs de la profession concernée ou par les praticiens désignés par le médecin conseil régional mentionné à l'article R. 315-3.

« Un décret précise les modalités d'application de ce dispositif, notamment la composition paritaire des équipes de pairs ou des équipes de praticiens de l'assurance maladie membres du service du contrôle médical procédant aux audits cliniques, ainsi que les critères utilisés par les agences régionales de santé pour apprécier les taux de recours des établissements ou des professionnels de santé libéraux exerçant en établissement sur les actes, prestations et prescriptions concernés. » ;

OBJET

Le présent article vise à faire apprécier par les pairs des professions concernées la pertinence des soins, via un audit clinique réalisé par une équipe paritaire de professionnels de santé, experts du domaine d'activités de soins et appliquant les référentiels publiés à cet effet par la Haute autorité de santé.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

N°	38 rect.
----	-------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

29 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Sagesse du Sénat
G	Défavorable
Adopté	

Mme DELMONT-KOROPOULIS, MM. Daniel LAURENT et CAMBON, Mme THOMAS,
M. LEFÈVRE, Mme MICOULEAU, MM. MORISSET, PANUNZI et DANESI, Mmes DEROMEDI et
BONFANTI-DOSSAT, M. LAMÉNIE et Mme GARRIAUD-MAYLAM

ARTICLE 43

Alinéas 2 à 6

Supprimer ces alinéas.

OBJET

L'article 43 de ce PLFSS révisé l'article L.5121-12-1 du code de santé publique. Or, les modifications apportées sont infondées et engendreraient notamment une remise en cause de la responsabilité du prescripteur. De ce fait, les motivations de cet amendement de suppression des modifications sont de plusieurs ordres.

D'une part, la recommandation temporaire d'utilisation (RTU) revêt un caractère exceptionnel de prescription hors autorisation de mise sur le marché (AMM). Pour être conforme au droit européen et pour garantir que le recours à la RTU reste exceptionnel et justifié par des considérations médicales, la dernière version législative (article L.5121-12-1 du code de santé publique) comprenait de nombreux garde fous qui sont annulés par l'article 43 et qui doivent donc être réintroduits.

D'autre part, la référence au fait que le prescripteur est seul juge du caractère indispensable du recours à une spécialité en RTU pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient est une garantie de la bonne prise en compte des « besoins spéciaux » du patient, appréciés à l'issue d'un examen effectif de ce dernier par le prescripteur qui se fonde sur les considérations thérapeutiques qui sont propres au patient. Ceci découle par ailleurs directement de l'article 5 de la directive 2001/83/CE et de la jurisprudence communautaire.

Par ailleurs, et pour ce qui concerne la suppression du mot « indispensable », ceci est de nature à tromper le professionnel de santé sur l'étendue de sa responsabilité. En effet, la suppression de la motivation dans le dossier médical et l'allègement de la charge administrative que représente le suivi des patients pourrait conduire le médecin à

imaginer qu'il est déchargé de sa responsabilité alors que la directive précitée dispose le contraire.

Il paraît primordial de maintenir l'obligation de motiver la décision du professionnel de santé dans le dossier médical afin de garantir que la décision du praticien destinée à des malades particuliers est prise sous sa responsabilité personnelle directe. Ceci est également repris à l'article 5 de la directive 2001/83/CE.

Par conséquent, il convient de conserver l'obligation pour le titulaire de la spécialité sous RTU d'établir un protocole de suivi des patients pour recueillir les informations notamment concernant l'efficacité et les effets indésirables du traitement ainsi que les conditions réelles d'utilisation de la spécialité sous RTU.

L'introduction de la mention dans l'article 43 du fait que le prescripteur n'aurait plus besoin de motiver son choix pour la mise en place d'une RTU, dès lors qu'il existe une autre spécialité bénéficiant d'une AMM jugée comparable, doit être supprimée car le terme « comparable » recouvre une notion floue et juridiquement non fondée. De plus, et d'après des RTU actuellement en vigueur, la « spécialité comparable » est celle sur la base de laquelle la RTU se fonde selon l'autorité qui délivre cette RTU. C'est donc l'ANSM, et non pas le professionnel de santé, qui qualifie la « spécialité comparable ». Le professionnel de santé doit donc être dans l'obligation de motiver son choix entre une RTU et un produit sous AMM.

L'amendement vise donc à rétablir le texte de la version initiale du code de la santé publique, avant les modifications introduites en première lecture à l'Assemblée nationale.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, rapport 153)

N ^o	29
----------------	----

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. VANLERENBERGHE
au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 43

Alinéa 10

Après le mot :

diagnostique,

insérer les mots :

réalisés directement par le prescripteur ou, à défaut,

OBJET

L'ordonnance de dispensation conditionnelle, mise en œuvre par l'article 43, opère un report de responsabilité sur le pharmacien, et occulte le rôle fondamental que peut endosser le prescripteur. Il est en effet curieux que le prescripteur, qui dispose déjà de la possibilité de soumettre le patient à un test de diagnostic rapide en cabinet pour déterminer la nature virale ou bactérienne d'une angine, se trouve implicitement déchargé de cette faculté au profit d'une ordonnance de dispensation conditionnelle, qui transfère l'acte au pharmacien. L'amendement vise donc à réaffirmer le rôle premier du prescripteur en matière de test de diagnostic rapide.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	2
----------------	---

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. DAUDIGNY

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 43

Alinéa 26

I. – Après l'alinéa 26

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« 17° La tarification des prestations dues aux pharmaciens par les assurés sociaux, lorsque le pharmacien réalise, en application de la mission que lui confie le 8° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, des tests de diagnostic rapide du virus de l'hépatite C. La tarification tient compte du prix unitaire du test calculé à partir du prix de cession mentionné à l'article L. 162-16-4-3 du présent code. La liste des tests est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;

II. – Alinéa 27

Remplacer la référence :

16°

par la référence :

17°

OBJET

Le Gouvernement s'est fixé en 2018 l'objectif de parvenir à l'élimination du virus de l'hépatite C en France à horizon 2025. Une telle ambition suppose d'améliorer l'offre de dépistage dans notre pays afin de permettre le diagnostic et le traitement de toutes les personnes infectées par le VHC.

L'article 43 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit la prise en charge des tests rapides d'orientation diagnostique en officine de ville et renvoie à un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale la fixation de la liste de ces

tests. Or, l'arrêté du 1^{er} août 2016 déterminant les tests ou recueils et traitements de signaux biologiques susceptibles d'être utilisés par les pharmaciens d'officine ne permet pas à ces professionnels de pratiquer l'orientation diagnostique en faveur du virus de l'hépatite C.

Le présent amendement vise dans cet esprit à alerter le Gouvernement sur la nécessité de permettre la réalisation et la prise en charge de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) du virus de l'hépatite C en officine de ville.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	165
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. JOMIER, DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS, JASMIN, LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mme LEPAGE, M. LUREL, Mmes MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 44

Alinéa 6

Après les mots :

biologie médicale

insérer les mots :

visant le dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ou d'infections sexuellement transmissibles

OBJET

Cet amendement vise à préciser que les examens de biologie médicale auxquels le présent article facilite l'accès concernent le dépistage des infections sexuellement transmissibles.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

N°	110 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

29 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

MM. KERN, DELCROS, Daniel LAURENT, CHASSEING, GUERRIAU, PELLEVAT, CANEVET, PRINCE et MÉDEVIELLE, Mmes Nathalie DELATTRE et VULLIEN, M. DÉTRAIGNE, Mme BILLON, MM. MENONVILLE, JANSSENS et KENNEL, Mme RAIMOND-PAVERO, MM. Pascal MARTIN et BONHOMME, Mmes SITTLER, DURANTON, GOY-CHAVENT et DOINEAU, M. LONGEOT, Mme BONFANTI-DOSSAT et MM. HENNO et GREMILLET

ARTICLE 44

Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« j bis A) L'article L. 6211-8, afin de permettre au biologiste médical d'adapter la posologie des patients sous traitements anticoagulants, de participer à la pertinence des prescriptions d'antibiotiques en les ajustant le cas échéant, et d'effectuer le suivi des patients utilisant des dispositifs d'auto-mesure ;

OBJET

Il s'agit d'élargir le champ des expérimentations prévues par l'article 51 de la LFSS 2018, afin de permettre au biologiste médical d'adapter la posologie des patients sous traitements anticoagulants et de participer à la pertinence des prescriptions d'antibiotiques.

Les biologistes médicaux participent aujourd'hui au suivi des patients sous anticoagulants en réalisant des bilans sanguins qui permettent de surveiller certains facteurs sanguins impliqués dans la coagulation. Ces bilans permettent d'adapter les posologies des traitements anticoagulants, sur la base d'un résultat exprimé en INR (International Normalised Ratio).

Aujourd'hui, les prescripteurs sont les seuls à pouvoir réaliser cette adaptation. Les biologistes médicaux ont l'obligation professionnelle d'alerter le patient des résultats de leur analyse sanguine, mais ne peuvent pas adapter eux-mêmes la posologie. Dans de telles situations, il n'est pas rare qu'en cas d'indisponibilité du prescripteur, le patient se trouve sans réponse à ce problème et fasse appel au 15.

Le Gouvernement a par ailleurs affiché dans ce PLFSS une volonté de lutter contre l'antibiorésistance en permettant notamment la prise en charge des TROD angine réalisés en officine. Les biologistes médicaux pourraient eux aussi participer à la juste prescription d'antibiotiques grâce à la réalisation d'antibiogrammes ciblés. Un antibiogramme est une technique de laboratoire qui vise à tester la sensibilité d'une souche bactérienne vis-à-vis de plusieurs antibiotiques. Les biologistes médicaux pourraient aider les prescripteurs, dans le cadre d'un exercice coordonné, à choisir le meilleur traitement antibiotique individualisé contre la souche bactérienne responsable de l'infection.

Enfin, de plus en plus de personnes utilisent des dispositifs d'auto-mesure. Afin d'améliorer la qualité du suivi thérapeutique de ces patients, il est proposé que les biologistes médicaux contrôlent régulièrement ces dispositifs et l'usage qui en est fait par le patient.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	36
----------------	----

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. MORISSET et BIZET, Mmes BONFANTI-DOSSAT et BRUGUIÈRE, M. CHARON,
Mme DEROMEDI, M. Daniel LAURENT, Mme MALET, MM. MOUILLER et PELLEVAT,
Mme PUISSAT et M. Alain BERTRAND

C	Avis du Gouvernement
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 44

I. – Après l’alinéa 9

Insérer cinq alinéas ainsi rédigés :

« ...) Les articles L. 1111-6-1, L. 4311-1 et L. 4311-29 du code de la santé publique en ce qu’ils limitent les possibilités d’organiser des délégations de soins dans le cadre d’une prise en charge par un établissement de santé ou par un établissement ou service social ou médico-social. » ;

...) Le 3^o est ainsi rédigé :

« 3^o Aux dispositions suivantes du code de l’action sociale et des familles :

« a) Les règles de tarification et d’organisation prévues par le code de l’action sociale et des familles applicables aux établissements et services mentionnés à l’article L. 312-1 du même code ;

« b) L’article L. 313-26, afin de redéfinir les modalités de qualification entre actes d’aide et actes de soins lors d’une prise en charge par un établissement ou service social ou médico-social. » ;

OBJET

Cet amendement permet d’amplifier la portée de l’article 51 pour le secteur médico-social.

