

A S S E M B L É E      N A T I O N A L E

X V <sup>e</sup>      L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## Commission des affaires sociales

Mercredi

11 octobre 2017

Séance de 16 heures 30

Compte rendu n° 4

- Audition de Mme Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, et de M. Gérard Darmanin, ministre de l'Action et des Comptes publics..... 2
- Informations relatives à la Commission ..... 49
- Présences en réunion..... 50

**SESSION ORDINAIRE DE 2017-2018**

**Présidence de  
Mme Brigitte  
Bourguignon,  
*Présidente***



## COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

**Mercredi 11 octobre 2017**

*La séance est ouverte à seize heures trente.*

*(Présidence de Mme Brigitte Bourguignon, présidente)*

*La commission des affaires sociales procède à l'audition de Mme Agnès Buzyn, ministre des Solidarité et de la Santé, et M. Gérald Darmanin, ministre de l'Action et des Comptes publics*

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Mes chers collègues, notre ordre du jour appelle l'audition de Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, et de M. Gérald Darmanin, ministre de l'action et des comptes publics, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2018, et la discussion générale sur ce projet de loi.

Madame la ministre, monsieur le ministre, permettez-moi de vous souhaiter la bienvenue au nom de la commission des affaires sociales. Il est d'usage que les ministres concernés viennent présenter le PLFSS le jour même de son dépôt, et je vous remercie de vous être conformés à cet usage.

Je me félicite de la qualité des échanges qui ont précédé ce PLFSS : nous avons trouvé auprès des ministres, de leurs cabinets et des services, une qualité d'écoute et une réactivité dans les réponses qui n'ont pas toujours été de mise les années antérieures. Elles sont pourtant cruciales compte tenu des délais d'examen de ce texte.

Je regrette néanmoins que nous ne disposions qu'aujourd'hui du texte officiellement déposé, pour un examen en commission la semaine prochaine. Je n'en fais naturellement pas grief à nos ministres, qui sont comme nous enfermés dans les délais constitutionnels. Mais, dans une période de réflexion sur notre Constitution et sur le fonctionnement de l'Assemblée nationale, nous devons agir collectivement pour que ce PLFSS soit le dernier examiné dans ces conditions.

Pour terminer, je vous invite toutes et tous à la concision, afin que les ministres puissent répondre à chacun.

**Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé.** Madame la présidente, monsieur le rapporteur général, mesdames et messieurs les députés, je suis heureuse de vous présenter, avec Gérald Darmanin, le premier projet de loi de financement de la sécurité sociale de cette législature.

Ce PLFSS est un texte dense, un texte qui fait des choix et qui définit une orientation politique forte. C'est le PLFSS des engagements tenus ; c'est un PLFSS de responsabilité, de solidarité, de transformation.

Nous tenons nos engagements sur le pouvoir d'achat, sur l'aide aux entreprises et aux entrepreneurs, sur la disparition du régime social des indépendants (RSI) et son absorption par le régime général, sur la priorité donnée à la prévention et sur l'attention portée à ceux de nos concitoyens qui sont dans les situations les plus difficiles.

Si le PLFSS permet de tenir les engagements pris devant les Français, c'est parce qu'il est un PLFSS de responsabilité. En tant que ministre chargée des solidarités, je suis particulièrement attentive à l'équilibre des comptes, qui conditionne la confiance à moyen et long terme dans notre système de protection sociale.

Le déficit de la sécurité sociale – régime général et Fonds de solidarité vieillesse (FSV) – devrait s'établir en 2017 à 5,2 milliards d'euros, en amélioration de 2,6 milliards d'euros par rapport à 2016. En 2018, le déficit devrait être de 2,2 milliards d'euros, soit une nouvelle amélioration de 3 milliards d'euros : c'est le déficit le plus faible depuis 2001.

Nous sommes donc clairement sur la trajectoire du retour à l'équilibre à l'horizon 2020, conformément à l'engagement pris par le Premier ministre dans son discours de politique générale.

Ce PLFSS est aussi celui de la solidarité : parce que c'est un PLFSS de responsabilité, nous avons opéré des choix, mais ces choix privilégient les personnes et les familles les plus en difficulté, pour lesquelles la solidarité nationale doit jouer en priorité.

Ma première préoccupation, ce sont les petites retraites. Le PLFSS revalorise le minimum vieillesse. Le Président de la République s'est engagé à le revaloriser de 100 euros : cela commencera dès le 1<sup>er</sup> avril prochain avec une augmentation de 30 euros, puis de 35 euros en 2019, et de 35 euros en 2020. Nous atteindrons donc l'objectif en deux ans et demi.

Nous harmoniserons la date des revalorisations des avantages vieillesse au 1<sup>er</sup> janvier, en avançant celle du minimum vieillesse de trois mois et en reculant celle de pensions de trois mois. C'est une mesure qui représente un moindre gain temporaire pour les pensionnés, mais elle doit être mise en regard de l'effort de solidarité très important que représente la revalorisation du minimum vieillesse : l'effort sur trois ans dépasse 500 millions d'euros.

Je veux également mieux répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Nous créerons des places nouvelles : 4 500 places d'hébergement permanent en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et 1 500 places d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire. Nous consacrons 100 millions d'euros à l'encadrement en soins des EHPAD, pour mieux répondre au vieillissement et à la maladie.

Par ailleurs, le déploiement d'astreintes infirmières la nuit permettra une meilleure évaluation et prise en charge des difficultés survenant la nuit. Des hospitalisations inutiles seront ainsi évitées. C'est, vous le savez, une des préconisations du récent rapport de Mme Iborra sur les EHPAD et je considère qu'il s'agit là effectivement d'une forme d'organisation adaptée et qui a fait ses preuves.

En matière de politique familiale, le PLFSS traduira la priorité que je donne aux familles qui ont le plus de difficultés et en particulier aux familles monoparentales, dont une sur trois est pauvre.

Je veux rappeler ici les orientations de la politique familiale que j'entends mener, et dont j'ai exposé les axes au conseil d'administration de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) il y a un mois : augmenter et améliorer les solutions de garde des jeunes enfants ; créer une véritable politique de soutien à la parentalité ; soutenir les familles fragiles,

notamment monoparentales, et permettre aux femmes de travailler quelle que soit leur situation ; enfin, lutter contre la pauvreté des enfants.

Plusieurs dispositions du PLFSS permettront d'augmenter les prestations à destination des familles les plus fragiles. Les familles nombreuses les plus pauvres bénéficieront d'une hausse de 17 euros par mois du complément familial majoré au 1<sup>er</sup> avril 2018 : 450 000 familles sont concernées. Pour les familles monoparentales, le montant de l'allocation de soutien familial sera revalorisé, au 1<sup>er</sup> avril également : 750 000 familles sont concernées.

Le montant maximum de l'aide à la garde d'enfants pour les parents qui recourent à un assistant maternel, une garde à domicile ou une micro-crèche augmentera de 30 %. À titre d'exemple, un parent isolé avec un enfant, qui perçoit 2 000 euros de revenus et qui emploie directement une assistante maternelle, percevra jusqu'à 138 euros de plus pour payer la garde de son enfant.

Nous faisons également évoluer le barème et le montant de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), mais ce faisant, nous dégageons des marges d'action pour satisfaire aux besoins prioritaires et nous redonnons une cohérence à la façon dont s'articulent les différentes prestations. De plus, nous mettons fin au gel, depuis près de cinq ans, de la prime de naissance. Nous n'appliquons les mesures sur la PAJE qu'au flux des bénéficiaires, c'est-à-dire seulement pour les enfants nés à compter du 1<sup>er</sup> avril. Il n'y a aucune famille perdante.

C'est enfin le PLFSS de la transformation.

L'ambition de réforme concerne d'abord le champ de la protection sociale.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, le RSI est supprimé et adossé au régime général. C'est l'une des réformes les plus importantes depuis la création de la sécurité sociale en 1945 ; nous nous donnons donc les moyens et le temps nécessaires pour la réussir. Une période de deux ans sera ouverte, pour faire évoluer les organisations et mener le dialogue social.

Nous avons, Gérard Darmanin et moi-même, eu l'occasion de dire aux personnels du RSI et des organismes conventionnés toute l'attention que nous portons à cette mutation. La dimension sociale du projet est pour moi un point d'attention prioritaire. Ils ne doivent pas être les perdants de cette évolution.

L'ambition de transformation concerne également le champ de la santé. Je construis, vous le savez, une stratégie nationale de santé, qui sera présentée au mois de décembre, et qui sera le cadre d'un plan national et de plans régionaux de santé, au printemps.

Cette stratégie établit quatre priorités : prévention, égal accès aux soins, innovation, pertinence et qualité des soins.

En matière de prévention, le PLFSS comporte deux mesures très fortes et emblématiques de cette démarche. J'attends de nos débats qu'elles soient confortées par votre Assemblée.

Tout d'abord, nous voulons rendre obligatoires pour les jeunes enfants onze vaccins, dont huit étaient jusqu'à présent simplement recommandés et trois déjà obligatoires. Sept à huit enfants sur dix les reçoivent déjà : ce n'est donc pas un bouleversement des habitudes. Ce

taux est toutefois insuffisant pour éviter des épidémies : la protection de chacun dépend de la mobilisation de tous et la puissance publique doit prendre ses responsabilités.

Ce PLFSS prévoit également une hausse importante des prix du tabac, sur trois ans, avec un euro de plus par paquet dès le 1<sup>er</sup> mars 2018. Le tabagisme en France, c'est près de 80 000 morts, des vies abrégées, des souffrances que l'on pourrait éviter.

Je veux dire ici le dialogue constructif que j'ai eu avec le ministre des comptes publics pour progresser vers cet objectif majeur de santé publique. Nous accompagnerons cette hausse par la prévention, par l'accompagnement des fumeurs souhaitant s'arrêter, mais aussi par une lutte acharnée contre les marchés parallèles.

L'égalité d'accès aux soins comporte une double dimension, sociale et territoriale.

Le PLFSS ne comporte pas directement de dispositions relatives au « reste à charge zéro » mais j'ai proposé, vous le savez, de reporter la mise en œuvre du règlement arbitral dans le domaine dentaire afin de rouvrir un espace de négociation avec les professionnels ; la négociation qui s'est ouverte doit prendre en compte l'objectif du « reste à charge zéro ».

Ce chantier comprend en outre l'optique et les audioprothèses et je ferai connaître très rapidement le cadre de travail et de concertation, pour aboutir en tout état de cause avant la fin du premier semestre 2018. Certains éléments figureront sans doute dans le PLFSS pour 2019.

Pour ce qui est de l'égalité dans les territoires, je présenterai dans deux jours un plan d'action. Le PLFSS permettra déjà de généraliser l'usage de la téléconsultation et de la téléexpertise, en les sortant de leur cadre expérimental et en les faisant entrer dans le droit commun.

S'agissant de l'innovation et de la pertinence des soins, je veux en particulier faciliter l'expérimentation de formes d'organisation et de rémunération nouvelles qui permettront de dépasser les logiques sectorielles de la ville et de l'hôpital, de rémunérer par exemple au forfait des séquences de soins, de prendre en considération la prévention mais aussi la pertinence des actes réalisés et donc d'abandonner le schéma de rémunération uniquement à l'acte. Je vous propose d'adopter un cadre général, valable pour le quinquennat, qui permettra de lancer et d'évaluer ces expérimentations.

Mon objectif est de faire évoluer et de compléter les dispositifs actuels – rémunération à l'acte ou tarification à l'activité (T2A). Le levier tarifaire, j'en suis convaincue, est fondamental pour aller vers plus de prévention et plus de pertinence des soins, avec des parcours de soins coordonnés.

Ce PLFSS de transformation s'inscrit dans le cadre d'un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé à 2,3 %. Ce taux, conforme à l'engagement du Président de la République, est supérieur à celui des trois années précédentes. Il consacre 4,4 milliards d'euros supplémentaires à la couverture des soins. Il tient compte des engagements déjà souscrits, dont la convention médicale signée en 2016 avec les professionnels libéraux. Ses conséquences, importantes en 2017, le seront plus encore en 2018 : c'est pourquoi le sous-objectif des soins de ville sera supérieur au taux global d'ONDAM, à 2,4 %. Cette convention va dans le sens des orientations que j'ai fixées : elle

valorise mieux l'action des généralistes et prend mieux en considération notamment les actes complexes ou réalisés dans des situations d'urgence.

L'évolution des recettes des établissements sera, quant à elle, de 2,2 %, soit un taux supérieur à l'an passé, grâce à l'apport du relèvement de deux euros du forfait journalier, qui n'a pas augmenté depuis 2010. Ce relèvement correspond à l'inflation constatée depuis lors et anticipée pour 2018.