En effet, au-delà de la question clé des rigidités financières pour lesquelles l’article 51 ouvre la possibilité d’expérimenter des dérogations aux règles de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux, d’autres formes de cloisonnement

mettent en cause la pertinence des accompagnements et génèrent des ruptures dans les parcours des personnes.

Ainsi, cet amendement prévoit d'étendre les dérogations sur deux points :

les règles d'organisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux afin de favoriser les innovations organisationnelles et permettre d'expérimenter de nouvelles formes de coopération entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires au service du parcours de santé et de vie des personnes ;

les modalités de qualification entre actes d'aide et actes de soins dans le cadre d'un accompagnement par un établissement ou service social ou médico-social.

Sur ce deuxième point, l'actuel cloisonnement des métiers de l'aide et du soin conduit à une étanchéité des missions, en particulier à domicile, entre aide à domicile (diplômé du DEAES, Accompagnant éducatif et social) et aide-soignant (Diplôme d'État d'Aide-Soignant). Ce cloisonnement obère la qualité et la pertinence de l'accompagnement dans son objectif de préservation ou de renforcement de l'autonomie des personnes, dépendantes d'un tiers pour la réalisation de geste de soins rendus nécessaires du fait d'un handicap ou de l'avancée en âge. Une note du CNCPPH montre à ce sujet qu'en continuant à opposer « aide » et « soin », on maintient des frontières structurelles et arbitraires.

Par ailleurs, les acteurs développent aujourd'hui des organisations complexes et couteuses en coordination pour compenser ces cloisonnements des métiers de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.

En expérimentant de nouvelles répartitions entre actes d'aide et actes de soins en fonction des besoins des personnes elles-mêmes, lors d'un accompagnement par un établissement ou service social ou médico-social, il sera alors possible d'identifier les « transférabilités de compétences », sociales et de soins en fonction des situations.

En 2019, un amendement similaire a été déposé mais rejeté par le gouvernement au motif que ce sujet devait être traité lors de la concertation Grand Âge Autonomie pilotée par Dominique Libault. Or, le rapport du 28 mars 2019 n'aborde pas expressément ce sujet ce qui justifie de déposer à nouveau cet amendement



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

N°	108 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 151, 153)29 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

MM. KERN, DELCROS, Daniel LAURENT, GUERRIAU, PELLELAT, CANEVET, PRINCE et MÉDEVIELLE, Mmes Nathalie DELATTRE et VULLIEN, M. DÉTRAIGNE, Mme BILLON, MM. MENONVILLE, JANSSENS et KENNEL, Mme RAIMOND-PAVERO, MM. Pascal MARTIN et BONHOMME, Mmes SITTLER, DURANTON, GOY-CHAVENT et DOINEAU, M. LONGEOT, Mme BONFANTI-DOSSAT et MM. HENNO, CHASSEING et GREMILLET

ARTICLE 44 BIS

I. – Alinéa 9

Remplacer cet alinéa par deux alinéas ainsi rédigés :

- le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« La liste d'examens, les catégories de professionnels de santé habilités à en réaliser la phase analytique en dehors d'un laboratoire d'analyse de biologie médicale et les conditions permettant leur réalisation sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis des ordres concernés, du conseil national professionnel de la biologie médicale et des syndicats représentatifs de la profession au sens de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale. » ;

II. – Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 6212-3 est ainsi modifié :

a) La première phrase est complétée par les mots : « dont la prise en charge des examens de biologie médicale dans un délai compatible avec l'état de santé du patient » ;

b) À la deuxième phrase, les mots : « participe également à » sont remplacés par le mot : « assure » ;

c) Après la même deuxième phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « À défaut, les conditions de cette permanence sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé. » ;

2° L'article L. 6222-6 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « les impératifs de sécurité » sont remplacés par les mots : « l'état de santé » ;

b) La dernière phrase est complétée par les mots : « et assurer une présence effective en rapport avec l'activité du site et dans le respect des missions qui lui incombent ».

OBJET

Afin de limiter le recours aux urgences pour des besoins d'examens de biologie médicale de « routine », en cohérence avec le pacte de refondation des urgences, les laboratoires de biologie médicale doivent être mis à contribution.

Pour ce faire, cet amendement vise à garantir une présence effective des biologistes médicaux sur chaque, site adaptée au contexte de celui-ci, afin de permettre la prise en charge toutes les situations, dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient. Une disposition législative plus précise en la matière permettra au COFRAC, organisme en charge de l'accréditation des LBM, d'évaluer les laboratoires en fonction de ce critère.

Par ailleurs, en cohérence avec les modifications apportées à l'article 44 bis relatif à la biologie délocalisée, il est proposé de faire référence à la notion de « délais compatibles avec l'état de santé du patient » à l'article L. 6212-3 du code de la santé publique relatif aux missions de santé publique des laboratoires de biologie médicale ainsi qu'à l'article L6222-6.

Enfin, le développement de la biologie délocalisée prévu par cet article doit se faire dans des conditions de qualité et de sécurité permettant de garantir des résultats fiables aux patients.

En effet, les laboratoires de biologie médicale répondent depuis 2010 à une norme d'accréditation. En novembre 2020, l'ensemble des laboratoires et des examens de biologie médicale devront être accrédités, et ce, afin de garantir la qualité et la sécurité des actes pour les patients.

Pour ce faire, cet amendement propose de fixer par arrêté, après avis des ordres concernés, du conseil national professionnel de la biologie médicale et des syndicats représentatifs de la profession les conditions permettant la réalisation des actes pré-analytiques et analytiques de biologie médicale.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	109 rect. ter
----------------	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE29 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

MM. KERN, DELCROS, Daniel LAURENT, GUERRIAU, PELLELAT, CANEVET, PRINCE, MENONVILLE et MÉDEVIELLE, Mmes Nathalie DELATTRE et VULLIEN, M. DÉTRAIGNE, Mme BILLON, MM. JANSSENS et KENNEL, Mme RAIMOND-PAVERO, MM. Pascal MARTIN et BONHOMME, Mmes SITTLER, DURANTON, GOY-CHAVENT et DOINEAU, M. LONGEOT, Mme BONFANTI-DOSSAT et MM. HENNO, CHASSEING et GREMILLET

ARTICLE 44 BIS

Alinéa 12

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

La liste d'examens, les catégories de professionnels habilités à en réaliser la phase analytique en dehors d'un laboratoire de biologie médicale et les conditions permettant leur réalisation sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis des ordres concernés, du conseil national professionnel de la biologie médicale et des syndicats représentatifs de la profession au sens de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale.

OBJET

Dans le cadre de la pratique de la biologie délocalisée, cet amendement ajoute que la liste d'examens, les catégories de professionnels habilités à en réaliser la phase analytique en dehors d'un laboratoire de biologie médicale et les conditions permettant leur réalisation sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis des ordres concernés, du conseil national professionnel de la biologie médicale et des syndicats représentatifs de la profession au sens de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale.



PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

N°	130 rect.
----	--------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

29 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

Mme GUIDEZ, M. HENNO, Mme Catherine FOURNIER, M. LONGEOT, Mme VERMEILLET, M. KERN, Mme BILLON, MM. DÉTRAIGNE, LOUAULT, DELCROS, PRINCE, LAFON, JANSSENS, Pascal MARTIN, CAZABONNE, Daniel DUBOIS, MORISSET et GUERRIAU, Mme MICOULEAU, M. SOL, Mmes THOMAS et CHAIN-LARCHÉ, MM. ARTANO et MENONVILLE, Mmes SITTLER et BONFANTI-DOSSAT, M. FOUCHÉ, Mme Laure DARCOS, MM. CHASSEING, RAPIN et LAMÉNIE, Mme NOËL et MM. de NICOLAY et WATTEBLED

ARTICLE 45

I. – Alinéa 4

Après le mot :

sommes

insérer le mot :

restant

II. – Alinéa 38, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

, après déduction du produit de la taxe mentionnée au II ter de l'article 45 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2020

III. – Après l'alinéa 55

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

II ter. – 1. Est perçue une taxe assise sur la prime mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 112-1 du code des assurances, telle qu'elle s'applique aux contrats mentionnés aux articles L. 143-1, L. 144-1 et L. 144-2 du même code et à l'article L. 222-3 du code de la mutualité.

Le taux de cette taxe est fixé à 1,7 %.

Le produit de cette taxe est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale. Son produit est prioritairement affecté au paiement de

l'allocation journalière du proche aidant prévue à l'article L. 168-8 du même code. Il vient en déduction des montants remboursés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, tels que prévus à l'article L. 168-11 dudit code.

2. Les modalités d'application du présent II ter sont déterminées par décret en Conseil d'État.

3. Le présent II ter est applicable aux primes émises ou recouvrées à compter d'une date fixée par décret et, au plus tard, le 1^{er} octobre 2020.

OBJET

Cet amendement précise le financement de l'allocation journalière de proche aidant créé par l'article 45.

L'article 45 du PLFSS 2020 prévoit l'indemnisation du congé de proche aidant, par la création de l'allocation journalière du proche aidant (AJPA), pendant une durée de 3 mois sur l'ensemble de la carrière de l'aidant. L'AJPA, ainsi que les cotisations vieillesse versées au titre de l'affiliation automatique des bénéficiaires de l'AJPA à l'assurance vieillesse des parents au foyer, sont versées par les organismes débiteurs des prestations familiales pour le compte de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Le Gouvernement estime le coût de cette mesure, en année pleine, à près de 100 millions d'euros.

Toutefois, l'article 45 prévoit que cette mesure est financée par les fonds propres de la CNSA sans qu'aucune recette pérenne ne lui soit spécifiquement affectée. La trajectoire financière des sous-sections visées du budget de la CNSA laisse planer un doute sérieux sur la soutenabilité de la mesure et partant, sur la sincérité de l'article 45.

Cet amendement vise donc à garantir la sincérité budgétaire de cette mesure, en affectant des fonds pérennes à la branche famille pour le financement de l'AJPA. Si ces fonds étaient toutefois insuffisants pour couvrir l'intégralité de la dépense d'AJPA, le complément serait alors versé par la CNSA, conformément au mécanisme prévu par l'article 45.

Enfin, à l'instar des modalités d'entrée en vigueur de l'article 45 instituant l'AJPA, ces dispositions seront applicables à compter d'une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} octobre 2020.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	1 rect. bis
----------------	----------------

29 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Sagesse du Sénat
G	Défavorable
Adopté	

Mmes GUIDEZ et DOINEAU, M. HENNO, Mmes Catherine FOURNIER, MORIN-DESAILLY et CONWAY-MOURET, MM. Daniel LAURENT, BONNE, LE NAY, DÉTRAIGNE et FOUCHÉ, Mme BERTHET, M. LAUGIER, Mme VERMEILLET, MM. SAVARY, PERRIN, RAISON, Pascal MARTIN et GUERRIAU, Mmes PUISSAT, FÉRAT, Laure DARCOS, MICOULEAU et Nathalie DELATTRE, M. CHASSEING, Mme SITTLER, MM. KENNEL et MORISSET, Mme PERROT, MM. KERN et CANEVET, Mme MALET, MM. GREMILLET, JANSSENS et HOUPERT, Mme VULLIEN, M. ALLIZARD, Mmes Anne-Marie BERTRAND, LANFRANCHI DORGAL, SOLLOGOUB et JOISSAINS, MM. LAFON et DELCROS, Mme LOISIER, M. CUYPERS, Mmes BILLON et KAUFFMANN, MM. LOUAULT, DECOOL et BONHOMME, Mme SAINT-PÉ et MM. BOUCHET et ADNOT

ARTICLE 45

Alinéa 12

I. – Après l’alinéa 12

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

1^o bis Le I de l’article L. 136-1-3 est complété par un 15^o ainsi rédigé :

« 15^o L’allocation journalière du proche aidant prévue à l’article L. 168-8 du code de la sécurité sociale. » ;

II. – Alinéa 16

Rédiger ainsi cet alinéa :

b) Sont ajoutés les mots : « ainsi que l’allocation mentionnée à l’article L. 168-1 » ;

III. – Pour compenser la perte de recettes résultant des I et II, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

VI. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du 1^o bis et du b du 3^o du II du présent article 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.

OBJET

Dans l'esprit de l'amendement n° 2056 porté par le Gouvernement à l'Assemblée nationale, visant à adapter notre droit à la stratégie de solidarité pour les proches aidants, il est proposé de ne pas soumettre l'allocation journalière du proche aidant (AJPA) aux cotisations sociales.

Concernant l'allocation non encore appliquée, cette exonération ne présente aucune perte de recettes pour le Gouvernement.

Par ailleurs, le produit de cette cotisation n'aurait pas permis de soutenir la politique en faveur des aidants, car il n'était pas reversé à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Ainsi, cette mesure favoriserait le recours au congé de proche aidant.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)
(n^{os} 151, 153)

N°	175
----	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GUIDEZ, M. HENNO et Mmes DINDAR et Catherine FOURNIER

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 45 BIS

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par les mots :

ou pour les agents publics bénéficiant du congé de présence parentale par les règles qui les régissent

OBJET

Amendement de cohérence.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	9 rect.
----------------	---------

DIRECTION
DE LA SÉANCE28 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

Mme BONNEFOY, MM. DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. JOMIER, Mmes LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mme LEPAGE, M. LUREL, Mmes MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 46

Rédiger ainsi cet article :

I. – Après le chapitre III du titre V du livre II du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un chapitre ainsi rédigé :

« Chapitre ...

« Dispositions relatives à la réparation intégrale des préjudices directement causés par l'utilisation des produits phytopharmaceutiques

« Section 1

« Réparation des divers préjudices

« Art. L. 253-19. – Peuvent obtenir la réparation intégrale de leurs préjudices :

« 1^o Les personnes qui ont obtenu la reconnaissance, au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité, d'une maladie professionnelle occasionnée par les produits phytopharmaceutiques mentionnés à l'article L. 253-1 ;

« 2^o Les enfants atteints d'une pathologie résultant directement de leur exposition prénatale du fait de l'exposition professionnelle de l'un ou l'autre de leurs parents à des produits phytopharmaceutiques mentionnés au même article L. 253-1.

« Section 2

« Fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques

« Art. L. 253-20. – Il est créé un fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques, personne morale de droit privé. Il groupe toutes les sociétés ou caisses d'assurances et de réassurances mutuelles agricoles.

« Ce fonds a pour mission de réparer les préjudices définis à l'article L. 253-19. Il est représenté à l'égard des tiers par son directeur.

« Art. L. 253-21. – Le demandeur ou son représentant légal justifient de l'exposition à des produits phytopharmaceutiques et de l'atteinte à l'état de santé de la victime. Il informe le fonds des autres procédures relatives à l'indemnisation des préjudices définis au présent article éventuellement en cours. Si une action en justice est intentée, il en informe le juge de la saisine du fonds.

« En l'absence de déclaration préalable par la victime, le fonds transmet sans délai le dossier à l'organisme concerné au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité. Cette transmission vaut déclaration de maladie professionnelle. Elle suspend le délai prévu à la première phrase du premier alinéa de l'article L. 253-22 jusqu'à ce que l'organisme concerné communique au fonds les décisions prises. En tout état de cause, l'organisme saisi dispose pour prendre sa décision d'un délai de trois mois, renouvelable une fois si une enquête complémentaire est nécessaire. Faute de décision prise par l'organisme concerné dans ce délai, le fonds statue dans un délai de trois mois.

« Le fonds examine si les conditions d'indemnisation sont réunies. Il recherche les circonstances de l'exposition aux produits phytopharmaceutiques et ses conséquences sur l'état de santé de la victime ; il procède ou fait procéder à toutes investigations et expertises utiles sans que puisse lui être opposé le secret professionnel ou le secret des affaires.

« Au sein du fonds, une commission médicale indépendante se prononce sur l'existence d'un lien entre l'exposition aux produits phytopharmaceutiques et la survenue de la pathologie. Sa composition est fixée par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, des outre-mer et de l'agriculture.

« Vaut justification de l'exposition à des produits phytopharmaceutiques la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par ces produits au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité.

« Vaut également justification du lien entre l'exposition à des produits phytopharmaceutiques et le décès la décision de prise en charge de ce décès au titre d'une maladie professionnelle occasionnée par des produits phytopharmaceutiques en application de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité.

« Dans les cas valant justification de l'exposition aux produits phytopharmaceutiques mentionnés aux deux alinéas précédents, le fonds peut verser une provision si la demande lui en a été faite. Il est statué dans le délai d'un mois à compter de la demande de provision.

« Le fonds peut demander à tout service de l'État, collectivité publique, organisme assurant la gestion des prestations sociales, organisme assureur susceptibles de réparer tout ou partie du préjudice, la communication des renseignements relatifs à l'exécution de leurs obligations éventuelles.

« Les renseignements ainsi recueillis ne peuvent être utilisés à d'autres fins que l'instruction de la demande faite au fonds d'indemnisation et leur divulgation est interdite. Les personnes qui ont à connaître des documents et informations fournis au fonds sont tenues au secret professionnel.

« Le demandeur peut obtenir la communication de son dossier, sous réserve du respect du secret médical, du secret professionnel et du secret des affaires.

« Art. L. 253-22. – Dans les neuf mois à compter de la réception d'une demande d'indemnisation, le fonds présente au demandeur une offre d'indemnisation. Il indique l'évaluation retenue pour chaque chef de préjudice, ainsi que le montant des indemnités qui lui reviennent compte tenu des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. À défaut de consolidation de l'état de la victime, l'offre présentée par le fonds a un caractère provisionnel.

« Le fonds présente une offre dans les mêmes conditions en cas d'aggravation de l'état de santé de la victime.

« L'offre définitive est faite dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle le fonds a été informé de cette consolidation.

« Le paiement doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la réception par le fonds de l'acceptation de son offre par la victime, que cette offre ait un caractère provisionnel ou définitif.

« L'acceptation de l'offre ou la décision juridictionnelle définitive rendue dans l'action en justice prévue à l'article L. 253-23 vaut désistement des actions juridictionnelles en indemnisation en cours et rend irrecevable toute autre action juridictionnelle future en réparation du même préjudice. Il en va de même des décisions juridictionnelles devenues définitives allouant une indemnisation intégrale pour les conséquences de l'exposition à des produits phytopharmaceutiques.

« Art. L. 253-23. – Le demandeur ne dispose du droit d'action en justice contre le fonds d'indemnisation que si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans le délai mentionné à la première phrase du premier alinéa de l'article L. 253-22 ou s'il n'a pas accepté l'offre qui lui a été faite.

« Cette action est intentée devant la cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du demandeur.

« Art. L. 253-24. – Le fonds est subrogé, à due concurrence des sommes versées, dans les droits que possède le demandeur contre la personne responsable du dommage ainsi que contre les personnes ou organismes tenus à un titre quelconque d'en assurer la réparation totale ou partielle dans la limite du montant des prestations à la charge desdites personnes.

« Le fonds intervient devant les juridictions civiles, y compris celles du contentieux de la sécurité sociale, notamment dans les actions en faute inexcusable, et devant les juridictions de jugement en matière répressive, même pour la première fois en cause d'appel, en cas de constitution de partie civile du demandeur contre le ou les responsables

des préjudices. Il intervient à titre principal et peut user de toutes les voies de recours ouvertes par la loi.

« Si le fait générateur du dommage a donné lieu à des poursuites pénales, le juge civil n'est pas tenu de surseoir à statuer jusqu'à décision définitive de la juridiction répressive.

« La reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur, à l'occasion de l'action à laquelle le fonds est partie, ouvre droit à la majoration des indemnités versées à la victime en application de la législation de sécurité sociale. L'indemnisation à la charge du fonds est révisée en conséquence.

« Art. L. 253-25. – Le fonds est financé par :

« 1° L'affectation d'une fraction du produit de la taxe prévue à l'article L. 253-8-2 ;

« 2° Une contribution de l'État prenant la forme d'une affectation de recettes dans des conditions et montants fixés chaque année par la loi de finances ;

« 3° Les sommes perçues en application de l'article L. 253-24 ;

« 4° Les produits divers, dons et legs.

« Art. L. 253-26. – Les demandes d'indemnisation doivent être adressées au fonds dans un délai de dix ans.

« Pour les victimes, le délai de prescription commence à courir à compter de :

« – pour la maladie initiale, la date du premier certificat médical établissant le lien entre la maladie et l'exposition aux produits phytopharmaceutiques ;

« – pour l'aggravation de la maladie, la date du premier certificat médical constatant cette aggravation dès lors qu'un certificat médical précédent établissait déjà le lien entre cette maladie et une exposition aux produits phytopharmaceutiques.

« Art. L. 253-27. – L'activité du fonds fait l'objet d'un rapport annuel remis au Gouvernement et au Parlement avant le 30 avril.