Un ONDAM à 2,3 % reste un ONDAM exigeant, qui repose sur un montant important d'économies par rapport au tendanciel – il s'agit bien du tendanciel et non d'une économie nette, puisque la prévision de croissance des dépenses était pour 2018, je le rappelle, de 4,5 milliards d'euros.

J'entends les critiques de l'industrie du médicament puisque les hypothèses sous-jacentes à la construction de l'ONDAM prévoient des baisses de prix de près d'un milliard d'euros, après d'autres intervenues les années précédentes. Je voulais toutefois signaler que nous avons revu à la hausse cette année, à 3 %, le taux Lh destiné à stimuler l'évolution des prescriptions hospitalières, et qui concerne les produits les plus innovants.

J'entends aussi les critiques de l'industrie ou des distributeurs de dispositifs médicaux. Je suis prête à une discussion sur le contenu du texte, pourvu que l'on en respecte l'esprit, c'est-à-dire la recherche d'une plus grande pertinence dans la prescription et l'usage de ces dispositifs.

L'ONDAM est exigeant mais c'est cette exigence qui permettra un investissement immobilier et numérique de 400 millions d'euros et l'amélioration des prises en charge médico-sociales, dont la dépense progresse de 2,6 %.

Nous avons voulu, Gérard Darmanin et moi-même, donner du sens à ce PLFSS, c'est-à-dire mettre en œuvre des réformes concrètes et les expliquer à nos concitoyens. Donner du sens, c'est aussi engager des chantiers de transformation en profondeur de notre système de santé et de notre système de protection sociale pour les améliorer et les adapter à notre société, en pensant ces évolutions à long terme. Cela correspond au mandat qu'ont donné les Français à leurs représentants en juin dernier.

**M. Gérard Darmanin, ministre de l'action et des comptes publics.** Madame la présidente, monsieur le rapporteur général, mesdames et messieurs les députés, je suis très honoré de vous présenter, aux côtés d'Agnès Buzyn, le premier projet de loi de financement de la sécurité sociale de la législature. Je vais apporter certains éléments complémentaires.

Je m'arrêterai d'abord sur la contribution de l'ensemble des branches au rétablissement des comptes publics.

Pour la huitième année consécutive, l'ONDAM est tenu, avec 4,1 milliards d'économies ; en matière de gestion administrative des caisses, les dépenses sont maîtrisées. En 2017, et sans doute en 2018, si l'on suit l'avis du Haut Conseil de finances publiques et le consensus des économistes, l'amélioration de la conjoncture économique se traduira par une hausse du produit des cotisations sociales, assises sur une masse salariale qui devrait augmenter de 3,3 % en 2017 et de 3,1 % en 2018.

Le déficit de l'assurance maladie revient à 4,1 milliards d'euros, soit une amélioration de 700 millions d'euros en un an. C'est le meilleur résultat depuis 2001. La

branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) est excédentaire de plus d'un milliard d'euros. L'équilibre de la branche vieillesse du régime général continue de s'améliorer ; elle est excédentaire de plus d'1,3 milliard d'euros. Enfin, la branche famille devient, pour la première fois depuis dix ans, excédentaire à plus de 300 millions d'euros. Par ailleurs, le déficit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) se stabilise en 2017.

En 2018, l'effort de maîtrise de la dépense est amplifié. Nous établissons une stratégie pour plusieurs années, et nous souhaitons un désendettement social de grande ampleur.

La baisse de l'endettement se poursuit. Depuis 2015, le montant total de la dette sociale régresse. Ce mouvement s'est accéléré en 2017 : au 31 décembre, la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) aura remboursé en une seule année quelque 15 milliards, ce qui porterait le montant total de la dette amortie à la fin de l'année 2017 à 139,5 milliards d'euros, soit environ la moitié de la dette totale accumulée.

Compte tenu du déficit du régime général et du FSV prévu pour 2017, qui s'élève à 5,2 milliards d'euros, cette opération représente un désendettement net pour la sécurité sociale de plus de 10 milliards d'euros. Dans la trajectoire pluriannuelle que nous vous présentons aujourd'hui, ce désendettement se poursuivra pour permettre le remboursement complet de la dette sociale en 2024.

La loi de programmation des finances publiques prévoit la remise au Gouvernement, avant le 31 mars 2018, d'un rapport sur les relations financières entre l'État et la sécurité sociale, dans le contexte du retour à l'équilibre de celle-ci alors même que le budget de l'État présente un déficit important.

Au-delà, je souligne que le PLFSS complète le PLF. Leur philosophie est la même et le débat doit les embrasser tous deux.

Mme la ministre a parlé de la suppression du régime social des indépendants, je n'y reviens donc pas.

Le soutien du pouvoir d'achat passe d'abord par la baisse des cotisations sociales, financée par une hausse de la CSG. Ce sont près de 3 milliards d'euros qui seront ainsi redistribués en 2018 au profit des actifs. Le gain pour un salarié au SMIC sera l'année prochaine de 160 euros environ ; la CSG augmentera tandis que les cotisations sociales diminueront, et cela en deux temps. En année pleine, le gain de pouvoir d'achat sera de 263 euros par an en 2019 pour une personne seule rémunérée au SMIC.

Le soutien aux entrepreneurs passe principalement par la transformation du CICE en baisse de charges. Cela rend le CICE moins incertain. En 2019, pour la première fois dans notre histoire, nous serons à zéro charge au niveau du SMIC. C'est un avantage important pour les entreprises qui embauchent, et une demande très forte de leur part. Cette mesure touche aussi le monde de l'économie sociale et solidaire et le monde associatif.

Il faut aussi souligner l'élargissement de l'aide au chômeur créant ou reprenant une entreprise (ACCRE) aux indépendants en 2019. Le Premier ministre l'a annoncé lors d'un déplacement à Dijon, et cette mesure figure dans le projet de loi que nous vous présentons.

Je voudrais revenir avec vous sur les mesures qui concernent la CSG, afin que nous soyons tous d'accord sur les chiffres et que le débat soit politique.

Souvent, les tableaux qui vous sont présentés utilisent le revenu fiscal de référence (RFR), qui figure sur la feuille d'impôt ; mais ce n'est pas tout à fait la même chose que le revenu net, à 10 % ou 15 % près. C'est un premier point auquel il faut porter attention.

De plus, la hausse de 1,7 point de la CSG sera entièrement déductible de l'assiette utilisée pour le calcul de l'impôt sur le revenu. C'est un point important. Un abattement est en outre appliqué aux personnes de plus de 65 ans.

Il y a donc deux seuils pour le déclenchement de l'augmentation de CSG. En parlant en revenu net par mois, référence habituelle de nos électeurs, un retraité âgé de moins de 65 ans touchant une pension inférieure à 1 289 euros par mois ne sera pas concerné par l'augmentation ; s'il a plus de 65 ans, le seuil sera de 1 394 euros. Pour une personne seule, si l'on revient au RFR, les seuils seront après la revalorisation du 1<sup>er</sup> janvier 14 404 euros ; pour un couple, 22 096 euros ; pour un couple avec un enfant, 25 942 euros.

Par ailleurs, la commission des finances vient de voter le dégrèvement de la taxe d'habitation (TH) pour 80 % des ménages sur trois ans, inscrit dans le PLF. Un contribuable touchant 2 500 euros nets par mois verra sa taxe d'habitation diminuer d'un tiers dès l'an prochain.

Les retraités âgés de plus de 65 ans qui gagnent moins de 1 394 euros ne paieront pas l'augmentation de la CSG, et un grand nombre d'entre eux cesseront de payer la TH. Tous ceux qui gagnent plus de 1 394 euros et moins de 2 500 euros verront leur TH diminuer largement. Mais, Effectivement, ceux qui gagnent plus de 2 500 euros par mois devront continuer de payer la TH et paieront une CSG très légèrement plus importante.

Cela posé, notre débat pourra être philosophique. Pour financer notre modèle de protection sociale, nous substituons la CSG – qui pèse sur l'ensemble des revenus, y compris ceux du capital – à des cotisations sociales assises exclusivement sur le travail. Ce mouvement est complété, du côté des dépenses, par une universalisation, avec un accès au régime de droit commun de populations spécifiques – étudiants pour l'assurance maladie, démissionnaires et indépendants pour l'assurance chômage.

Il s'agit d'une évolution très profonde, voulue par le Gouvernement et le Président de la République : nous passons d'un modèle assurantiel, dit « bismarckien », fondé sur les cotisations sociales et les statuts, à un modèle dit « beveridgien », universel, fondé sur l'impôt. C'est sur ces bases que commence ces jours-ci la discussion, avec les partenaires sociaux, de la réforme de l'assurance chômage.

Le PLFSS jette les bases de cette transformation, dont Mmes Buzyn et Pénicaud débattront au cours des prochains mois avec les partenaires sociaux.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Merci, madame la ministre, monsieur le ministre, de cette présentation.

C'est en effet le PLFSS des engagements tenus et du pouvoir d'achat. Nous avons beaucoup parlé, au cours de la campagne, de sérieux des comptes publics : si le déficit de la sécurité sociale avait atteint 25 milliards d'euros en 2010, les gouvernements successifs – car il faut rendre hommage à nos prédécesseurs – l'ont réduit peu à peu. Il est aujourd'hui de quelque 4 milliards d'euros, et l'on sait maintenant que, grâce au sérieux budgétaire annoncé, nous en aurons fini dans trois ans avec le déficit. Faut-il rappeler que, la dernière fois que ce

budget a été équilibré, la France était encore championne du monde de football en titre ? Cela commence à dater.

On parle en général moins de l'autre bonne nouvelle : la dette accumulée, qui s'élève à 150 milliards – résultat de l'addition des déficits annuels – sera, le président de la CADES nous l'a confirmé la semaine dernière, éteinte en 2024.

Ce budget à l'équilibre et cette dette en voie d'extinction nous permettront, dans les années à venir, d'envisager de belles choses pour le régime de protection sociale – car derrière les chiffres, il ne faut pas oublier les professionnels de santé et les acteurs du secteur médico-social à qui l'on a demandé de grands efforts d'efficacité, au service du public.

Beaucoup de questions seront posées tout à l'heure et je n'interviendrai donc sur quelques points majeurs.

Le premier, c'est la télémédecine. On en parlait comme d'une innovation depuis des décennies ; elle rentre enfin dans le droit commun, permettant une meilleure communication entre les professionnels. Les patients, notamment dans les territoires sous-dotés, seront ainsi mieux soignés.

L'article 35 est la deuxième grande innovation de ce budget dans le domaine de la santé. Il s'agit d'ouvrir la possibilité, demain et presque tout à l'heure, de payer différemment les soins en ville et à l'hôpital, afin de casser les silos entre la ville et l'hôpital, entre le médical et le médico-social. Nous pourrions ainsi financer et accompagner les expérimentations imaginées par les acteurs de terrain : on n'impose pas les choses depuis Paris. C'est là qu'est la plus grande innovation. Toutefois, madame la ministre, le montant de 30 millions d'euros qui apparaît inclut-il les frais d'ingénierie ? Est-ce un plafond, et comment le remonter si cela apparaît nécessaire ?

Je voudrais également intervenir sur la prévention. Ce PLFSS prend des mesures sur la vaccination. Sur ce point, nous sommes derrière vous, et une tribune publiée par la quasi-totalité des sociétés savantes montre que votre démarche courageuse est très largement soutenue. Le projet de loi prévoit aussi une augmentation du prix du tabac. Nous avons ce matin entendu les cigarettiers, les offices de santé publique et les ruralistes.

Pour conclure, je voudrais vous interpeller sur le problème de l'obésité chez les enfants, à l'occasion de la Journée mondiale de l'obésité. L'organisation mondiale de la santé (OMS) a publié des chiffres qui montrent que le nombre d'enfants obèses dans le monde a été multiplié par dix en l'espace de quarante ans : ils sont aujourd'hui plus de 120 millions dans le monde.

Parmi les facteurs à l'origine de ce phénomène, il y a la consommation de boissons sucrées. Or une étude montre que ces boissons constituent une voie d'entrée vers l'obésité et le diabète de type 2 chez les plus fragiles, notamment les enfants. L'OMS enjoint les États membres de taxer demain davantage les sodas, afin de faire diminuer la consommation de sucre.

La France a mis en place, en 2012, une *sugar tax*. Je ne propose pas, je vous rassure tout de suite, de créer une nouvelle taxe. Mais il faudrait à mon sens réfléchir à une modulation de la fiscalité existante, afin de la rendre plus effective. Aujourd'hui, tous les sodas sont taxés, quel que soit leur taux de sucre.