« Les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'État. »

II. – Le VI de l'article L. 253-8-2 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rédigé :

« VI. – Le produit de la taxe est affecté :

« 1° En priorité, à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, dans la limite du plafond fixé au I de l'article 46 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, pour financer la mise en place du dispositif de phytopharmacovigilance défini à l'article L. 253-8-1 du présent code et pour améliorer la prise en compte des préjudices en lien direct avec l'utilisation des produits phytopharmaceutiques ;

« 2° Pour le solde, au Fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques. »

III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Par dérogation, pour les demandes présentées au fonds en 2020 en application du 2^o de l'article L. 253-19 du code rural et de la pêche maritime, le délai prévu à la première phrase du premier alinéa de l'article L. 253-22 du même code est porté à douze mois.

OBJET

Cet amendement du groupe socialiste reprend le dispositif proposé en première lecture tendant à instituer un fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques, complété par les dispositions proposées par la commission des affaires sociales.

Cet amendement transpartisan vise, en effet, à réécrire l'intégralité de l'article 46 afin de reprendre le contenu de la proposition de loi portant création d'un fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques, déposée par le groupe socialiste du Sénat et adoptée à l'unanimité à la Haute Assemblée de la République le 1^{er} février 2018 ainsi que lors de la loi de finances pour 2019.

Ce fonds permettrait la prise en charge de la réparation intégrale des préjudices des personnes atteintes de maladies liées à l'utilisation des produits phytopharmaceutiques par la création d'un fonds d'indemnisation abondé par les fabricants de ces produits. Cet amendement inclut l'indemnisation des enfants touchés *in utero*. Il propose également une participation de l'État au financement du fonds.

En effet, les auteurs de cet amendement, à l'instar des associations de victimes, estiment que le dispositif proposé par le Gouvernement n'est pas suffisant car il prévoit une simple extension du régime de prise en charge des maladies professionnelles pour les agriculteurs salariés et non-salariés, ainsi qu'une prise en charge « forfaitaire » qui n'assurera pas une réparation intégrale des préjudices subis.

Il s'agit ainsi de proposer sous une forme unique un dispositif complet.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, rapport 153)

N ^o	30
----------------	----

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. VANLERENBERGHE
au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 46

Rédiger ainsi cet article :

I. – Après le chapitre III du titre V du livre II du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un chapitre ainsi rédigé :

« Chapitre ...

« Dispositions relatives à la réparation intégrale des préjudices directement causés par l'utilisation des produits phytopharmaceutiques

« Section 1

« Réparation des divers préjudices

« Art. L. 253-19. – Peuvent obtenir la réparation intégrale de leurs préjudices :

« 1^o Les personnes qui ont obtenu la reconnaissance, au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité, d'une maladie professionnelle occasionnée par les produits phytopharmaceutiques mentionnés à l'article L. 253-1 ;

« 2^o Les enfants atteints d'une pathologie résultant directement de leur exposition prénatale du fait de l'exposition professionnelle de l'un ou l'autre de leurs parents à des produits phytopharmaceutiques mentionnés au même article L. 253-1.

« Section 2

« Fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques

« Art. L. 253-20. – Il est créé un fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques, personne morale de droit privé. Il groupe toutes les sociétés ou caisses d'assurances et de réassurances mutuelles agricoles.

« Ce fonds a pour mission de réparer les préjudices définis à l'article L. 253-19. Il est représenté à l'égard des tiers par son directeur.

« Art. L. 253-21. – Le demandeur ou son représentant légal justifient de l'exposition à des produits phytopharmaceutiques et de l'atteinte à l'état de santé de la victime. Il informe le fonds des autres procédures relatives à l'indemnisation des préjudices définis au présent article éventuellement en cours. Si une action en justice est intentée, il en informe le juge de la saisine du fonds.

« En l'absence de déclaration préalable par la victime, le fonds transmet sans délai le dossier à l'organisme concerné au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité. Cette transmission vaut déclaration de maladie professionnelle. Elle suspend le délai prévu à la première phrase du premier alinéa de l'article L. 253-22 jusqu'à ce que l'organisme concerné communique au fonds les décisions prises. En tout état de cause, l'organisme saisi dispose pour prendre sa décision d'un délai de trois mois, renouvelable une fois si une enquête complémentaire est nécessaire. Faute de décision prise par l'organisme concerné dans ce délai, le fonds statue dans un délai de trois mois.

« Le fonds examine si les conditions d'indemnisation sont réunies. Il recherche les circonstances de l'exposition aux produits phytopharmaceutiques et ses conséquences sur l'état de santé de la victime ; il procède ou fait procéder à toutes investigations et expertises utiles sans que puisse lui être opposé le secret professionnel ou le secret des affaires.

« Au sein du fonds, une commission médicale indépendante se prononce sur l'existence d'un lien entre l'exposition aux produits phytopharmaceutiques et la survenue de la pathologie. Sa composition est fixée par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, des outre-mer et de l'agriculture.

« Vaut justification de l'exposition à des produits phytopharmaceutiques la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par ces produits au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité.

« Vaut également justification du lien entre l'exposition à des produits phytopharmaceutiques et le décès la décision de prise en charge de ce décès au titre d'une maladie professionnelle occasionnée par des produits phytopharmaceutiques en application de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité.

« Dans les cas valant justification de l'exposition aux produits phytopharmaceutiques mentionnés aux deux alinéas précédents, le fonds peut verser une provision si la demande lui en a été faite. Il est statué dans le délai d'un mois à compter de la demande de provision.

« Le fonds peut demander à tout service de l'État, collectivité publique, organisme assurant la gestion des prestations sociales, organisme assureur susceptibles de réparer tout ou partie du préjudice, la communication des renseignements relatifs à l'exécution de leurs obligations éventuelles.

« Les renseignements ainsi recueillis ne peuvent être utilisés à d'autres fins que l'instruction de la demande faite au fonds d'indemnisation et leur divulgation est

interdite. Les personnes qui ont à connaître des documents et informations fournis au fonds sont tenues au secret professionnel.

« Le demandeur peut obtenir la communication de son dossier, sous réserve du respect du secret médical, du secret professionnel et du secret des affaires.

« Art. L. 253-22. – Dans les neuf mois à compter de la réception d'une demande d'indemnisation, le fonds présente au demandeur une offre d'indemnisation. Il indique l'évaluation retenue pour chaque chef de préjudice, ainsi que le montant des indemnités qui lui reviennent compte tenu des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. À défaut de consolidation de l'état de la victime, l'offre présentée par le fonds a un caractère provisionnel.

« Le fonds présente une offre dans les mêmes conditions en cas d'aggravation de l'état de santé de la victime.

« L'offre définitive est faite dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle le fonds a été informé de cette consolidation.

« Le paiement doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la réception par le fonds de l'acceptation de son offre par la victime, que cette offre ait un caractère provisionnel ou définitif.

« L'acceptation de l'offre ou la décision juridictionnelle définitive rendue dans l'action en justice prévue à l'article L. 253-23 vaut désistement des actions juridictionnelles en indemnisation en cours et rend irrecevable toute autre action juridictionnelle future en réparation du même préjudice. Il en va de même des décisions juridictionnelles devenues définitives allouant une indemnisation intégrale pour les conséquences de l'exposition à des produits pharmaceutiques.

« Art. L. 253-23. – Le demandeur ne dispose du droit d'action en justice contre le fonds d'indemnisation que si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans le délai mentionné à la première phrase du premier alinéa de l'article L. 253-22 ou s'il n'a pas accepté l'offre qui lui a été faite.

« Cette action est intentée devant la cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du demandeur.

« Art. L. 253-24. – Le fonds est subrogé, à due concurrence des sommes versées, dans les droits que possède le demandeur contre la personne responsable du dommage ainsi que contre les personnes ou organismes tenus à un titre quelconque d'en assurer la réparation totale ou partielle dans la limite du montant des prestations à la charge desdites personnes.

« Le fonds intervient devant les juridictions civiles, y compris celles du contentieux de la sécurité sociale, notamment dans les actions en faute inexcusable, et devant les juridictions de jugement en matière répressive, même pour la première fois en cause d'appel, en cas de constitution de partie civile du demandeur contre le ou les responsables des préjudices. Il intervient à titre principal et peut user de toutes les voies de recours ouvertes par la loi.

« Si le fait générateur du dommage a donné lieu à des poursuites pénales, le juge civil n'est pas tenu de surseoir à statuer jusqu'à décision définitive de la juridiction répressive.

« La reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur, à l'occasion de l'action à laquelle le fonds est partie, ouvre droit à la majoration des indemnités versées à la victime en application de la législation de sécurité sociale. L'indemnisation à la charge du fonds est révisée en conséquence.

« Art. L. 253-25. – Le fonds est financé par :

« 1° L'affectation d'une fraction du produit de la taxe prévue à l'article L. 253-8-2 ;

« 2° Une contribution de l'État prenant la forme d'une affectation de recettes dans des conditions et montants fixés chaque année par la loi de finances ;

« 3° Les sommes perçues en application de l'article L. 253-24 ;

« 4° Les produits divers, dons et legs.

« Art. L. 253-26. – Les demandes d'indemnisation doivent être adressées au fonds dans un délai de dix ans.

« Pour les victimes, le délai de prescription commence à courir à compter de :

« – pour la maladie initiale, la date du premier certificat médical établissant le lien entre la maladie et l'exposition aux produits phytopharmaceutiques ;

« – pour l'aggravation de la maladie, la date du premier certificat médical constatant cette aggravation dès lors qu'un certificat médical précédent établissait déjà le lien entre cette maladie et une exposition aux produits phytopharmaceutiques.

« Art. L. 253-27. – L'activité du fonds fait l'objet d'un rapport annuel remis au Gouvernement et au Parlement avant le 30 avril.

« Les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'État.

II. – Le VI de l'article L. 253-8-2 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rédigé :

« VI. – Le produit de la taxe est affecté :

« 1° En priorité, à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, dans la limite du plafond fixé au I de l'article 46 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, pour financer la mise en place du dispositif de phytopharmacovigilance défini à l'article L. 253-8-1 du présent code et pour améliorer la prise en compte des préjudices en lien direct avec l'utilisation des produits phytopharmaceutiques ;

« 2° Pour le solde, au Fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques. »

III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Par dérogation, pour les demandes présentées au fonds en 2020 en application du 2° de l'article L. 253-19 du code rural et de la pêche maritime, le délai prévu à la première phrase du premier alinéa de l'article L. 253-22 du même code est porté à douze mois.

OBJET

Cet amendement reprend le dispositif proposé en première lecture au Sénat par notre collègue Nicole Bonnefoy, tendant à instituer un fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques.

Outre le principe d'une réparation intégrale, l'amendement déposé par Mme Bonnefoy présente l'avantage d'inclure, dans le champ des bénéficiaires du fonds, l'ensemble des personnes ayant obtenu la reconnaissance d'une maladie professionnelle liée à l'exposition aux pesticides, ce qui permet de couvrir les personnels de la SNCF exposés au glyphosate à l'occasion d'opérations de désherbage des voies et de leurs abords immédiats.