J'ai ainsi apporté une boisson qui s'appelle un « *mojito* sans alcool », que l'on trouve en grande surface : il y a dans cette toute petite bouteille l'équivalent de cinq morceaux de sucre : 13 grammes de sucre pour 100 millilitres, c'est 125 % du taux de sucre dans le Coca-cola. Ne pourrait-on pas sortir les boissons non sucrées de l'assiette de la taxe, afin de s'assurer que ce sont les boissons très sucrées qui sont taxées ? L'idée n'est pas d'augmenter les recettes mais de réduire l'obésité des enfants.

Merci encore, madame la ministre, monsieur le ministre, pour ce beau projet. Je me félicite, comme la présidente de la commission, de la remarquable qualité du travail que nous avons mené avec les ministres et leurs équipes au cours des dernières semaines. Nous nous réjouissons tous de rentrer dans le vif du sujet.

**M. Thomas Mesnier.** Au nom du groupe La République en Marche, je salue la concrétisation d'un grand nombre d'engagements de campagne. Le PLF et le PLFSS, ce sont les deux jambes du budget : nous avons ici le budget du quotidien, du pouvoir d'achat, de la feuille de paie. Tous les salariés verront, dès janvier 2018, leur salaire augmenter. C'est aussi le PLFSS du soutien à l'emploi, via le soutien aux entrepreneurs et aux indépendants. La fin du RSI, en particulier, est une réforme majeure.

C'est encore le PLFSS de la solidarité, avec le soutien aux plus fragiles, en particulier les familles monoparentales, mais aussi les anciens, avec la revalorisation du minimum vieillesse et la création de nouvelles places en EHPAD.

C'est enfin le PLFSS de l'innovation en santé, avec la télémédecine – enfin –, et le PLFSS de la prévention. À ce titre, je salue la hausse du prix du tabac et l'extension de l'obligation vaccinale. On sait à quel point la défiance est importante sur ce sujet ; nous, élus, sommes les premiers à devoir tenir un discours responsable sur ce sujet, afin de réinstaurer la confiance.

Madame la ministre, comment sera mise en œuvre cette obligation du point de vue des professionnels de santé ? Comment seront-ils accompagnés pour préserver et conforter la relation de confiance qu'ils entretiennent avec la population ?

Je me réjouis du débat parlementaire à venir.

**M. Jean-Pierre Door.** Madame la ministre, je connais vos compétences. Mais le groupe Les Républicains s'attendait à un budget de rupture. Il n'en est rien, et permettez-moi de faire entendre, dans cette commission, une voix différente.

La Cour des comptes a confirmé le constat que nous dressions l'an dernier : celui de l'insincérité du bilan financier présenté pour 2017 ; les quelques manipulations des chiffres du déficit et de la dette n'y changent rien. La commission des comptes de la sécurité sociale s'en est inquiétée.

Vous héritez, madame la ministre, d'un système de santé en grande difficulté. De cela, vous n'êtes aucunement responsable. Mais ce PLFSS se situe malheureusement dans le droit fil des précédents, présentés par Mme Touraine, avec un manque d'audace structurelle : vous persévérez dans la politique du rabet et dans la logique du copié-collé. Vous avez conservé la répartition des calculs d'économies entre médicament, hôpital et ville : c'est un mauvais signal envoyé en particulier aux entreprises innovantes, qui subiront notamment une

taxation nouvelle de plus d'un milliard. Comment d'ailleurs économiserez-vous 1,2 milliard sur l'hôpital ?

L'article 36 porte sur la télémédecine. Madame la ministre, il faut abandonner les expérimentations et financer correctement les projets sur le terrain.

Monsieur le ministre, les dispositions de l'article 7 constituent le volet financier d'une future réforme de l'assurance chômage. Or aucune procédure conforme n'a encore été engagée : la loi du 31 juillet 2007 de modernisation du dialogue social, dite loi Larcher, que vous connaissez bien, est-elle ainsi respectée ?

Enfin, la suppression du RSI risque de se conclure par un désastre industriel, avec une augmentation des cotisations et la disparition des organismes de gestion des prestations, dont il faudra reclasser les personnels. Pourquoi ne pas avoir préféré la proposition de loi que vous connaissez, déposée par MM. Julien Aubert et Bruno Le Maire en 2015, et qui apportait de bonnes réponses ?

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** Le groupe MODEM approuve les axes politiques de ce PLFSS. Les engagements sont tenus et des mesures sont prises pour améliorer les comptes de notre protection sociale ; nous nous en félicitons. Je ne reviens pas sur ce qui a été dit. Il s'agit bien à mon sens d'un budget de rupture.

Vous avez déjà, madame la ministre, exprimé votre regret que les sommes consacrées à la prévention ne soient pas mieux identifiées dans ce budget. Je partage ce sentiment, tout en comprenant l'importance du travail qu'il aurait fallu pour les faire mieux apparaître.

Dans la perspective des futurs PLFSS, comment pensez-vous répartir l'ensemble des crédits alloués à la prévention, dont certains apparaissent aujourd'hui dans le PLF et d'autres dans le PLFSS ? Prévention primaire et prévention secondaire apparaîtront-elles clairement, afin de distinguer ce qui relève de l'assurance maladie et ce qui relève du budget de l'État ? Le budget doit être clair et simple.

Enfin, le projet présidentiel prévoit la création d'un service civique de trois mois pour les étudiants en santé, afin de repenser la prévention. Le Premier ministre puis le ministre de l'action et des comptes publics nous ont redit que l'ensemble des projets présidentiels seraient évoqués lors des discussions budgétaires. Or le service sanitaire n'apparaît ni dans le PLF, ni dans le PLFSS. Quand et sous quelle forme envisagez-vous de le créer ?

**M. Francis Vercamer.** Dans la ligne des exercices budgétaires précédents, ce budget répond malheureusement à une logique comptable plus qu'il n'engage de véritables politiques structurelles.

Comme au cours des cinq dernières années, la réduction annoncée des déficits s'est effectuée au prix d'une maîtrise des dépenses de santé qui s'est notamment focalisée sur le secteur du médicament, sans mise en œuvre d'une réforme de structure majeure. Les acteurs de la santé jugent d'ailleurs ce PLFSS décevant, comme en témoigne le vote défavorable du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Le financement de la sécurité sociale repose toujours sur le coût du travail. La baisse de charges, que nous promet le Gouvernement à partir de 2019, aurait dû être engagée dès cette année afin que les entreprises retrouvent des marges de compétitivité.

Au groupe Les Constructifs, nous sommes en désaccord avec votre choix d'augmenter la CSG qui pénalise les classes moyennes, en particulier les retraités et les fonctionnaires, même si des formes de compensation – qui tiennent de l'usine à gaz – sont à l'étude. Nous aurions préféré une baisse de charges compensée par une hausse de la TVA, comme l'indiquent certains de nos amendements.

En revanche, nous notons avec intérêt certaines expérimentations en faveur de l'innovation, que je ne vais pas énumérer par manque de temps. Ces expérimentations sont intéressantes à condition, bien évidemment, qu'une évaluation continue soit réalisée, que des ajustements puissent être possibles et que la généralisation ne soit pas taboue – contrairement à ce que nous avons connu par le passé. Ce type de mesures permet de libérer les énergies des acteurs de la santé, qui sont conscients de la nécessité de rationaliser les dépenses et souvent porteurs d'initiatives innovantes pour faire vivre différemment un système de santé efficace et accessible à tous.

En matière de prévention en santé, nous avons pris acte de la vaccination obligatoire et de l'augmentation du prix du tabac mais il faut faire bien davantage. Nous attendons des mesures de plus long terme, adossées à un financement spécial. Nous proposerons d'ailleurs la création d'un ONDAM spécifique pour la prévention.

S'agissant de la refonte du RSI, nous serons particulièrement vigilants quant à la garantie des droits des intéressés. On nous a garanti les droits de base, mais une question demeure : qu'en sera-t-il des retraites complémentaires des indépendants ?

**Mme Caroline Fiat.** Il y a trois mois, j'ai présenté dans l'hémicycle un constat objectif sur la situation gravissime de notre système de santé. Ce jour-là, vous n'avez pas détourné les yeux face à une situation que vous connaissez, et nous avons pu croire, l'espace d'un instant, que ce quinquennat s'ouvrirait sur une politique de santé ambitieuse, au moins susceptible de soulager les patients et les soignants qui étouffent dans le carcan budgétaire qu'on leur a imposé.

Nous savons désormais que cela n'arrivera pas. Au contraire : les objectifs de dépenses de santé que contient ce projet de loi ne sont pas du tout à la hauteur du défi qui consiste à redonner de l'air aux personnels des hôpitaux et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Vous imposez, à l'inverse, un plan d'économies massif à l'assurance maladie, peut-être à même de contenter les technocrates et autres chantres de la réduction des déficits à n'importe quel prix, mais certainement incapable de sortir de la noyade les hospitaliers et les soignants du secteur médico-social.

À quoi a donc servi, madame la ministre, la mission flash sur les EHPAD ? Du directeur d'établissement aux syndicats d'aides-soignantes, en passant par les associations de familles, tous nous ont demandé la même chose : que l'on desserre le carcan budgétaire, que l'on augmente le ratio de soignants par usagers, que l'on améliore l'état des infrastructures afin que les quatorze besoins fondamentaux soient enfin respectés sans que les soignants y laissent leurs dos, afin que le reste à charge diminue et que les personnes âgées ne sacrifient pas toutes leurs retraites et les revenus de leurs enfants à leur vie en EHPAD, afin que la maltraitance institutionnelle soit éliminée.

Vous ne faites rien pour les EHPAD et les hôpitaux. Vous allez jusqu'à mettre fin à l'opposabilité des conventions collectives dans les établissements soumis aux conventions d'objectifs et de moyens, pour soumettre les droits des travailleurs du secteur médico-social aux impératifs budgétaires.

Madame la ministre de la santé, monsieur le ministre des comptes publics, quel est le seuil annuel de suicides à partir duquel vous accepterez l'idée que la vie des soignants et des patients prime sur les calculs comptables ? Quel est le seuil critique pour sortir de la religion de la comptabilité et se consacrer, enfin, à la santé publique ?

**M. André Chassaigne.** Merci de m'accueillir dans cette commission pour représenter le groupe de la Gauche démocrate et républicaine. Je voudrais intervenir sur l'une des priorités de ce PLFSS : l'égal accès aux soins. L'ONDAM est seulement en augmentation de 2,3 %, alors que l'augmentation tendancielle des dépenses est évaluée à 4,5 % par la commission des comptes de la sécurité sociale, ce qui correspond à près de 4,2 milliards d'euros d'économies, dont 1,2 milliard d'euros pour les seuls hôpitaux qui sont déjà exsangues.

Pourtant, les besoins en santé sont nombreux. De fortes préoccupations se manifestent chez nos concitoyens. J'en citerai quelques-unes : le renoncement aux soins qui s'accroît ; le recours obligé aux urgences hospitalières, lié à la désertification médicale ; la persistance de la difficulté d'accès aux soins, notamment dans un milieu rural de plus en plus marqué par la pauvreté et le vieillissement de la population.

Or les orientations budgétaires de ce PLFSS, dans la continuité des politiques menées depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), ne permettront toujours pas, à nos yeux, à l'hôpital public de répondre à ses missions. Nous connaissons quelques-unes des causes de cette situation : la tarification à l'activité (T2A) sur laquelle vous vous êtes exprimée, madame la ministre, en réponse à une question au Gouvernement ; la mutualisation des moyens et des services qui s'accroît ; le développement de la chirurgie ambulatoire sans l'assurance qu'il existe un véritable réseau entre l'hôpital et la médecine de proximité. Nous en connaissons aussi les conséquences pour le personnel hospitalier qui a besoin d'écoute, de respect et de moyens. Il est urgent de remédicaliser le temps de travail des soignants qui sont pris dans une injonction paradoxale : soigner et en même temps faire de la rentabilité.

Concrètement, comment ce PLFSS pour 2018 pourrait-il ouvrir un chemin nouveau ?

**M. Joël Aviragnet.** Tout d'abord, on se doit de constater et de se réjouir de l'amélioration de la situation financière de toutes les branches, même si le déficit de la branche maladie reste important.

Toutefois, au groupe Nouvelle Gauche, nous gardons de nombreuses réserves sur plusieurs points. Nous nous inquiétons de l'augmentation de la CSG, notamment pour les retraités et les fonctionnaires, sachant que cette hausse se cumulera avec d'autres pertes de revenu liées, par exemple, à la baisse de l'aide personnalisée au logement (APL) et à la hausse du forfait hospitalier. Fixé à l'équivalent de 3,05 euros – vingt francs – au moment de sa création en 1983, ce forfait devrait se situer à 7 euros actuellement s'il avait été indexé – comme prévu – sur l'inflation.