L'amendement inclut par ailleurs, dans le champ des bénéficiaires, les enfants atteints d'une pathologie résultant directement de leur exposition prénatale du fait de l'exposition professionnelle de l'un de leurs parents aux pesticides. Il s'agit d'une mesure comprise dans la proposition de loi adoptée par le Sénat en février 2018 à l'initiative de Mme Bonnefoy.

L'amendement prévoit, en outre, le principe d'une participation de l'État au financement du fonds, conformément aux préconisations formulées par la mission IGAS-IGF-CGAAER de préfiguration du fonds d'indemnisation des victimes des pesticides.

Enfin, afin de tenir compte du temps qui sera nécessaire au fonds pour déployer son infrastructure, il est prévu que le délai d'instruction des demandes déposées en 2020 pour le compte d'enfants sera, à titre transitoire, de douze mois et non de neuf.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	181 rect.
----------------	--------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE29 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Défavorable
G	
Tombé	

MM. GREMILLET, MAGRAS, PIERRE et Daniel LAURENT, Mmes BRUGUIÈRE et DEROMEDI,
MM. DUPLOMB, RAISON, PERRIN, BONNE et MORISSET, Mme Laure DARCOS, M. Bernard
FOURNIER, Mmes RICHER, GRUNY et MORHET-RICHAUD, MM. BRISSON, REICHARDT,
CHARON, PELLELAT et HUSSON, Mmes NOËL et DUMAS, M. SOL, Mme CHAUVIN,
MM. RAPIN, HURÉ, GRAND, LEFÈVRE, CAMBON, GILLES, SAURY, BABARY et BONHOMME,
Mmes BORIES, LASSARADE et LAMURE, M. MEURANT, Mme BONFANTI-DOSSAT,
M. CHATILLON, Mme Anne-Marie BERTRAND, M. KENNEL, Mme SITTLER et M. BAZIN

ARTICLE 46

I. – Alinéa 35

Remplacer le taux :

3,5 %

par le taux :

1,5 %

II. – Après l'alinéa 35

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Le IV est complété par une phrase ainsi rédigé : « Cet arrêté prend en considération le rapport public établi, chaque année, par le fonds d'indemnisation des victimes de pesticides mentionné à l'article L. 723-13-3 faisant état de ses besoins de financement. » ;

OBJET

Le présent amendement vise à fixer à 1.5 % le plafond de la taxe sur les ventes de produits phytopharmaceutiques, qui sera affectée d'une part, à l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) et d'autre part, au fonds d'indemnisation des victimes des pesticides, conformément à ce que préconisait l'évaluation réalisée dans le cadre du rapport de l'Inspection Générale des Finances, de l'inspection Générale des Affaires sociales et du Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux de janvier 2018.

En effet, il y a très fort à penser que le relèvement de la taxe sur les ventes de pesticides instruit par l'article 46 projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, sera répercuté sur le prix de vente de ces produits et donc in fine, supporté par les agriculteurs. La Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA) estime qu'un relèvement d'1 % de cette taxe conduira à une dépense annuelle supplémentaire de 120 euros pour une exploitation moyenne. Afin de limiter l'impact de la hausse du plafond de la taxe sur les ventes des produits phytopharmaceutiques sur le prix final d'achat des produits pesticides par les exploitants, il convient donc de reprendre la préconisation de 2018 et de fixer le taux du plafond à 1.5 % et non à 3.5 % comme le prévoit le projet de loi, en particulier en l'absence d'étude d'impact relative à l'augmentation de ce plafond.

En outre, il convient de préserver la capacité des industriels et des acteurs économiques à pouvoir investir dans la recherche et le développement et de nouvelles solutions de protection des cultures qui seront à la fois bénéfiques pour les utilisateurs et pour l'environnement.



PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

N°	80 rect. bis
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

29 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

C	Défavorable
G	
Tombé	

présenté par

Mme Nathalie DELATTRE, MM. CORBISEZ, DANTEC et GABOUTY, Mmes GUILLOTIN et
JOUVE et M. REQUIER

ARTICLE 46

I. – Après l’alinéa 43

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Une contribution de l’État prenant la forme d’une affectation de recettes dans des conditions et montants fixés chaque année par la loi de finances ;

II. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – La perte de recettes résultant pour l’État du présent article 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.

OBJET

L’article 46 prévoit le financement du fonds d’indemnisation des victimes de pesticides par une hausse du montant de la taxe phytopharmacovigilance versée par les fabricants des produits concernés ainsi que par plusieurs contributions des régimes d’assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des bénéficiaires du fonds qui se traduiront par une hausse des cotisations employeurs.

Lorsque les agriculteurs ont utilisé les pesticides incriminés aujourd’hui comme provoquant des maladies, c’était en toute légitimité avec l’aval de l’État et sur les conseils des fabricants.

Aussi, il serait légitime que la prise en charge financière de la réparation de ces victimes, dans un cadre professionnel, soit partagé entre les fabricants, l’État et les cotisations des employeurs et des actifs.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	166
----------------	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE28 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Défavorable
G	
Tombé	

M. LUREL, Mme JASMIN, MM. DAUDIGNY, KANNER et ANTISTE, Mmes CONCONNE, FÉRET et GRELET-CERTENAIS, M. JOMIER, Mmes LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mmes LEPAGE, MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 46

Après l'alinéa 59

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... – Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement présente au Parlement un rapport sur la reconnaissance en tant que maladie professionnelle des affections provoquées par l'exposition au chlordécone.

OBJET

Cet amendement du groupe socialiste a pour objectif d'obtenir des clarifications sur l'applicabilité de ce dispositif aux victimes professionnelles du chlordécone.

Comme le Gouvernement s'y était engagé lors de la discussion de la proposition de loi de notre collègue députée Hélène Vainqueur-Christophe discutée en janvier dernier, cet article prévoit bien la création d'un fonds d'indemnisation des victimes de pesticides. Si l'affichage est conforme aux engagements, la lecture précise du dispositif est loin d'être satisfaisante puisque seuls les planteurs, les ouvriers agricoles et leurs proches pourront - *a priori* - y prétendre et, de la bouche même du Ministre de l'Agriculture auditionné jeudi 17 octobre par la commission d'enquête sur le chlordécone, ceux-là auront du mal à se faire indemniser.

En tout état de cause, loin des espoirs suscités, ce fonds se résume à un simple guichet unique pour les procédures de reconnaissance des Maladies Professionnelles (AT/MP) liées aux pesticides traditionnels.

Le Gouvernement affirme que les victimes professionnelles du chlordécone et les dépenses liées à l'indemnisation des enfants exposés pendant la période prénatale seront bien prises en charge par ce dit fonds. Madame la Ministre de la Santé a en ce sens tenté de rassurer, en séance publique, nos collègues députés en précisant que « le chlordécone fait partie des phytosanitaires ayant reçu une AMM – autorisation de mise sur le marché – et des produits directement concernés par le fonds ».

Pourtant, on mesure ici la difficulté de rendre effective cette mesure puisque cela fait maintenant 26 ans que le poison n'est plus utilisé et que donc les professionnels sont soit retraités soit malheureusement décédés. Faire donc bénéficier hypothétiquement – car rien n'est pour l'heure certain, ce dispositif aux seuls professionnels des bananeraies serait, en réalité, quasi anecdotique.

L'actuel article 46 s'inscrivant dans les seuls régimes d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, nous considérons qu'il nous est impossible de modifier ce dispositif afin d'y inclure l'ensemble des victimes potentielles du chlordécone que nous estimons légitimes à demander indemnisation à savoir les professionnels et leurs proches souffrant d'une pathologie et ceux subissant un préjudice économique ainsi que toutes les personnes souffrant d'une pathologie résultant de l'utilisation du chlordécone.

A l'heure où une psychose collective s'est emparée de nos îles, où nombre de travaux scientifiques attestent d'une contamination d'ampleur et où les auditions menées par la Commission d'enquête lancée ne cessent de démontrer la responsabilité de l'État dans la contamination et dans la non prise en charge des mesures à-même de réparer les conséquences négatives de cette catastrophe sanitaire économique et environnementale, il nous paraît qu'acter la création d'un fonds d'indemnisation constituerait une première réponse aux drames vécus.

Si nous ne nous engageons pas dans cette voie, au motif peut-être d'arguties budgétaires, nous sommes convaincus que le coût de ce scandale sera infiniment demain plus élevé. Qui empêchera que des actions en justice soient intentées contre l'État pour manquements, pour défaillance et pour fautes ? Quel sera alors le coût de ce contentieux ? Les jugements pris à l'étranger peuvent faire redouter le pire...

Les conclusions de la Commission d'enquête sur le scandale du chlordécone adoptées le 26 novembre dernier à l'unanimité appelle à des initiatives fortes de la part de l'État dont la responsabilité et la culpabilité sont manifestement engagées.

Cet amendement constitue ainsi pour le Gouvernement un moyen de clarifier sa position sur le volet indemnisation des victimes sanitaires de ce drame.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

N°	182 rect.
----	--------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

29 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Défavorable
G	
Tombé	

MM. GREMILLET, MAGRAS, PIERRE et Daniel LAURENT, Mmes BRUGUIÈRE et DEROMEDI,
MM. DUPLOMB, RAISON, PERRIN, BONNE et MORISSET, Mme Laure DARCOS, M. Bernard
FOURNIER, Mmes RICHER, GRUNY et MORHET-RICHAUD, MM. BRISSON, REICHARDT,
CHARON, PELLELAT et HUSSON, Mmes NOËL et DUMAS, M. SOL, Mme CHAUVIN,
MM. RAPIN, HURÉ, GRAND, LEFÈVRE, CAMBON, GILLES, SAURY, BABARY et BONHOMME,
Mmes BORIES, LASSARADE et LAMURE, M. MEURANT, Mme BONFANTI-DOSSAT,
M. CHATILLON, Mme Anne-Marie BERTRAND, MM. KENNEL et MANDELLI, Mme SITTLER et
M. BAZIN

ARTICLE 46

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Au plus tard le 30 septembre 2020, le Gouvernement remet au Parlement un rapport établissant plusieurs scénarios de financement tripartite du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides, et les modalités d'une contribution de l'État en fonction des prévisions de prise en charge des bénéficiaires de ce fonds dans les prochaines années.

OBJET

Le présent amendement vise à poser la question de la participation de l'État dans le financement du fonds d'indemnisation des victimes des pesticides, qui dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, est laissé intégralement à la charge des assurés et des industriels.

Il conviendrait plutôt de reprendre la préconisation du rapport de l'Inspection Générale des Finances, de l'inspection Générale des Affaires sociales et du Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux de janvier 2018 : un financement tripartite de ce fonds, dont une participation de l'État de l'ordre de 50 millions d'euros correspondant à la moitié du besoin de financement du fonds, et une prise en charge par le monde agricole de l'autre moitié dont 30 millions d'euros par les fabricants de pesticides au travers de la taxe sur les ventes de ces produits, et 25 millions d'euros par les agriculteurs au travers des régimes AT-MP.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	167
----------------	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	
Retiré	

Mme ROSSIGNOL, MM. DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. JOMIER, Mmes LUBIN et MEUNIER, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mme LEPAGE, M. LUREL, Mmes MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 48

I. – Alinéa 67

1^o Supprimer les mots :

le refus du parent débiteur ou

2^o Remplacer le mot :

lui

par les mots :

le parent débiteur

3^o Compléter cet alinéa par deux phrases ainsi rédigées : « Le dépassement d'un délai d'un mois au-delà duquel le parent débiteur continue à garder le silence entraîne une pénalité de 10 % de la pension alimentaire par mois de retard pour le parent débiteur. Le dépassement de ce délai constitue un refus manifeste du parent débiteur de s'acquitter des sommes dues, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales doit informer sans délai le parquet dudit refus.

II. – Alinéa 68

1^o Supprimer les mots :

Les délais de transmission des informations mentionnées au même premier alinéa,

2^o Remplacer les mots :

le montant de la pénalité qui ne peut excéder le montant de la base mensuelle de calcul des allocations familiales fixé en application de l'article L. 551-1, et ses modalités de recouvrement

par les mots :

les modalités de recouvrement de la pénalité

OBJET

Le présent amendement du groupe socialiste commence par retirer le risque d'amalgame entre le « silence gardé » et le « refus » de transmettre les informations nécessaires au recouvrement de la pension alimentaire, afin de sanctionner l'intentionnalité du refus manifeste par des pénalités de retard.

Il fixe le montant des pénalités, en respectant les pratiques en vigueur de 10 % du montant de la pension due.

Il introduit les dispositions de coordinations nécessaires à l'alinéa suivant.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

N°	156
----	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

28 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme ROSSIGNOL, MM. DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. JOMIER, Mmes LUBIN et MEUNIER, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mme LEPAGE, M. LUREL, Mmes MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 49

Supprimer cet article.

OBJET

L'article 49 demande aux assistantes maternelles de respecter des obligations de déclaration et d'information concernant leurs disponibilités d'accueil, si elles ne respectent pas ces obligations, elles pourraient se voir retirer leur agrément.

Certes, il a été dit que ce seul manquement ne pourrait constituer un motif de suspension de l'agrément ni le seul motif de son retrait, mais la rédaction actuelle de l'article 49 ne protège pas suffisamment les assistantes maternelles d'un retrait d'agrément en cas de manquement à ces obligations.

En effet, ce motif pourra néanmoins participer de la décision de retrait ; ce qui est disproportionné, d'autant que le dispositif en ligne imposé ne correspond pas aux conditions d'activité des assistantes maternelles. Le propre de leur métier est de s'adapter aux besoins spécifiques des familles, ainsi la publication d'un emploi du temps rigide ne correspond pas au fonctionnement de leur métier.

À cela nous devons ajouter que c'est une mesure discriminante, seule la maîtrise orale du français est demandée aux assistantes maternelles, il n'est pas question d'une maîtrise de l'écrit, or cela est nécessaire pour déclarer les informations demandées. De plus, toutes les assistantes maternelles n'ont pas accès à un matériel informatique, ni même à internet, notamment dans les zones blanches.

Nous comprenons bien l'intérêt d'un site tel que mon-enfant.fr pour faire face à la concurrence des plateformes privées et pour faciliter les recherches des parents. Cependant, cela ne peut être mis en place tel que le gouvernement le propose actuellement, puisqu'il n'est pas adapté au métier d'assistante maternelle.

Nous ne sommes pas contre une meilleure circulation des informations, mais cela doit répondre aux spécificités de la profession, cela ne peut pas être un dispositif très générique comme celui qui nous est proposé. C'est pourquoi nous proposons la suppression de l'article 49.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)
(n^{os} 151, 153)

N°	221
----	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME, LIENEMANN
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 49

Alinéas 4 à 7

Supprimer ces alinéas.

OBJET

L'article 49 impose aux professionnels et structures d'accueil de la petite enfance à déclarer sur un site dédié leurs disponibilités d'accueil pour mieux utiliser les capacités d'accueil et favoriser notamment la réponse aux besoins d'accueil ponctuels des parents. L'ensemble de ces informations seraient centralisées sur ce site d'information déployé par la CNAF.

Cet article implique de subordonner l'agrément des assistantes maternelles à la publicité de leurs coordonnées sur ce site, le manquement des assistantes à cette obligation pouvant conduire à un retrait d'agrément. Cette possibilité ne devrait être pour elles qu'une faculté et non une obligation. C'est pourquoi, cet amendement propose de retirer les assistantes maternelles du champ d'application l'article 49.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	55 rect.
----------------	-------------

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. CANEVET, Loïc HERVÉ, BONNECARRÈRE, LE NAY et Pascal MARTIN,
Mmes SOLLOGOUB et MORIN-DESAILLY, MM. KERN et MOGA, Mme SAINT-PÉ et
MM. DELCROS, LONGEOT, JANSSENS et CAZABONNE

C	Défavorable
G	Défavorable
Tombé	

ARTICLE 49

Alinéas 4 à 6

Supprimer ces alinéas.

OBJET

La publication en ligne de l'identité et des coordonnées des assistants maternels doit permettre de faciliter aux parents la recherche d'une place pour leurs enfants de moins de six ans. L'alinéa 3 du présent article vise à encourager cette publication.

Toutefois, la subordination de l'obtention de l'agrément nécessaire pour exercer la profession d'assistant maternel à la publication de ces informations personnelles porte une atteinte excessive à la liberté des assistants maternels. Ces derniers doivent pouvoir choisir librement de diffuser ces informations à caractère personnel, qui peuvent, dans certains cas, menacer leur sécurité et celle de leurs proches (cas des assistantes maternelles épouses de militaires ou de membres des forces de l'ordre par exemple).

La suppression des alinéas 4 à 6 du présent article vise donc à supprimer le caractère obligatoire et contraignant de la publication de l'identité et des coordonnées des assistants maternels.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

N°	236
----	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

28 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Défavorable
G	
Retiré	

Mme SCHILLINGER, MM. AMIEL, LÉVRIER et THÉOPHILE, Mme CARTRON, MM. BARGETON, BUIS et CAZEAU, Mme CONSTANT, MM. de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, IACOVELLI, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILIH, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT, MM. RICHARD, YUNG et les membres du groupe La République En Marche

ARTICLE 49

I. – Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les organismes en charge de cette mission de service public informent et proposent un accompagnement dans les démarches de déclaration à destination des services gérés par une personne physique de droit privé accueillant des enfants de moins de six ans. » ;

II. – Alinéa 6, seconde phrase

Après les mots :

ne peut constituer

rédiger ainsi la fin de cette phrase :

un motif de suspension ou de retrait de l'agrément.

III. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article 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.

OBJET

L'article 49 prévoit un dispositif d'information des disponibilités de garde pour l'accueil des jeunes enfants qui permettra d'améliorer et de faciliter leur accès.

Ce dispositif s'adresse aux structures d'accueil mais également aux assistants maternels. L'article prévoit des sanctions en cas de manquement à cette obligation.

Considéré comme disproportionné, lors de son examen en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale les députés ont souhaité supprimer la suspension de l'agrément.

Or, le défaut d'information ne peut être constitutif, même à titre subsidiaire, d'un retrait de l'agrément qui, pour rappel, emporte des conséquences lourdes. Prévu au même article L 421-6, il se fait à l'initiative du président du conseil départemental, et n'est pas soumis aux mêmes conditions d'urgence que la suspension. Néanmoins, les procédures de retrait d'agrément concernent principalement le refus de suivre une formation obligatoire, des faits de maltraitance comparables à ceux qui peuvent justifier une suspension d'agrément ou une situation autre, incompatible avec l'accueil de mineurs. Comme la suspension, le retrait d'agrément entraîne la rupture immédiate du contrat de travail signé entre les responsables du mineur et l'assistant maternel.

Le groupe LaREM qui salue l'objectif de cet article souhaite tout de même assouplir les sanctions envisagées à l'égard des assistants maternels. Ainsi, le groupe LaREM souhaite inciter ces professionnels par la mise en place d'un accompagnement plutôt qu'une coercition. Cet accompagnement permettra aux assistants maternels d'envisager au mieux cette nouvelle faculté.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	222
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 51

Supprimer cet article.

OBJET

L'article 51 du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020 prévoit la poursuite de l'expérimentation en cours de fusion des caisses de Sécurité sociale au sein d'un organisme unique.

Créée en 2007, seuls quatre départements français ont expérimenté la fusion des caisses de Sécurité sociale : la Lozère, la Creuse, le Lot et la Guyane.

L'article 51 vise à étendre l'expérimentation réservée actuellement aux seuls départements « sous-dense » en supprimant cette condition pour répondre au souhait des Hautes-Alpes de fusionner la CPAM et la CAF locales.

Nous sommes opposés à l'extension de cette expérimentation qui ouvre la boîte de Pandore de fusion des caisses de la Sécurité sociale et des services publics de proximité au sein des maisons France service.

Pour l'ensemble de ces raisons nous demandons la suppression de cet article.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)
(n^{os} 151, rapport 153)

N°	31
----	----

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. VANLERENBERGHE
au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 52

Supprimer cet article.

OBJET

Le nouveau dispositif de sous-revalorisation des prestations sociales proposé cette année par le Gouvernement constitue un nouveau coup porté au pouvoir d'achat des retraités moyens, n'ayant que leur pension pour vivre, et des familles.

Il est en outre fragile d'un point de vue constitutionnel en ce qu'il entraîne une rupture d'égalité devant le principe contributif entre les assurés.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	151
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. JOMIER, Mmes LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mmes LEPAGE, MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 52

Supprimer cet article.

OBJET

Cet article prévoit par dérogation à l'article L. 161-25 du Code de la sécurité sociale une revalorisation des certaines prestations de seulement 0,3 % pour les années 2019 et 2020.

Il ne saurait donc être dérogé au principe de revalorisation des prestations d'aide sociale en fonction de l'inflation, les modalités de revalorisation prévues à l'article L 161-25 du code de la sécurité sociale doivent continuer à s'appliquer. Tel est l'objet de cet amendement proposé par l'UNIOPSS.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N°	223
----	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME, LIENEMANN
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 52

Supprimer cet article.

OBJET

Cet article prévoit la sous revalorisation des prestations sociales au regard de l'inflation réelle.

Hormis les retraites inférieures à 2000 euros, les allocations familiales et les pensions de retraite supérieures au seuil précité ne seront augmentées que de 0,3 % l'année prochaine, c'est-à-dire un pourcentage inférieur à l'inflation prévue à 1 % en 2020 selon les prévisions.