Autres motifs d'inquiétude : le devenir des salariés qui gèrent le RSI ; la hausse différée de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ; la réduction de 2 à 1,8 du coefficient multiplicateur de l'allocation pour adulte handicapé (AAH) pour un couple. D'autres sujets appellent des réponses urgentes : l'absence de praticiens dans certaines zones, rurales notamment ; le mode de calcul de la dépendance pour les EHPAD, suite à la réforme de la tarification.

Notre groupe aborde donc ce texte avec lucidité. Conscients de la nécessité de réduire les déficits, nous resterons vigilants sur la question de l'égalité dans l'accès au droit – encore une fois, je pense au milieu rural – comme dans la répartition de l'effort à consentir. C'est dans ce sens que nous déposerons des amendements qui, je l'espère, seront considérés avec bienveillance.

**M. le ministre de l'action et des comptes publics.** Monsieur Door, vous ne pouvez pas nous reprocher dans la même phrase de ne pas transformer le pays et d'aller trop vite. Quoi qu'il en soit, nous ne préemptons pas de réforme : le mouvement de bascule entre la hausse de la CSG et la baisse des charges faisait partie du programme de campagne lors des élections présidentielles et surtout législatives. Les opposants ont pu largement s'exprimer et les électeurs ont voté en toute connaissance de cause. Ce changement de système s'effectue dans un cadre tout à fait démocratique puisqu'une majorité d'électeurs l'a approuvé.

Il y aura une discussion autour du financement de l'Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNEDIC), dans laquelle s'impliqueront le Président de la République, le Premier ministre, Mme Pénicaud, Mme Buzyn et moi-même. Quant à la loi Larcher sur le dialogue social, elle sera bien évidemment respectée comme cela a été le cas pour les ordonnances réformant le code du travail. Mme Pénicaud a démontré sa capacité à écouter et à prendre en compte les questions et les propositions syndicales. La réforme conduira à un changement profond mais qui ne surprendra personne puisqu'il est conforme au vote que les Français ont exprimé par deux fois.

Monsieur Vercamer, vous plaidez pour un autre arbitrage : augmenter la TVA et baisser les charges, plutôt que d'augmenter la CSG pour supprimer des cotisations. C'est un débat politique et philosophique intéressant et je vais essayer de résumer les arguments qui étayaient le choix du Gouvernement.

Tout d'abord, il faut dire que le PLF et le PLFSS ont été élaborés dans l'idée de répondre à une volonté : le travail doit payer. Notre société ne rémunère pas assez l'effort. La secrétaire médicale qui élève seule ses trois enfants et qui gagne le SMIC a du mal à s'en sortir, pour ne pas dire qu'elle ne s'en sort pas. Il arrive que des personnes renoncent à travailler parce qu'elles n'en voient pas l'intérêt, qu'elles ne savent pas comment faire garder leurs enfants, qu'elles ne trouvent pas l'accompagnement nécessaire à leur situation de parents isolés, etc. Nous avons tous rencontré ce genre de cas et tenu des discours sur le fait que le travail doit payer. Des propositions ont été avancées mais rien n'a vraiment été tenté à part la défiscalisation des heures supplémentaires. Conformément à ce qu'a annoncé le Président de la République, nous rétablirons cette exonération des heures supplémentaires en cours de mandat.

Dès janvier prochain, tous les salariés de notre pays constateront une augmentation de leur pouvoir d'achat équivalant quasiment à 1,5 % de leur rémunération brute. D'aucuns pourront la trouver insuffisante. En tout cas, notre décision d'augmenter la CSG en échange de la suppression de cotisations va faire naître une augmentation de pouvoir d'achat.

Aurait-il été plus efficace d'augmenter la TVA que la CSG ? J'attends avec grand plaisir de débattre avec les auteurs d'amendements qui répondent par l'affirmative. Sans attendre, je vais essayer de montrer qu'ils se trompent. Prenons l'exemple d'un salarié qui gagne 1 400 euros par mois. Par souci d'honnêteté et pour que nous ayons une discussion sincère, je prends le montant à partir duquel le salarié subira l'augmentation de la CSG, sachant que la hausse de TVA préconisée par M. Vercamer s'appliquerait à tout le monde. Je vous prends au sérieux, monsieur Vercamer, parce que je sais que vous travaillez beaucoup sur ces questions. Avec notre proposition, ce salarié subira une augmentation de la CSG de 23 euros par mois, soit 276 euros par an. Dès la première année, cette somme sera compensée par la suppression de la taxe d'habitation puisque notre projet fiscal est un tout. Une augmentation de la TVA de 2 points correspond quasiment à 300 euros de perte annuelle de pouvoir d'achat. Quant à la baisse des charges des entreprises, nous la réalisons aussi grâce au mouvement de bascule que nous opérons entre la baisse du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et la réduction directe des cotisations sociales patronales.

En résumé, nous donnons du pouvoir d'achat à ceux qui travaillent. Tous ceux qui perçoivent moins de 1 400 euros par mois ne subissent pas l'augmentation de fiscalité alors qu'ils seraient touchés par une hausse de la TVA. Si elle est intéressante en théorie, cette solution TVA est, dans les faits, plus défavorable au pouvoir d'achat de nos concitoyens et particulièrement des retraités. Sur tous les cas pratiques que vous me proposerez au cours de la discussion des articles, je pourrai vous en faire la démonstration. J'imagine que cela intéressera l'intégralité de la représentation nationale.

Qu'en est-il du RSI ? J'entends dire, à présent, que le RSI fonctionne très bien. Il a dû se produire un miracle ! Depuis des années, les élus de tous bords ont entendu un tout autre discours. Pour ma part, je n'ai jamais vu de gens se lever et applaudir à tout rompre quand il était question du RSI, mais les artisans et commerçants de Tourcoing sont peut-être très différents des autres... (*Sourires.*) Cela ne veut pas dire qu'il n'y a rien de positif dans le RSI ni que le régime ne s'est pas amélioré. Cela ne veut pas dire non plus que les salariés du RSI n'ont pas été les premiers à subir les désagréments d'un système qui, objectivement, était trop technocratique et inadapté au travail très difficile que font les indépendants. Avec Mme Buzyn, nous sommes allés rencontrer les salariés de plusieurs caisses. Ils nous ont dit eux-mêmes s'être retrouvés très démunis, à leur guichet ou au téléphone, face à des gens dans une détresse sociale très grande.

Manifestement, cela ne fonctionne pas. Je suis d'ailleurs personnellement assez surpris du fait que les représentants des artisans aient voté contre la proposition de fusion du RSI dans le régime général. Franchement, ce serait assez savoureux d'entendre dire que le RSI va bien et que les artisans et les commerçants ne demandent rien. En réalité, il y a eu plusieurs propositions de changement. Nous passons à l'acte le 1<sup>er</sup> janvier 2019. On pourrait créer des missions, des commissions, demander des rapports. Je pense qu'on en a assez fait et nous voulons montrer tout de suite que nous avons écouté les artisans et les commerçants.

Comme Mme Buzyn l'a dit, nous engageons cette réforme avec intelligence et en écoutant les salariés : il n'y aura aucune mobilité géographique forcée ; il n'y aura aucun licenciement ; on ne se séparera pas de collaborateurs. Nous l'avons dit, répété et écrit, notamment aux syndicats que nous avons très longuement rencontrés. Dans nos deux ministères, des gens extrêmement compétents travaillent de manière à ce que cela se passe le mieux possible. Les salariés du RSI seront gardés, et ce dans un cadre respectueux du contrat qui les liait avec le régime. Quant aux travailleurs indépendants, ils auront toujours une entrée

particulière et ne subiront aucune augmentation de cotisation. Je ne sais pas où vous avez vu ou entendu que les cotisations allaient augmenter. Où est-ce écrit dans le PLFSS ? Nulle part.

Nous allons ménager une période de transition de deux ans pour éviter le même type d'accidents industriels que le RSI a pu connaître à sa création et qui l'ont entraîné parfois dans de grandes difficultés avec les artisans et les commerçants. Dans deux ans, nous ferons le point, y compris devant la représentation nationale. Vous pourrez auditionner qui vous souhaiterez pour voir si l'action du Gouvernement correspond à l'idée générale que nous nous faisons du bon fonctionnement de la caisse pour les indépendants et les commerçants. Franchement, m'entendre dire que le RSI marchait bien et qu'on ne devait rien changer... Il fallait bien que ce soit le jour de mon anniversaire pour que je reçoive ce cadeau !

**Mme la ministre des solidarités et de la santé.** Pour commencer, je vais répondre au rapporteur général sur ce très important article 35 qui va permettre une transformation en profondeur de notre système de santé. Cet article donne un cadre légal à des expérimentations sur cinq ans, destinées à modifier le système d'organisation de notre système de santé, à décloisonner, à favoriser des tarifications au parcours et la pertinence des soins. Ce dernier point représente une grande révolution dont l'idée de base est la suivante : il faut favoriser les gens qui travaillent bien, pas forcément ceux qui travaillent plus pour faire de l'acte.

Cet article 35 n'a pas de limites. Il prévoit un fonds de 20 millions d'euros, auquel s'ajouteront 10 millions d'euros du Fonds d'intervention régional (FIR) qui était à la main des agences régionales de santé (ARS) pour financer des organisations. Il sera géré par un comité d'experts, de façon à évaluer les expérimentations et à pouvoir les déployer. Ce regard national porté sur les organisations et les innovations de terrain permettra de déployer tout ce qui fonctionne. Les expérimentations actuelles, qui sont financées par le FIR, ne sortent pas de l'ARS où elles sont conduites, dans une région donnée. Financé grâce à un fonds national de gestion de risque, qui sert à rembourser des prestations, le nouveau Fonds pourra être réalimenté autant que de besoin, en fonction des projets qui nous seront présentés. L'idée est évidemment de le faire croître au fil du temps.

Vous avez aussi évoqué la « taxe sodas », monsieur le rapporteur général. Vous avez raison, la consommation de sodas est l'une des causes de l'obésité des enfants, qui progresse en France, en Europe et dans d'autres pays du monde, et qui est un facteur et un marqueur d'inégalités sociales. Il faut cependant bien réfléchir avant de créer ce qui serait une taxe comportementale c'est-à-dire visant à changer les comportements. Si nous voulons qu'une telle taxe soit acceptée par le Conseil constitutionnel, nous devons apporter la preuve de son efficacité, c'est-à-dire que nous devons la fixer à un niveau élevé. Cela revient à taxer plus lourdement les personnes les plus pauvres, qui consomment potentiellement le plus de boissons sucrées. Nous devrions peut-être utiliser prioritairement d'autres biais pour modifier les modes d'alimentation, en commençant, par exemple, par alerter les familles dans le cadre de l'éducation à la parentalité. C'est un axe que je souhaite promouvoir dans le cadre de ma politique familiale. Cela étant, je suis à votre disposition pour discuter de cette éventuelle taxe qui n'est pas prévue dans le PLFSS.

Pour lutter contre le tabagisme, il était urgent d'augmenter fortement la fiscalité sur les produits du tabac. Il y a vingt ans, sous la présidence de M. Chirac, la dernière hausse notable avait permis une baisse de la prévalence du tabagisme. Depuis, il n'y a eu que de petites augmentations sans impact sanitaire. J'ai choisi de m'attaquer à ce fléau car nous détenons les records internationaux en matière de tabagisme des jeunes de moins de dix-sept ans et des femmes. C'est une vraie spécificité française.

Monsieur Mesnier, vous me posez la question de la mise en œuvre effective de la vaccination obligatoire par les professionnels de santé, qui nécessite en effet des explications. Nous avons voulu simplifier au maximum cette obligation car, pour nous, elle vise à faire de la pédagogie et à restaurer la confiance. Le but n'est pas d'entraîner des sanctions ni des complications. Cette obligation sera effective à partir du 1<sup>er</sup> janvier pour tous les enfants nés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018. À leur entrée en collectivité, leur carnet de vaccination sera vérifié.

Nous n'avons pas souhaité faire un rattrapage pour les générations précédentes, car il serait extrêmement complexe à réaliser. Les familles qui ne souhaitent pas faire vacciner leurs enfants ne seront pas sanctionnées. Le fait que leurs enfants soient privés d'entrée en collectivité représente, cela dit, une forme de sanction qui rendra ce choix très difficile. Il existe aussi un cadre pénal général sur la protection de l'enfance, qui nous semble suffire : les parents doivent une protection à leurs enfants. Un enfant non vacciné qui ferait une septicémie et serait amputé et handicapé à vie pourrait se retourner contre ses parents, ceux-ci ne lui ayant pas assuré la protection à laquelle il avait droit. En revanche, l'amende existante est supprimée. Nous avons aussi réfléchi à la clause d'exemption qui était demandée par la concertation citoyenne mais nous ne l'avons pas retenue parce qu'elle serait en contradiction avec l'obligation vaccinale et ne passerait pas la censure du Conseil constitutionnel.

Ce n'est pas un budget de rupture, dites-vous, monsieur Door. Pour ma part, je pense sincèrement que ce PLFSS, notamment son article 35, porte des transformations profondes. Personne n'a jamais été aussi loin, et je ne parle même pas des vaccins ou du tabac. C'est un PLFSS très courageux. L'article 35 va permettre les vraies innovations organisationnelles que les professionnels attendent sur le terrain depuis des années. Nous allons lever énormément de verrous réglementaires. Nous allons favoriser des organisations intelligentes au service des patients, une coordination des soins.

Où sont les économies ? me demandez-vous, en estimant que nous taxons trop les médicaments. Selon vous, le secteur du médicament supporte plus que sa part des économies. En raison de mon parcours professionnel, notamment à la présidence de la Haute Autorité de santé (HAS) où j'avais à évaluer la valeur ajoutée des médicaments, je connais bien ce secteur. Je sais que nous avons besoin de médicaments innovants. Je sais que les personnes atteintes de pathologies graves, de maladies orphelines ou de cancers attendent ces médicaments. Je sais aussi qu'il y a des rentes de situation dans l'industrie pharmaceutique. Je suis bien placée pour dire à certains professionnels qu'ils profitent d'une rente de situation ou d'une situation de monopole sur un médicament.

Dans le secteur du médicament, les économies se feront grâce à l'augmentation de l'utilisation des médicaments génériques. Nous avons des marges de progrès énormes en la matière puisque la part des génériques ne représente que 40 % en France contre 60 % voire 70 % en Allemagne, par exemple. Il existe aussi des marges d'économies majeures dans le domaine des biosimilaires, c'est-à-dire l'équivalent des génériques pour les médicaments plus innovants, notamment les anticorps monoclonaux. Le taux Lh, porté à 3 %, permet aux médicaments innovants de trouver leur place. Je pense que la répartition des économies prévue dans ce budget est juste pour le secteur du médicament.

N'ayant peut-être pas été assez claire à propos de la télémédecine, je répète qu'elle sort de la phase expérimentale pour entrer dans le droit commun, à la faveur de ce PLFSS.

C'est à raison, monsieur Isaac-Sibille, que vous avez parlé de ma volonté de bien identifier ce qui relève de la prévention dans le PLFSS. Compte tenu de la multiplicité des

acteurs qui interviennent à ce titre dans les villes ou les écoles, il est difficile d'identifier tous les financements qui lui sont consacrés. Une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), reprise en annexe 7 du PLFSS, estime que le montant des dépenses rattachables à la prévention se situe aux alentours de 9,3 milliards d'euros. Nous allons continuer à travailler avec la DREES pour essayer de mieux identifier ces dépenses.

Précisons que le PLFSS ne reflète que l'aspect budgétaire de la prévention. On m'a reproché d'être trop timorée dans ce domaine, mais la prévention ne s'arrête pas à la vaccination obligatoire et à la hausse du prix du tabac. La stratégie nationale de santé comportera un énorme volet prévention et, j'y insiste, le PLFSS ne traduit que l'aspect budgétaire des mesures. Monsieur Vercamer, vous verrez que la stratégie nationale de santé a des objectifs très ambitieux notamment dans les domaines de l'environnement, du travail et de l'école, ce qui implique pour moi des échanges avec Nicolas Hulot, Muriel Pénicaud et Jean-Michel Blanquer.

Quant au service civique en santé, nous y travaillons. C'était une priorité et un engagement du Président de la République. Nous avons confié une mission au professeur Loïc Vaillant pour bien identifier le cadre réglementaire dans lequel les étudiants en santé – médecins, pharmaciens ou infirmiers – pourront effectuer ce service sanitaire qui vise à renforcer les actions de prévention dans les établissements, que ce soit des écoles, des EHPAD ou des universités. Nous souhaitons que les premières expérimentations du service sanitaire aient eu lieu au 1<sup>er</sup> mars 2018 et qu'elles puissent se déployer pleinement en septembre 2018. Cela ne nécessite pas forcément une ligne dans le PLFSS puisque ces dépenses seront notamment couvertes par les ARS ou certains établissements de santé. Notre démarche est progressive parce que la prévention ne s'improvise pas : ces étudiants doivent intervenir dans un cadre sécurisé, être formés et avoir des outils à leur disposition afin que les bons messages soient passés. Après la remise du rapport de M. Vaillant, fin décembre, nous développerons tranquillement ce service dans le courant de l'année 2018.

Madame Fiat, même si je n'utilise pas le même ton que vous – ce qui est normal –, j'ai fait un constat identique au vôtre au cours de ma pratique médicale. C'est parce que je sais qu'il est difficile d'exercer dans un établissement de santé que je veux arrêter la course à l'activité et le financement à la T2A qui obligent les établissements qui sont dans le rouge à faire plus d'actes pour essayer de rétablir l'équilibre de leur budget. Nous allons arrêter le tout T2A pour revenir à des choses plus logiques : rémunérer la pertinence. Qu'est-ce que la pertinence ? C'est le bon soin à la bonne personne au bon moment. Cela signifie qu'il faut être capable de mieux rémunérer des chirurgiens qui décident de ne pas opérer, dans l'intérêt du malade, et pas uniquement des chirurgiens qui cherchent à opérer pour faire du chiffre et éviter que l'établissement ne soit dans le rouge. Ma politique répond exactement à l'enjeu que vous soulignez : arrêter de courir derrière l'activité des établissements.

Concernant les EHPAD, je dois m'être mal exprimée, à moins que n'ayez pas été suffisamment attentive. Je rajoute 100 millions d'euros sur la partie soins des EHPAD pour répondre aux besoins en soins des personnes âgées vieillissantes et malades. Je rajoute des infirmières de nuit, des places en EHPAD. Il s'agit de prendre en compte le fait que les personnes qui se trouvent actuellement en EHPAD n'ont pas le même profil que celles qui y étaient il y a vingt ans. J'ai totalement suivi les recommandations du rapport de Mme Iborra et je continuerai à être très vigilante sur les tarifications des EHPAD puisque nous avons un comité de suivi au ministère.

Comment pouvez-vous me dire, Monsieur Chassaing, que vous ne voyez rien pour l'égal accès aux soins ? La pertinence des soins – qui consiste à rémunérer des professionnels qui ne font pas forcément des actes coûteux – va nous permettre de réaliser des économies sur le budget de la sécurité sociale. On considère que 30 % des actes financés par la sécurité sociale sont non pertinents, éventuellement redondants. Citons l'exemple du scanner qui est effectué deux fois en une semaine par manque de communication entre les médecins faute de dossier médical partagé.

Nous sommes en train de réorganiser l'hôpital en vue d'accroître la part de l'ambulatoire et de développer les liens avec la médecine ville, de façon à supprimer des lits, sachant que la France détient le record européen du nombre de lits d'hospitalisation par habitant. Cette réorganisation permettra aussi de réaliser des économies.

Nous travaillons sur la permanence des soins et sur les urgences. Les textes qui encadrent la pratique actuelle des urgences sont peut-être trop contraignants, ce qui engendre de grosses dépenses pour établissements. Elles pourraient être rationalisées.

Monsieur Aviragnet, vous évoquiez aussi manque de praticiens dans le monde rural. Lors d'un déplacement, vendredi matin, le Premier ministre va présenter un ambitieux plan territorial d'accès aux soins. Il s'agit de lutter contre la désertification médicale et de rendre du temps de soignant dans les territoires. Ce plan comportera énormément de dispositions, de dérogations réglementaires et d'organisations innovantes qui ne figurent pas toutes dans le PLFSS. Il répondra, je l'espère, à cette problématique que nous ressentons tous lors de nos déplacements en France et dans les DOM.

S'agissant de la tarification des EHPAD, le comité de suivi s'est réuni pour la première fois le 25 septembre au ministère. Rappelons que la nouvelle tarification profite à 80 % des établissements et que 20 % d'entre eux sont perdants. Il faudra peut-être envisager des réorganisations et effectuer des choix stratégiques avec eux. L'idée est de ne pas les abandonner à leurs déficits, de les accompagner vers des prises en charge vertueuses.

**M. le ministre de l'action et des comptes publics.** Permettez-moi de reprendre la parole pour ne pas frustrer M. Vercamer, car j'ai oublié de répondre à sa question sur les retraites complémentaires des travailleurs indépendants. Monsieur le député, les retraites complémentaires des travailleurs indépendants ne sont pas concernées par le passage au régime général au 1<sup>er</sup> janvier. Pour l'instant, elles restent gérées par les ex-caisses. Durant la période transitoire, nous aurons l'occasion de réfléchir à leur devenir.

**Mme Nathalie Elimas.** Le groupe du Mouvement démocrate et apparentés est conscient de l'importance de raisonner en termes de projet de santé pour un territoire, avec une responsabilité territoriale, dans une logique de coordination autour du patient. Ces projets de santé doivent se nourrir d'innovations thérapeutiques et médicales mais aussi d'innovations technologiques et organisationnelles. Dans ce cadre, nous soutenons pleinement la volonté du Gouvernement de mener une politique de santé ambitieuse et juste, qui laissera la part belle à l'innovation.

Mon intervention, madame la ministre, portera sur les maladies rares, qui concernent au total 5 % de la population française, étant précisé que 99 % d'entre elles n'ont pas de traitement curatif. La prise en charge de ces malades est très particulière et elle comporte une dimension médico-sociale importante. Un plan national dédié et spécifique est donc primordial.

Un premier plan s'est focalisé sur l'identification des centres de référence et des centres de compétences. Un deuxième plan a permis de mettre en place des filières chercheurs-médecins-malades. Un troisième plan est prévu, qui s'intéresserait aux patients et à leur entourage, en s'attachant à faciliter et à renforcer le lien entre le sanitaire et le médico-social. Nous pensons que des référents parcours pourraient être mis à la disposition des familles. Ce troisième plan national sur les maladies rares pourrait également permettre de mettre en œuvre des actions concrètes afin de lutter notamment contre l'errance diagnostique et d'accélérer le développement pour le plus grand nombre de maladies.

Pour terminer, j'aimerais faire une suggestion : ne serait-il pas pertinent d'encourager l'initiative d'une résolution sur les maladies rares à l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations unies (ONU) ?

**M. Sylvain Maillard.** Dans le PLFSS pour 2018, il est prévu d'adosser le RSI au régime général de sécurité sociale. Votre mission est de proposer une nouvelle organisation afin d'accompagner des améliorations rapides et visibles de la qualité des services aux assurés. Comme vous l'avez souligné, monsieur le ministre, les doléances des artisans, commerçants et libéraux sont nombreuses : erreurs de calcul, courriers comminatoires, impossibilité de joindre un agent, etc.

Le RSI régit les droits sociaux de 6,6 millions de Français. Ce régime sera supprimé à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018 et c'est une bonne nouvelle. Cependant, sa suppression suscite certaines interrogations. Quid de l'actuel guichet unique ? Au lieu d'avoir un seul interlocuteur, les travailleurs indépendants devront-ils s'adresser à des caisses différentes pour le recouvrement, la maladie, la retraite, la famille ? Qui va gérer la retraite complémentaire des indépendants, actuellement assurée en direct par le RSI ? Quelle sera le sort réservé aux organismes conventionnés tels que la Réunion des assureurs maladie (RAM) et autres puisque l'assurance maladie a proposé de gérer les prestations santé du RSI à leur place ?

**M. Bruno Bilde.** Ce week-end, se tiendra la journée nationale des « dys », dédiée aux troubles du comportement et de l'attention. Ces formes de handicap frappent près de 6 millions de Français, soit près de 10 % de la population. Les troubles « dys » doivent donc être élevés au rang de grande cause nationale et faire l'objet d'un plan interministériel dédié.

A l'heure actuelle, les acteurs associatifs et les familles s'accordent sur le fait que la prise en charge est insuffisante. Nous regrettons d'ailleurs que la Fédération française des dys n'ait pas été auditionnée par le rapporteur en charge du PLFSS. Elle aurait sans doute pu éclairer les députés sur cet enjeu de santé publique. Les moyens insuffisants des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et des unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS), la suppression des contrats aidés, le nombre insuffisant d'ergothérapeutes, de psychomotriciens et de neuropsychologues font que la tâche est immense. C'est pourquoi nous devons augmenter l'effort de la solidarité nationale.