Or, selon le principe général de l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, la revalorisation des prestations sociales est indexée sur l'inflation afin d'éviter une perte de pouvoir d'achat des bénéficiaires des prestations sociales.

Alors que le gouvernement prétend défendre le pouvoir d'achat à travers ce PLFSS 2020, cet article démontre le contraire en s'attaquant aux prestations des ménages y compris des personnes souffrant de maladies professionnelles.

C'est pourquoi nous en demandons la suppression.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

N°	6
----	---

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

27 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Défavorable
G	
Tombé	

Mme NOËL, MM. Bernard FOURNIER, PELLELAT et MORISSET, Mme DEROMEDI, M. CHATILLON, Mmes EUSTACHE-BRINIO et GRUNY, M. DUFAUT, Mme LAVARDE, M. BONHOMME, Mmes GARRIAUD-MAYLAM et MICOULEAU, MM. REGNARD et RAPIN, Mme RENAUD-GARABEDIAN, M. BABARY, Mme MORHET-RICHAUD, M. CHARON, Mme BONFANTI-DOSSAT, M. PEMEZEC, Mme DURANTON et MM. PANUNZI, BASCHER, GENEST et GREMILLET

ARTICLE 52

Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Les prestations mentionnées à l'article L. 511-1 du même code ;

OBJET

En 2020, l'article 52 conduit à ce que 100 millions d'euros supplémentaires vont être retirés aux familles via une nouvelle sous-indexation des prestations familiales. Le quasi-gel des prestations familiales sur 2 ans devrait ainsi conduire à une économie de 400 millions d'euros aux dépens des familles.

La sous-indexation a plusieurs effets :

- les familles les plus modestes ne sont pas épargnées dans un contexte où l'ensemble des prestations

familiales (prime de naissance, allocations familiales, agences régionales de santé (ARS), complément familial...) sont sous condition de ressources ;

- Vient s'ajouter pour ces familles la désindexation de l'aide personnalisée au logement (APL) prévue par le PLF 2020, alors que les charges de logement sont le premier poste de dépenses des familles ;

- Ce sont les familles de 3 enfants et plus qui sont les plus touchées ;

- les familles monoparentales – pourtant citées comme prioritaires dans le PLFSS 2020, subissent aussi de plein fouet ce quasi-gel de prestations familiales.

Pour l'ensemble de ces raisons, à l'image de ce qui est envisagé pour les retraites inférieures à

2 000 €, le présent amendement a pour objet de revaloriser, pour 2020, le montant de toutes les prestations familiales selon l'inflation et non pas de 0,3 %.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N°	224
----	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 53

Alinéas 1 à 8

Supprimer ces alinéas.

OBJET

Le I de l'article 53 vise à simplifier la transition entre AAH et retraite à travers un régime de substitution de la pension de vieillesse pour inaptitude pour les bénéficiaires de l'AAH.

Or le régime de substitution prête à confusion et laisse entendre que les droits à l'AAH prendraient fin automatiquement et que le cumul avec l'AAH ne serait plus possible.

Les auteur.e.s de l'amendement proposent donc de supprimer cette disposition.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, rapport 153)

N ^o	32
----------------	----

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. VANLERENBERGHE
au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 54

I. – Après l'alinéa 1

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

1^o A Après le premier alinéa de l'article L. 242-5, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le II de l'article L. 130-1 n'est pas applicable à la détermination du taux de cotisation mentionné au présent article. » ;

II. – Après l'alinéa 11

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

I bis. – Après le premier alinéa de l'article L. 751-13 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le II de l'article L. 130-1 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable à la détermination du montant de la cotisation mentionnée au présent article. »

III. – Alinéa 12

Remplacer les mots :

2^o et 3^o du I

par les mots :

1^o A, 2^o et 3^o du I et le I bis

IV. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article 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.

OBJET

Cet amendement vise à exclure le calcul du taux de cotisation AT-MP de la mesure de gel à la hausse des effectifs prévue par la loi « Pacte ».

Une mesure de gel de la loi « Pacte » est destinée à atténuer les effets de franchissement de seuil en retardant leur application pendant cinq ans, notamment en termes de modifications des modalités de calcul des charges sociales, pour les entreprises dont les effectifs fluctuent. Toutefois, cette mesure de gel n'est pas pertinente pour le calcul du taux de cotisation AT-MP qui est déjà conçu pour lisser l'impact de la hausse des effectifs en prenant en compte une individualisation progressive du taux.

La mesure de gel à la hausse des effectifs aurait en effet pour conséquence de créer, pour les entreprises en croissance, un effet de seuil à l'issue de la période d'observation de cinq ans et de déconnecter, pendant cette période, le taux de cotisation AT-MP de l'incitation à la prévention des risques professionnels. Les entreprises ayant une sinistralité plus faible que celle de leur catégorie de risque seraient ainsi pénalisées et ne pourraient pas bénéficier avant cinq ans d'une réduction de leur taux de cotisation.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	225
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME, LIENEMANN
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Tombé	

ARTICLE 54

Alinéas 6 à 13

Supprimer ces alinéas.

OBJET

Les bénéficiaires d'une rente accidents du travail – maladies professionnelles (AT/MP) ont la possibilité de demander la conversion d'une partie de celle-ci en capital.

Le présent article vise à supprimer cette possibilité.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	152
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Tombé	

Mme FÉRET, MM. DAUDIGNY et KANNER, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. JOMIER, Mmes LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mme LEPAGE, M. LUREL, Mmes MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 54

Alinéas 7 à 13

Supprimer ces alinéas.

OBJET

Cet amendement vise à supprimer les dispositions prévoyant la suppression du dispositif de rachat de rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle qui réduit les options des personnes en situation de handicap et porte ainsi atteinte à leur liberté de choix.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	102 rect. bis
----------------	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE30 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

MM. CHASSEING, GUERRIAU, DECOOL, MENONVILLE et FOUCHÉ, Mme MÉLOT,
MM. LAGOURGUE, LAUFOAULU, CAPUS, WATTEBLED, Alain MARC, GABOUTY, LONGEOT,
LEFÈVRE, de NICOLAY et BONHOMME, Mmes GUILLOTIN et GUIDEZ, M. Henri LEROY,
Mme BILLON et MM. BOUCHET et LAMÉNIE

C	Avis du Gouvernement
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 55

Après l'article 55

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 323-6 est ainsi modifié :

a) Le 4° est ainsi rédigé :

« 4° De s'abstenir de toute activité professionnelle donnant lieu à des revenus d'activité ou rémunération ; »

b) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« En cas de non-respect du 4°, peut être prononcée une sanction financière prévue à l'article L. 114-17. » ;

2° Le 3° de l'article L. 324-1 est ainsi rédigé :

« 3° De s'abstenir de toute activité professionnelle donnant lieu à des revenus d'activité ou rémunération ; ».

OBJET

Cet article se rapporte à l'article 56.

La notion d'activité autorisée ou non autorisée lors des arrêts de travail n'est pas juridiquement définie, il peut donc s'agir d'activités de loisirs, sportives, politiques ou sociales voire familiales.

Dans un arrêt du 15 juin 2017, sur la base des dispositions prévues à l'article L323-6 du Code de la Sécurité sociale, la Cour de cassation a précisé qu'un salarié bénéficiant d'un arrêt de travail pour une maladie ou un accident ne peut exercer aucune activité qui ne soit pas expressément autorisée par le médecin traitant. En l'espèce, la Cour a validé l'obligation faite à un salarié de restituer les indemnités journalières perçues pour un arrêt de travail car celui-ci s'était rendu à quelques réunions de conseil municipal et d'associations pendant la période d'arrêt, au sein des horaires de sorties autorisées.

Or, dans les faits, de nombreux médecins encouragent, des personnes à avoir des activités pendant leur arrêt de travail, notamment quand il s'agit d'arrêts liés à une affection psychique ou mentale, ou à une maladie chronique, pour lesquelles une activité en dehors de l'activité professionnelle peut s'avérer bénéfique à l'amélioration de l'état de santé et susceptible d'accélérer la reprise d'activité professionnelle.

C'est pourquoi, cet amendement vise à préciser la notion d'activité en cas d'indemnité journalière et faciliter le maintien d'activité en dehors de l'activité professionnelle, telle que par exemple la représentation des usagers du système de santé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	7
----------------	---

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Tombé	

Mme NOËL, MM. Bernard FOURNIER, PELLELAT et MORISSET, Mme DEROMEDI,
MM. PONIATOWSKI et CHATILLON, Mmes EUSTACHE-BRINIO et GRUNY, M. BONHOMME,
Mmes GARRIAUD-MAYLAM et MICOULEAU, M. REGNARD,
Mmes RENAUD-GARABEDIAN et MORHET-RICHAUD, M. CHARON,
Mmes BONFANTI-DOSSAT et DURANTON, M. PANUNZI, Mme LAMURE et MM. GENEST et
GREMILLET

ARTICLE 56

Alinéas 4 à 7

Supprimer ces alinéas.

OBJET

Dans cet article, il est prévu une réduction des indemnités journalières (IJ) pour les parents de familles nombreuses. Alors qu'aujourd'hui à partir du 31^e jour de maladie, le parent de famille nombreuse bénéficie d'une IJ au taux majoré de 66,6 %, il s'agit par cet article de réduire l'IJ au taux de 50 %.

Le risque est important de porter atteinte aux droits de parents malades sur une longue durée (plus d'1 mois), ayant 3 enfants ou +, dès lors qu'ils sont récents dans une entreprise ou bien salariés d'une entreprise offrant peu de droits et notamment pas le maintien du salaire.

Beaucoup d'entreprises vont devoir compenser et supporteront donc une charge nouvelle. Certaines ne compenseront pas : alors, des familles déjà très fragilisées vont subir des pertes d'indemnisation.

Aucune mesure d'impact de cette mesure sur les familles ni même sur les entreprises n'est présentée. Sur le plan des principes, il s'agit d'un recul de la solidarité nationale. Dans la vie quotidienne des familles, la maladie de parents de familles nombreuses – au sein desquelles la mono-activité et les temps partiels sont plus fréquents - fragilise davantage ces foyers et la situation des enfants.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	153
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Tombé	

Mme LUBIN, MM. DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. JOMIER, Mmes MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mme LEPAGE, M. LUREL, Mmes MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 56

Alinéas 4 à 7

Supprimer ces alinéas.

OBJET

Cet amendement issu d'une proposition de l'UNAF propose de supprimer cet article 56 qui prévoit une réduction des indemnités journalières pour les parents de familles nombreuses.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	226
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME, LIENEMANN
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Tombé	

ARTICLE 56

Alinéas 4 à 7

Supprimer ces alinéas.

OBJET

L'article 56 prévoit une réduction des indemnités journalières (IJ) en cas d'arrêt de travail pour les parents de familles nombreuses en fixant un unique taux de remplacement par les indemnités journalières servies par l'assurance maladie, à hauteur de 50 % des revenus antérieurs, quelle que soit la composition familiale.