Madame la ministre, pouvez-vous détailler le plus précisément possible ce que contiendra le PLFSS à propos des troubles « dys » ? Quelles seront vos initiatives pour traiter comme il se doit ces handicaps ?

**Mme la ministre des solidarités et de la santé.** Madame Élimas, je suis naturellement très favorable aux plans dédiés à des pathologies ciblées, en particulier les maladies rares, compte tenu de leur impact sur les enfants et les familles. Le ministère de la santé et le ministère de la recherche sont en train de se concerter avec les acteurs associatifs

pour rédiger le troisième plan national « maladies rares ». Il existera bel et bien mais je souhaite l'intégrer dans un grand programme national de santé publique. Dans ces conditions, il faudra un délai de trois mois supplémentaires pour le parachever.

Rappelons qu'aujourd'hui, le ministère de la santé gère cinquante-deux plans de santé publique. Citons entre autres le plan cancer, le plan santé-environnement, ou encore le plan santé-nutrition. Nous ne pouvons traiter ces plans indépendamment des uns des autres. Certaines mesures proposées par un plan peuvent rejoindre celles contenues dans un autre. Par exemple, les référents de parcours que vous évoquiez, madame Élimas, sont susceptibles d'intéresser d'autres pathologies. Certains diagnostics génétiques nécessitent des plateformes de génomique qui servent aussi pour le dépistage de maladies courantes et du cancer. Dans un souci de rationalité et de cohérence, le ministère de la santé va s'attacher à homogénéiser la gouvernance de ces plans et s'assurer qu'ils sont construits selon les mêmes standards, notamment avec des indicateurs de qualité, de résultats et d'impact. Sous le couvert d'un programme national de santé publique, j'ai prévu de les rassembler non pour les fusionner en un seul puisqu'ils ont chacun leurs spécificités mais pour veiller à établir une cohérence entre eux.

Je veux vous rassurer en vous indiquant que nous allons débloquer cette année 150 millions d'euros pour les centres de référence dédiés aux maladies rares, à la suite du nouvel appel à projets. Nous sommes en train de financer les deux premières plateformes de génétique moléculaire à la suite d'un premier appel à projets portant sur un montant de 30 millions d'euros. Les choses avancent.

**M. le ministre de l'action et des comptes publics.** À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018, le régime du RSI entrera dans une phase transitoire d'une durée de deux ans. Il ne sera pas supprimé mais adossé au régime général. Nous veillerons à maintenir la spécificité des droits des indépendants, sans augmentation de cotisations, en évitant les difficultés liées à la fusion des systèmes informatiques. Pour les retraites complémentaires, le back-office sera maintenu et les interlocuteurs seront inchangés. Il y aura un portail internet et des numéros de téléphone communs.

**Mme la ministre des solidarités et de la santé.** Je vais maintenant répondre à M. Bilde au sujet des troubles « dys », problème de santé publique majeur qui touche nos enfants. La prise en charge est très inégale sur le territoire et reste partout difficile. Le repérage précoce ne se fait pas, notamment dans les structures dédiées à la petite enfance ou à l'école. Et lorsque ce repérage précoce intervient, les délais pour adresser un enfant à un centre spécialisé sont trop longs, allant jusqu'à dix-huit mois.

Vous avez raison, monsieur Bilde, il n'existe pas de ligne du PLFSS qui soit dédiée à ces troubles. Sachez toutefois que la stratégie nationale de santé comprendra un chapitre consacré à la petite enfance : je serai particulièrement attentive à l'harmonisation des parcours pour un meilleur repérage et un meilleur adressage. La Haute Autorité de santé est en train d'élaborer les outils destinés aux médecins généralistes et aux professionnels de la petite enfance, prenant appui sur le référentiel de prise en charge des troubles « dys », que j'avais rédigé lorsque je présidais cette instance.

**Mme Élisabeth Toutut-Picard.** Le PLFSS prévoit une augmentation de 1,7 point de la CSG, qui ne sera pas sans conséquences. Dans nos circonscriptions, il est beaucoup question de la diminution mécanique des pensions de retraite qu'elle engendrera. On parle moins de ses effets sur la masse salariale des établissements de santé. Certes, deux

mécanismes de compensation sont prévus : la suppression de la contribution exceptionnelle de solidarité de 1 % ; la suppression de la cotisation d'assurance maladie des contractuels, de 0,75 %. Néanmoins, ces dispositifs ne compensent pas, loin s'en faut, les dépenses induites par l'augmentation de la CSG.

Dans la mesure où le Gouvernement s'est engagé à ce que les agents concernés ne subissent aucune baisse de rémunération, la différence devra être absorbée par les établissements, dont la masse salariale, déjà contrainte, augmentera mécaniquement en 2018. J'en veux pour preuve une projection réalisée dans un centre hospitalier de taille moyenne, celui de Vichy, qui a évalué le surcoût qu'il subirait à 700 000 euros.

Avez-vous analysé l'impact de l'augmentation de CSG sur la masse salariale des établissements de santé ? Le cas échéant, avez-vous réfléchi à des mécanismes de compensation supplémentaires ?

**M. Brahim Hammouche.** J'aimerais revenir sur la prévention, dynamique au cœur de votre action, madame la ministre.

L'article L. 321-3 du code de la sécurité sociale prévoit tous les cinq ans un bilan de santé gratuit pour tous les assurés de la caisse nationale maladie des travailleurs salariés : « *La caisse doit soumettre l'assuré et les membres de sa famille, à certaines périodes de la vie, à un examen de santé gratuit.* » Dans les faits, ces bilans sont peu pratiqués.

La convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 passée entre l'État et la CNAMTS prévoyait un recentrage sur les publics les plus fragiles.

Quelle place entendez-vous donner, madame la ministre, à ces bilans et aux centres de médecine préventive dans la stratégie nationale de santé et de prévention ?

**Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel.** Je poserai deux questions concernant la précarité, qui m'ont été inspirées par des remontées du terrain.

La première concerne l'allocation de rentrée scolaire. Le code de la sécurité sociale prévoit qu'elle soit allouée aux personnes qui ont des enfants à charge, sous certaines conditions de ressources. Quand les enfants sont placés dans une famille d'accueil, ce n'est pas celle-ci qui la perçoit : elle bénéficie à la famille d'origine, ou bien elle est placée sur un compte auquel les enfants auront accès à l'âge de dix-huit ans. Cette procédure est source d'injustice sociale et induit une mauvaise utilisation de cet argent, qui devrait être fléché pour couvrir les frais de rentrée scolaire.

Ma deuxième question a trait à l'augmentation du prix du tabac, qui est une très bonne mesure. Il est important de mettre en place un seuil symbolique qui pousse les gens à arrêter de fumer. Toutefois, par mon expérience d'infirmière, je sais que le prix n'arrête pas certains fumeurs, notamment les plus précaires et ceux qui sont atteints de troubles mentaux. Ils ne diminuent que très rarement leur consommation. Il faut donc maintenir des dispositifs d'accompagnement pour leur éviter de déplacer leurs addictions, de s'adonner à la malbouffe et d'être encore plus précaires. Vous avez d'ailleurs souligné que la même problématique se posait pour les sodas.

Ce sont avant tout les personnels de santé qui ont accès à ces publics précaires : médecins généralistes, infirmières et autres acteurs de soin. Ne serait-il pas pertinent de

rémunérer les actes de prévention des addictions afin d'inciter ces professionnels à accompagner les plus précaires vers une diminution de leur consommation ?

**M. le ministre de l'action et des comptes publics.** Je commencerai par répondre à la question sur les répercussions de la hausse de la CSG, que vous auriez pu étendre, madame Toutut-Picard, aux agents des collectivités territoriales car la même problématique se pose pour eux : reviendra-t-il aux employeurs, c'est-à-dire aux communes, aux départements, aux régions, de compenser ?

Il faut garder le sens des proportions. Les petites retraites sont celles des personnes qui touchent 600, 700, 800 euros, voire 200 ou 300 euros comme certains agriculteurs. Les retraités ayant des revenus inférieurs à 1 400 euros ne seront pas concernés par l'augmentation de la CSG. Ils connaîtront même une importante augmentation de leur pouvoir d'achat, même si celle-ci ne résoudra pas les problèmes de pauvreté qu'ils rencontrent. Le minimum vieillesse sera en effet revalorisé de 100 euros par mois.

Nous avons fait un choix politique. Nous avons considéré que les retraités percevant un revenu net supérieur à 2 500 euros par mois peuvent contribuer à la solidarité à l'égard de générations qui n'ont pas connu les mêmes conditions économiques que sous les Trente Glorieuses. Ils ont indéniablement une meilleure vie qu'un salarié appartenant à une famille monoparentale qui gagne 1 150 euros. C'est une mesure courageuse de redistribution vers les salariés.

Une question technique se pose : qui compense cette augmentation de la CSG ?

Les agents publics bénéficient d'une augmentation de pouvoir d'achat qui se situe entre 2 % et 4 % par an, mais derrière les moyennes, il y a toujours des disparités. Nous connaissons tous des agents publics n'ayant pas bénéficié d'une telle augmentation. La solution ne réside pas dans une augmentation du point d'indice, mesure générale très coûteuse pour les deniers publics qui ne résout pas les difficultés sociales auxquelles sont confrontés certains agents publics, dans le secteur hospitalier notamment. Il importe plutôt d'examiner la situation métier par métier pour opérer un rattrapage à travers une suppression de cotisations. C'est ainsi que nous procéderons avec Jean-Michel Blanquer pour les agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles (ATSEM) et avec Agnès Buzyn pour certains métiers hospitaliers.

Que les choses soient claires, nous prévoyons de compenser intégralement la hausse de la CSG. Aucun agent public ne verra sa rémunération baisser. Nous supprimons des cotisations qui se rapprochent de celles payées par les salariés du privé. Il s'agit tout d'abord de la cotisation exceptionnelle de solidarité (CES) de 1 % pour les fonctionnaires, le plus souvent de catégorie A et B, qui a moins d'intérêt dès lors que nous allons changer de modèle d'assurance-chômage. Il s'agit ensuite de la cotisation maladie de 0,75 % pour les contractuels.

Comment procéderons-nous à cette compensation ? Nous avons rendez-vous le 16 octobre avec les syndicats de la fonction publique pour donner le détail des mesures que nous avons retenues. Outre les cotisations que je viens d'évoquer, nous prévoyons de supprimer les cotisations payées par les employeurs de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière. La compensation de la hausse de la CSG pour les agents publics ne donnera lieu à aucun transfert de charges. La loi permettra de verser les primes correspondant à la hausse de 1,7 point de la CSG.

Personne ne sera donc lésé. L'État prend toutes ses responsabilités en matière de politique salariale.

**Mme la ministre des solidarités et de la santé.** Monsieur Hammouche, la CNAM prévoit des examens de santé gratuits et envoie aux assurés des invitations. Un dispositif de consultations gratuites destinées aux jeunes femmes pour le dépistage des cancers et l'éducation à la sexualité vient d'être mis en œuvre. Certaines consultations de prévention sont remboursées par la sécurité sociale, par exemple pour l'arrêt du tabac. Toutefois, peu d'assurés profitent des possibilités qui leur sont offertes. Un problème de communication et d'information se pose et, avant de créer des examens gratuits supplémentaires à des âges donnés, il serait bon de faire fonctionner ceux qui existent. Si nous devons procéder à changements, ce sera dans le cadre de la stratégie nationale de santé.

Vous m'avez interrogée sur le versement de l'allocation de rentrée scolaire, madame Fontaine-Domeizel. La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance dispose que lorsqu'un enfant est placé par l'Aide sociale à l'enfance (ASE), l'ARS n'est pas plus perçue par sa famille d'origine, mais est gérée par la Caisse des dépôts et consignations jusqu'à ses dix-huit ans. Je préférerais que nous évaluions cette mesure, qui n'a que dix-huit mois, avant de la faire éventuellement évoluer.

En matière de lutte contre le tabac, beaucoup de dispositifs existent déjà. La consultation pour l'arrêt du tabac est gratuite. Et la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) est mise en œuvre si 75 % de patients d'un généraliste se sont vu proposer une consultation d'arrêt du tabac ou des substituts nicotiques. Par ailleurs, la prise en charge par l'assurance maladie des substituts nicotiques à hauteur de 150 euros par an et par personne, réservée aux patients souffrant d'affections de longue durée et aux femmes enceintes, a été élargie en 2016 à tous les assurés. En réalité, les Français n'utilisent pas cette possibilité au niveau que nous pourrions espérer.