Alors qu'aujourd'hui à partir du 31^e jour de maladie, le parent de famille nombreuse bénéficie d'une indemnité journalière au taux majoré de 66,6 %, il s'agit par cet article de réduire l'indemnité au taux de 50 % des revenus antérieurs.

Le risque est important de porter atteinte aux droits de parents malades sur une longue durée (plus d'1 mois), notamment lorsque cela concerne des salariés d'une entreprise offrant peu de droits en termes de maintien du salaire.

Ces dispositions actent le recul de la solidarité nationale. Dans la vie quotidienne des familles, la maladie de parents de familles nombreuses fragilise davantage ces foyers et la situation des enfants.

C'est pourquoi nous demandons la suppression de ces dispositions.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, rapport 153)

N ^o	33
----------------	----

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. VANLERENBERGHE
au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 56

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée:

Pour les assurés ayant un nombre d'enfants minimum à charge, au sens de l'article L. 161-1, cette indemnité représente une fraction plus élevée du gain journalier de base, après une durée déterminée.

OBJET

Cet amendement vise à maintenir la majoration des indemnités journalières au bénéfice des familles nombreuses.

En l'état actuel du droit, les personnes ayant au moins trois enfants à charge qui subissent un arrêt maladie perçoivent, à partir du 31^e jour d'arrêt, une indemnité journalière équivalente aux deux-tiers de leur salaire de référence au lieu de 50 %.

L'article 56 du PLFSS prévoit notamment de réécrire l'article L. 323-4 du code de la sécurité sociale, relatif au calcul du montant des indemnités journalières versées en cas d'arrêt maladie. La rédaction proposée opère plusieurs modifications d'ordre rédactionnel mais supprime également la disposition relative à la majoration des indemnités journalières pour les familles nombreuses.

Selon les informations communiquées à votre rapporteur par la direction de la sécurité sociale, entre 70 000 et 80 000 assurés seraient concernés par la suppression de cette majoration.

La majorité d'entre eux (85 %) bénéficient, en application de l'article L. 1226-1, d'un complément de leur employeur leur permettant de percevoir 90 % ou les deux tiers de leur salaire de référence pendant une période qui croît avec leur ancienneté. La suppression de la majoration des indemnités versées par la sécurité sociale se traduirait donc par un

transfert de charge de la solidarité nationale vers les employeurs privés qui n'apparaît pas justifié.

Surtout, les 15 % d'assurés qui verraient leurs indemnités baisser sans bénéficier d'un complément de leur employeur sont parmi les travailleurs les plus précaires puisqu'il s'agit notamment des salariés qui ont moins d'un an d'ancienneté, des travailleurs à domicile et des salariés saisonniers, intermittents ou temporaires.

Votre rapporteur estime donc que l'objectif d'économies poursuivi par le Gouvernement (70 millions d'euros en année pleine) ne justifie pas les difficultés que cette mesure pourrait créer pour les assurés concernés.

Le présent amendement vise donc à maintenir le principe d'une majoration des indemnités journalières maladie pour les personnes ayant plusieurs enfants à charge.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

N°	40 rect. ter
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 151, 153)29 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

MM. MOUILLER, RETAILLEAU et VASPART, Mme RAMOND, MM. HUGONET, BOUCHET et PELLEVAT, Mmes THOMAS et CHAIN-LARCHÉ, MM. BONNE, LEFÈVRE et CALVET, Mme DEROMEDI, MM. DANESI et DAUBRESSE, Mmes MICOULEAU et Laure DARCOS, M. GREMILLET, Mme BRUGUIÈRE, M. Bernard FOURNIER, Mmes MORHET-RICHAUD et RICHER, M. CARDOUX, Mme DEROCHÉ, M. PIEDNOIR, Mme CHAUVIN, MM. MORISSET et CHAIZE, Mme Frédérique GERBAUD, MM. PIERRE, PONIATOWSKI et de NICOLAY, Mmes BERTHET, Anne-Marie BERTRAND et GRUNY, MM. DUFAUT, DUPLOMB, Jean-Marc BOYER, MAYET et SAURY, Mme LASSARADE, MM. SAVIN, CHARON, BRISSON, PERRIN et RAISON, Mme MALET, MM. KAROUTCHI, CHATILLON et MANDELLI, Mmes LOPEZ et TROENDLÉ, M. CUYPERS, Mme DI FOLCO et M. LE GLEUT

ARTICLE 59

Supprimer cet article.

OBJET

Le Gouvernement ne cesse, depuis 6 mois, d'aller de plan d'urgence en plan d'urgence. La forte mobilisation des personnels hospitaliers et des autres professionnels de santé du 14 novembre dernier l'a contraint à annoncer un nième « plan de soutien en faveur de l'hôpital ».

Les auteurs de l'amendement considèrent que les moyens indispensables pour sortir l'hôpital de la crise n'y sont pas et qu'une réforme d'ampleur est nécessaire. Ce plan se résume plutôt à un saupoudrage de mesures qu'un plan de sauvetage.

En effet, les 200 millions d'euros pour les hôpitaux et les 100 millions d'euros pour les établissements publics de gériatrie débloqués pour 2020 ne sont qu'une goutte d'eau par rapport aux besoins de l'hôpital.

Les règles d'irrecevabilité financière ne permettant pas d'amender cet article, il est donc proposé de le supprimer.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N ^o	154
----------------	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. DAUDIGNY et KANNER, Mmes FÉRET, GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. JOMIER, Mmes LUBIN, MEUNIER et ROSSIGNOL, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, MM. LECONTE, MONTAUGÉ, SUEUR, ANTISTE et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN, BONNEFOY et CONCONNE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et GILLÉ, Mmes HARRIBEY et Gisèle JOURDA, M. LALANDE, Mme LEPAGE, M. LUREL, Mmes MONIER, PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 59

Supprimer cet article.

OBJET

Les sénateurs socialistes entendent pouvoir se prononcer sur un PLFSS voué à s'appliquer en 2020 et non sur des chiffres rendus hypothétiques par les énièmes annonces de la Ministre sur l'hôpital.

La suppression de l'article portant approbation de l'Ondam et des sous-ondam vise à obtenir de la part du gouvernement respect des prérogatives des deux chambres du Parlement, sincérité budgétaire, et surtout moyens indispensables pour sortir l'hôpital de la crise sanitaire.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020

(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N°	227
----	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE28 NOVEMBRE
2019**A M E N D E M E N T**

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME, LIENEMANN
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 59

Supprimer cet article.

OBJET

Les mesures annoncées par le gouvernement dans le plan Investir pour l'hôpital sont largement insuffisantes par rapport aux besoins. Les mesures du plan « Investir » sont le fruit de la lutte des personnels hospitaliers (notamment sur la reprise de la dette) mais restent largement insuffisantes ; rien sur l'ouverture de lit, rien sur l'embauche de personnel, rien sur l'augmentation de 300 € /mois des salaires.

Rien également sur les exonérations de cotisations sociales pour trouver de nouvelles recettes, le gouvernement ne renonce pas (90 milliards d'euros de ressources en moins selon la Cour des comptes).

Pour toutes ces raisons nous demandons la suppression de cet article pour un plan véritablement à la hauteur de la crise des hôpitaux.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

(n^{os} 151, 153)

N°	228
----	-----

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME, LIENEMANN
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	
Tombé	

ARTICLE 59

Alinéa 2, tableau, seconde colonne

1° Deuxième ligne

Remplacer le nombre :

93,6

par le nombre :

73,6

2° Troisième ligne

Remplacer le nombre :

84,4

par le nombre :

94,4

3° Quatrième ligne

Remplacer le nombre :

10,0

par le nombre :

20,0

OBJET

Alors qu'une loi sur la dépendance est en préparation, il est plus qu'urgent d'investir dans nos EHPAD et ce à plusieurs titres.

D'une part, pour que cesse la maltraitance institutionnelle qui y sévit et qui a déjà été maintes fois soulignés par différents rapports.

D'autre part, pour refonder un véritable service public de l'accompagnement des personnes âgées.

Cet amendement propose d'augmenter de 10 milliards la dotation à nos EHPAD.



PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

N°	229
----	-----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n^{os} 151, 153)

28 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	
Tombé	

ARTICLE 59

Alinéa 2, tableau, seconde colonne

1° Deuxième ligne

Remplacer le nombre :

93,6

par le nombre :

88,6

2° Troisième ligne

Remplacer le nombre :

84,4

par le nombre :

89,4

OBJET

Le Plan Investir à l'hôpital prévoit 300 millions d'euros supplémentaires soit une augmentation de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à 2,45 % en 2020.

Cette revalorisation de l'enveloppe de la santé est bien en deçà des besoins de financement du service public hospitalier et manque d'ambition pour couvrir les besoins en santé de nos concitoyens.

L'ONDAM hospitalier est particulièrement impacté avec un objectif de dépenses limité à 2,4 % entraîne en réalité une compression des dépenses à hauteur de 700 millions d'euros pour l'an prochain.

Nous proposons donc, par cet amendement de fixer une nouvelle répartition de l'Ondam 2020 pour assurer une progression des dépenses à hauteur de l'évolution naturelle des dépenses de santé évaluée par la Cour des comptes de la Sécurité sociale à 4,5%, soit 5 milliards d'euros supplémentaires.

Cet amendement reprend par conséquent les revendications formulées par les collectifs, organisations syndicales, associations d'usagers et de patient.e.s de revalorisation des dépenses de l'assurance maladie.

Tel est le sens de notre amendement.



PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR
2020
(Nouvelle lecture)

N°	12
----	----

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 151, 153)

27 NOVEMBRE
2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	
Tombé	

Mme NOËL, MM. CAMBON et Daniel LAURENT, Mmes DEROMEDI, GARRIAUD-MAYLAM et MICOULEAU, M. REGNARD, Mmes RENAUD-GARABEDIAN, MORHET-RICHAUD et DURANTON et MM. PANUNZI, GENEST et GREMILLET

ARTICLE 59

Alinéa 2, tableau, seconde colonne

1° Deuxième ligne

Remplacer le nombre :

93,6

par le nombre :

93,1

2° Troisième ligne

Remplacer le nombre :

84,4

par le nombre :

84,7

OBJET

L'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé à 2,3 % en 2020, apparaît largement en deçà des besoins de financement du service public hospitalier et des besoins en santé de nos concitoyens.

L'ONDAM hospitalier est particulièrement impacté avec un objectif de dépenses limité à 2,1 %.

Le présent amendement propose une nouvelle répartition de l'ONDAM de 2020 en faveur des hôpitaux en fixant un l'ONDAM hospitalier à 2,6 % (500 millions d'euros supplémentaires) et l'ONDAM de ville à 1,9 %. Il n'y a pas lieu que les efforts qui ne sont pas demandés à la médecine de ville soient consentis en totalité par les établissements de santé publics.