Nous allons réfléchir à des approches populationnelles car, vous avez raison, madame la députée, le tabagisme touche davantage les populations défavorisées, notamment les chômeurs. Nous développerons des actions d'information et d'accompagnement pour toucher ces publics-cibles.

**M. Gilles Lurton.** Je partage votre point de vue sur l'allocation de rentrée scolaire, madame la ministre. La loi mérite d'être évaluée. Je vous ai d'ailleurs récemment écrit à ce sujet.

L'examen du PLFSS est traditionnellement l'occasion pour nous d'interroger les ministres au sujet de la politique familiale du Gouvernement. Trois articles y sont consacrés, les articles 25, 26 et 27. Après cinq années de coups de rabot portés à la politique familiale, je dois dire que je m'attendais à une pause, d'autant que la branche famille sera à l'équilibre en 2019. J'ai donc été très surpris, madame la ministre, de votre décision de diminuer encore une fois le plafond de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) : ce seront plus de 500 millions d'euros qui seront encore retirés aux familles les plus modestes et 250 millions d'euros aux familles de catégorie intermédiaire. J'ai du mal à comprendre ce choix alors même que vous venez de nous dire que vous voulez soutenir les familles les plus fragiles et faciliter l'activité professionnelle des femmes, objectifs que je ne peux que partager.

Vous avez justifié cette décision par la nécessité de financer des prestations en faveur des familles monoparentales. Vous avez ainsi prévu une augmentation du complément de mode de garde (CMG) pour les parents isolés. Les couples en seront exclus, alors que tous ne sont pas aisés. Enfin, cette hausse de 138 euros n'aura que peu de bénéficiaires car elle est conditionnée à une dépense très élevée en frais de garde, avoisinant 600 euros. Je ne vois pas quelle famille monoparentale en situation difficile peut déboursier autant.

Sur tous ces points, j'aimerais obtenir des éclaircissements.

**Mme Monique Iborra.** Ce premier budget social de la législature maîtrise la dépense, poursuit la baisse de l'endettement et soutient l'activité économique et le pouvoir d'achat, des plus fragiles notamment. Il se projette dans l'avenir en mettant en avant la prévention, l'innovation, les expérimentations en matière de soins.

Je ne vous poserai pas de question mais vous adresserai des remerciements, en mon nom et au nom de ceux de mes collègues de la commission qui ont participé à la première partie de la « mission flash » consacrée aux EHPAD. C'est l'une des premières fois que l'exécutif prend en compte aussi rapidement les recommandations d'une mission d'information. Au-delà des 100 millions d'euros pour l'encadrement, les conditions de travail et la permanence des soins infirmiers, vous validez les possibilités d'expérimentation, d'utilisation de la télémédecine et d'une évaluation plus qualitative.

Pour ces raisons, je poursuivrai avec d'autant plus d'énergie la deuxième partie de cette mission.

**M. Alain Ramadier.** Le Gouvernement a acté dans le PLFSS le décalage de trois mois de la revalorisation des pensions de retraite. En clair, la prochaine revalorisation interviendra non en octobre 2018, mais en janvier 2019. Le Gouvernement réalisera ainsi sur le dos des retraités, qu'il se plaît à présenter comme aisés, une économie de 500 millions d'euros. En outre, 60 % des retraités, soit 8 millions d'entre eux, paieront la CSG à taux plein sans autre compensation. Or un rapport du Conseil d'orientation des retraites (COR) a évalué en 2013 le niveau de vie médian des retraités à 1 720 euros par mois. Il est donc curieux, voire injuste, de faire entrer un retraité gagnant 1 200 euros dans la catégorie des retraités aisés.

Quant à la suppression de la taxe d'habitation, censée compenser en partie la hausse de la CSG, qu'en sera-t-il pour les nombreux retraités qui ne la paient pas, notamment les 600 000 d'entre eux qui vivent dans des maisons de retraite et dont les chambres ne sont pas considérées comme des logements privés ? Pour ces personnes, aucune compensation n'est prévue alors même qu'elles doivent supporter un coût mensuel de prise en charge très élevé, souvent bien supérieur à une pension de retraite moyenne, et que les familles peinent à financer.

Madame la ministre, quelles initiatives comptez-vous prendre pour aider ces retraités touchés et par la hausse de la CSG et par le décalage de trois mois de la revalorisation des pensions ? Ne craignez-vous pas, avec de telles mesures, de mettre à mal la solidarité intergénérationnelle, pilier de notre système de retraite par répartition, en laissant se répandre le sentiment que les retraités qui ont travaillé et cotisé toute leur vie coûtent trop cher et pénalisent les actifs ?

**M. le ministre de l'action et des comptes publics.** Je ne peux pas vous laisser dire, monsieur le député, que les retraités ne connaîtront aucune forme de compensation puisqu'ils bénéficieront de la suppression de la taxe d'habitation prévue dans le PLF. Je veux répéter devant vous que toute personne seule ayant jusqu'à 2 500 euros de revenus mensuels ou tout couple jusqu'à 4 000 euros fera l'objet d'une exonération. L'augmentation de la CSG sera quasiment neutralisée par la suppression de la taxe d'habitation.

Par ailleurs, les retraités pourront déduire la CSG de leurs impôts, s'ils en paient. L'augmentation de la TVA préconisée par M. Vercamer aboutirait, quant à elle, à une augmentation bien plus importante de la fiscalité et affecterait tous les retraités, y compris ceux qui ne touchent que 200 ou 300 euros de pension comme c'est le cas des retraités agricoles en outre-mer.

Vous évoquez les personnes qui résident dans une maison de retraite. Certaines doivent acquitter la taxe d'habitation lorsqu'elles ont la jouissance d'un logement privatif et à ce titre, elles bénéficieront de la suppression de la taxe d'habitation dans les mêmes conditions que le reste de la population. Pour celles qui ne paient pas de taxe d'habitation, il faut distinguer deux cas. Si leur établissement paie la taxe d'habitation, celui-ci fera une demande de dégrèvement, qu'il sera naturellement dans l'obligation de répercuter sur les tarifs qu'il pratique. Si leur établissement ne la paie pas, il faudra faire un effort en leur faveur, ce dont nous discuterons lors de l'examen des articles. Nous pensons que cela ne concerne que très peu de personnes. La très grande majorité des personnes résidant dans une maison de retraite bénéficieront d'une manière ou d'une autre d'une compensation.

**Mme la ministre des solidarités et de la santé.** Nous veillerons à ce que la part que représente l'hébergement en EHPAD dans le budget de ces personnes n'augmente pas l'année prochaine, soit que les coûts soient stabilisés ou soit qu'ils augmentent moins vite que la pension.

Monsieur Lurton, vous m'avez posé la question de la politique familiale. L'alignement du plafond de ressources de la PAJE sur celui du complément familial remonte au PLFSS de 2013. Cette mesure n'a certes jamais été mise en œuvre mais elle existait déjà. Dans un souci de lisibilité, elle visait à harmoniser les allocations reçues pour un enfant avant et après l'âge de trois ans. L'allocation de base de la PAJE va baisser de 17 euros, passant à 169 euros pour les familles. Dans le même temps, le complément familial majoré augmentera de 17 euros pour le troisième enfant. L'abaissement du plafond de l'allocation de base de la PAJE ne concernera que 4 % des familles sur les 72 % qui touchent cette prestation.

Nous avons choisi de revaloriser la prime de naissance, le complément familial majoré, l'allocation de soutien familial et l'allocation pour garde d'enfants pour les familles monoparentales. Ces choix stratégiques, de redistribution, ciblent les familles le plus en difficulté.

**Mme Fadila Khattabi.** Madame la ministre, monsieur le ministre, nous avons eu le plaisir de vous accueillir à Dijon en septembre dernier avec le Premier ministre. Vous avez eu l'occasion de rencontrer le président et des salariés du RSI, mais aussi les représentants de la chambre des métiers et de l'artisanat de Côte-d'Or. Tous, pour des raisons diverses, ont fait part de leurs inquiétudes à la suite de l'annonce de la suppression du RSI, qui était un engagement du Président de la République.

Le RSI sera adossé au régime général dès janvier 2018. Vos propos ont été rassurants, mais les personnels du RSI sont inquiets. Ils ont le sentiment d'avoir accompli dans des conditions difficiles un travail qui a contribué à la constitution de réserves à hauteur de 17 milliards, ce qui n'est pas négligeable. Quant aux travailleurs indépendants, bien qu'ils soient favorables à cette suppression, ils sont également inquiets car ils craignent de voir leurs cotisations augmenter, dans une proportion de 30 %, disent certains. Ils redoutent par ailleurs que les montants mis en réserve ne viennent compenser d'autres caisses plus ou moins à l'équilibre.

Nous connaissons votre grand sens du dialogue et de l'écoute, madame la ministre, monsieur le ministre, et nous aimerions que vous nous apportiez des précisions sur la mise en œuvre de la réforme ?

**M. Jean-Hugues Ratenon.** Madame la ministre, monsieur le ministre, le mois dernier, le Défenseur des droits publiait un rapport consacré à la lutte contre la fraude aux prestations sociales. On y apprend que les objectifs chiffrés de détection de la fraude ont conduit à des situations ayant porté « *atteinte au principe d'égalité devant les services publics, à celui de la dignité de la personne ou encore au principe du contradictoire* ». Les allocataires et assurés sociaux ne peuvent plus se justifier devant l'administration, désormais susceptible de couper leurs prestations, de fixer des pénalités importantes, sans possibilité pour les personnes incriminées d'être défendues. On y apprend aussi que l'erreur est de plus en plus confondue avec la fraude et qu'une mauvaise compréhension de la part des usagers peut leur valoir d'être qualifiés de fraudeurs et d'être traités comme tels. C'est d'autant plus grave que les dégâts sur la vie des assurés sociaux les plus précaires sont énormes.

Quelle n'a pas été ma surprise lorsque j'ai appris que ce PLFSS compte intensifier cette lutte contre la fraude pour mener à bien son plan d'économies.

Commençons par pointer le cynisme qui consiste à espérer que la fraude des usagers contribuera au rétablissement de l'équilibre de l'ensemble de la sécurité sociale. À quel prix, madame la ministre ?

Votre projet de loi accroît la pression qui pèse sur les fonctionnaires, poussés à se montrer sans pitié. Vous souhaitez empêcher la remise de dettes et fermer les yeux sur les situations d'endettement des assurés sociaux qualifiés de fraudeurs. Vous déniez aux fonctionnaires le droit à l'humanité, en proposant la mise en place de pénalités s'ils font preuve de compassion.

Pourquoi un tel acharnement sur la fraude aux prestations sociales, trente et une fois moindre que la fraude fiscale, monsieur le ministre ? J'aurais préféré que vous soyez aussi sévère avec les exilés fiscaux mais vous leur déroulez le tapis rouge en les poussant à revenir pour profiter de la fin de l'ISF.

Fort avec les faibles, faible avec les forts : telle est la devise de ce gouvernement qui va vider les poches des pauvres en les criminalisant. Un peu d'humanité de votre part devrait vous conduire à renoncer à une mesure qui aggrave considérablement la situation actuelle.

**Mme Valérie Petit.** Ma question portera sur la lutte contre la contrebande de tabac et les achats frontaliers.

Nous savons qu'une augmentation importante et rapide du prix du tabac produit des effets positifs en matière de baisse de la consommation et plus largement de lutte contre le tabagisme. L'évolution de la fiscalité que vous proposez dans le PLFSS vise à fixer le prix du paquet de cigarettes à dix euros en 2020, ce qui est une mesure de santé publique extrêmement courageuse.

Elle est aussi susceptible, vous le savez, de provoquer une hausse de la contrebande de tabac et des achats transfrontaliers. Une étude du cabinet KPMG, qui vaut ce qu'elle vaut, estime à 26 % la part du marché parallèle dans la consommation totale du pays.

Des actions ont déjà été engagées pour lutter contre la contrebande de tabac et limiter les achats transfrontaliers, notamment à l'échelle de l'Union européenne. On peut évoquer les directives sur les dispositifs de traçabilité ou encore la limitation des quantités pouvant être transportées par les particuliers d'un État à un autre de l'Union.

Ma question porte plutôt sur les moyens nationaux que nous mettrons en œuvre. J'aimerais en connaître le détail et le coût prévisionnel.

Auriez-vous une estimation, monsieur le ministre, de l'impact de la hausse du prix du tabac à venir sur la contrebande et les achats transfrontaliers ?

Quels moyens supplémentaires vont être mis en œuvre pour lutter efficacement contre la contrebande ? Je pense à la mobilisation des agents des douanes ou encore à des mesures prises en direction des buralistes.

Enfin, pouvez-vous estimer le coût de ces mesures ?

**M. le ministre de l'action et des comptes publics.** Monsieur Ratenon, je vais vous donner un scoop : mon cœur bat, j'ai aussi des sentiments et il m'arrive même d'aimer les enfants. Je pense pouvoir dire que Mme la ministre aussi, même si je n'en ai pas de preuves.

**Mme la ministre des solidarités et de la santé.** Mais pour moi, tout le monde le sait déjà, cher collègue ! (*Sourires.*)

**M. le ministre de l'action et des comptes publics.** Votre argumentation sur la fraude fiscale est déconsidérée par les propos que vous tenez à propos de la fraude sociale. Que ce soit en matière de fiscalité ou de prestations sociales, le fraudeur est toujours celui qui donne un coup de canif au pacte républicain.

Je ne sais pas où vous avez vu que j'aurais preuve de légèreté à l'égard des exilés fiscaux, depuis cinq mois que j'occupe mes fonctions ministérielles. Gardez-vous de tout procès d'intention. Je suis le ministre qui a proposé la fermeture de ce bureau, contre certaines habitudes, y compris administratives qui avaient été prises. Ainsi, à partir du 1<sup>er</sup> janvier prochain, aucun exilé fiscal ne pourra plus bénéficier du régime de rattrapage. Je suis le ministre qui a évoqué pour la première fois la déchéance des droits civiques pour ceux qui seraient convaincus de fraude fiscale avérée et caractérisée, je constate que vous n'en faites pas mention. Par ailleurs, je ne vois pas le lien que vous établissez entre le fait de diminuer la fiscalité et les fraudeurs et autres évadés fiscaux.

Fort heureusement, dans ce pays certains paient beaucoup d'impôts, notamment dans ma région. Alors qu'ils auraient très facilement pu passer la frontière pour aller en Belgique – car il n'y a ni Alpes, ni Pyrénées, ni Manche à franchir : la rue que j'habite est partagée entre

la France et la Belgique –, ils sont restés en France. Ils ont le droit de contester le montant des impôts, mais ils les acquittent. Cela s'appelle la démocratie : on a le droit de contester un montant d'impôt comme de dire qu'ils ne sont pas assez élevés. Ce procès que vous me faites n'est donc pas juste.

Celui qui fraude socialement doit être pénalisé, et je n'ai aucun doute sur la nécessité de lutter contre les fraudes. Car la fraude jette l'opprobre sur l'ensemble de la redistribution sociale. Je vais vous délivrer un deuxième scoop : l'argent public n'existe pas ; ce qui existe, c'est l'argent des contribuables. Heureux sont les contribuables qui peuvent payer, car certains, du fait des circonstances de leur existence, en sont empêchés, c'est là que la solidarité nationale prend le relais.

Il ne faut jamais oublier que le gratuit ne sort pas d'une imprimante qui se trouverait dans les sous-sols de Bercy ; cela fait cinq mois que je la cherche, et je n'ai trouvé que des copies du PLFSS et du PLF, dont je remercie les ouvriers du Livre du ministère.

La question du tabac est très importante. Mme la ministre de la santé et des solidarités, suivant en cela l'annonce faite par le Premier ministre lors de son discours de politique générale, a proposé une augmentation très forte des prix du tabac, ce qui emporte de très lourdes conséquences pour les buralistes, influe sur le comportement des fumeurs, et peut poser la question de l'efficacité d'une politique d'augmentation de la fiscalité.

Historiquement, ainsi que Mme Buzyn l'a rappelé en termes choisis, le ministère des comptes publics, puisqu'il est à la fois le ministère des douanes et celui des buralistes – qui m'ont fait l'honneur de m'inviter à leur congrès le 19 octobre prochain –, n'est pas favorable à une forte augmentation des prix du tabac, car elle a des conséquences sur la contrefaçon, la contrebande et leur possible encouragement.

Reste qu'on ne peut pas considérer qu'il faille continuer avec l'instrument de mort qu'est le tabac, qui produit des cancers, singulièrement plus qu'ailleurs dans la région où vous êtes élue, madame Petit. En outre, ce fléau touche davantage les classes populaires, comme beaucoup de maladies liées au comportement, qu'il s'agisse du sucre, de l'alcool ou du tabac.

L'interdiction du tabac dans les lieux publics, décidée par Xavier Bertrand, a donné lieu à des débats très denses, et beaucoup de gens l'ont contestée. Cette décision ne procédait d'ailleurs pas d'un texte législatif, mais d'un texte réglementaire, et personne n'aurait aujourd'hui l'idée de revenir sur cette décision courageuse. Elle a sauvé des milliers de vies, y compris de tenanciers exploitants de bars-tabacs.

Vous avez raison, toutes les études montrent que les hausses du prix du tabac, à condition qu'elles soient fortes, entraînent des arrêts de la consommation. Il existe aussi des mesures d'accompagnement, que nous nous efforçons de mettre en place de la façon la plus précise possible. J'ignore quel est le pourcentage de fraude et de contrebande. J'ai entendu le chiffre de 26 %, qui par définition est difficile à établir. Je le prends pour ce qu'il est, je ne vais pas casser le thermomètre.

Il n'empêche que la contrebande existe à raison du trafic qui, comme tous les trafics dont celui de l'alcool notamment, porte sur des produits qui se revendent facilement, ce qui conforte cette pratique.

Nous voulons mettre tous les moyens en œuvre pour lutter contre ces trafics. Le projet de loi de finances pour 2017 prévoit 200 équivalents temps plein (ETP) supplémentaires pour l'administration des douanes, alors que mon ministère connaît une baisse très significative de ses effectifs. Il faut que les douaniers, qui fournissent un travail remarquable, ce que les buralistes soulignent souvent, disposent d'encore plus de moyens, notamment par le renseignement douanier et l'augmentation du nombre des brigades canines. À cet égard, je rappelle que, dans toutes les ambassades, ports et aéroports du monde, les agents douaniers sont en correspondance et échangent de l'information.

Le trafic de cigarettes est important en volume ; la semaine dernière l'administration des douanes a encore arrêté huit tonnes de tabac en transit dans un port de la Manche. Les services douaniers réalisent donc des saisies importantes, mais la question ne concerne pas que ces seuls services. Je pense que les parlementaires devraient aussi aider le ministre des comptes publics, ministre des douanes, lorsqu'il considère – je sais que Gérard Collomb y est très attentif – que la police et la gendarmerie sont aussi concernées, et que les actions doivent être davantage coordonnées.

Comme me l'ont indiqué récemment encore des agents du service du Traitement du renseignement et action contre les circuits financiers clandestins (TRACFIN), le trafic de cigarettes nourrit malheureusement d'autres circuits parallèles, dont le terrorisme. Aussi, ceux qui achètent du tabac de contrebande doivent savoir qu'ils ne font pas forcément une bonne affaire, car il leur arrive de financer d'autres trafics. Je partage votre point de vue : il faut améliorer la coordination et – pourquoi pas ? – aggraver les peines infligées aux trafiquants de tabac.

Vous avez aussi évoqué le problème des frontaliers. De fait, la situation n'est pas la même selon que l'on est proche d'Andorre, de l'Espagne, de l'Italie, ou que l'on se trouve au centre de la France ou en Bretagne. Le trafic existe partout, mais il est plus intense dans les zones frontalières ; il ne vous a pas échappé que la France a beaucoup de frontières, et celles-ci doivent être maîtrisées.

Nous allons prendre des initiatives extrêmement fortes pour que l'action de l'Europe se concrétise jusque dans la vie de tous les jours, y compris pour les buralistes et les consommateurs. Nous allons proposer une harmonisation fiscale, je l'espère avec le soutien des députés européens, je vais entreprendre avec M. Moscovici, pour la première fois, des visites des zones frontalières et des services douaniers luttant contre le trafic du tabac.

Le Premier ministre soutient cette démarche, et je ferai la tournée des pays européens concernés avec Mme la ministre de la santé pour évoquer après l'adoption du budget et de la loi de financement de la sécurité sociale, ce problème d'harmonisation fiscale, car il faut mettre un terme aux distorsions existant dans ce domaine entre les différents pays. Si la France doit être à la pointe d'un certain nombre de questions touchant à l'écologie, elle doit aussi l'être de la lutte contre la consommation de tabac, dont les effets destructeurs sont très puissants.

Je souhaite enfin vous dire que nous allons travailler avec les buralistes, qui font un métier difficile. Tous ne connaissent pas la précarité, ils gagnent parfois correctement leur vie, mais beaucoup de fermetures sont constatées. Ces buralistes ne vendent pas que du tabac, mais beaucoup d'autres choses ; ils sont le lieu social des villes et des villages de France, et j'ai beaucoup de respect pour ces gens qui se lèvent tôt le matin, se couchent tard le soir et

subissent une fiscalité ainsi qu'une réglementation pesantes – ce qu'ils acceptent, mais ils demandent à être accompagnés.

C'est ce que je leur dirai à leur congrès, notamment en abordant la question d'une meilleure répartition des bénéfices réalisés par la Française des jeux, même s'il y a là d'autres addictions possibles sur lesquelles nous reviendrons. Nous voulons aider les buralistes, notamment les frontaliers, à se moderniser, ce qui est leur souhait. La cigarette électronique pose d'autres questions, les buralistes ont adopté le Compte-Nickel, qui fonctionne très bien pour un certain nombre d'entre eux. Ils ont la possibilité de diversifier les produits qu'ils proposent au public, notamment en relation avec le rôle de lien social qui est le leur.

Nous ne reculerons pas sur l'objectif de santé publique que constitue la lutte contre le tabagisme qui implique une action déterminée contre la contrebande et la contrefaçon, mais nous devons aider les buralistes à s'en sortir, car l'État a longtemps compté sur eux pour vendre du tabac.

**Mme Michèle de Vaucouleurs.** Ma question porte sur le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Les tableaux d'équilibre présentés dans le PLFSS laissent apparaître un solde excédentaire de la branche vieillesse d'un montant de 1,3 milliard d'euros ; de son côté, le FSV connaît un déficit de 3,6 milliards d'euros, toutefois en nette diminution depuis quelques années. Qu'en est-il des recettes affectées à ce fonds pour l'année 2018, et quelles sont les perspectives d'évolution ? Quelles seront les évolutions de dépenses, et quelles sont les solutions envisagées pour réduire le déficit ?

**Mme Annie Vidal.** Ma question concerne les prestations familiales, particulièrement la mise en cohérence du supplément familial de traitement (SFT) de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). Pouvez-vous me confirmer que ce sont seulement 4 % des 72 % de familles touchant cette prestation qui seront lésées par cette mesure ? Quelles en seront, par ailleurs, les conséquences pour les familles qui auraient pu bénéficier de la PAJE au-delà du 1<sup>er</sup> avril 2018 ?

Enfin, je voudrais vous dire à quel point les professionnels de santé de mon territoire d'élection reçoivent positivement ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Ce sont surtout la volonté clairement affichée pour la promotion d'une médecine préventive plutôt que curative, et la préférence donnée à une médecine de parcours sur une médecine d'actes qui remportent les suffrages.

**Mme Ericka Bareigts.** Vous souhaitez porter au problème de la pauvreté infantile une attention particulière, que, bien entendu, nous partageons ces inquiétudes. Je dois toutefois confesser ma perplexité au sujet de la cohérence d'ensemble de la politique du Gouvernement dans le domaine de la lutte contre la pauvreté. À cet égard, on ne peut que s'étonner de la baisse annoncée de l'allocation de base de la PAJE.

Par ailleurs, si les enfants sont pauvres, c'est parce que leurs familles le sont ; ce constat a été établi par l'Observatoire des inégalités. Dès lors, comment peut-on appauvrir les tranches d'âge supérieures des familles, à savoir les parents et grands-parents, en espérant que cela n'affectera pas les enfants ? La théorie du ruissellement vaudrait-elle pour la richesse et pas pour la pauvreté ?

Malheureusement, lorsque l'on appauvrit les parents en diminuant les aides au logement, ou les grands-parents en augmentant la CSG pesant sur leurs retraites, la pauvreté finit fatalement par toucher les enfants. Pour un retraité percevant une pension d'un montant de 1 300 euros, ce qui constitue une petite retraite, monsieur le ministre, car à 600 euros le seuil de la grande pauvreté est atteint, cette mesure représente une baisse de 265 euros du pouvoir d'achat, sans compensation puisque l'intéressé bénéficie déjà de l'exonération.

Comme les retraités, les personnes pensionnées au titre de l'invalidité subiront les conséquences de la hausse de la CSG, et ce sans aucune compensation.

Par ailleurs, la réforme des critères de prise en compte des revenus d'un couple bénéficiant de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) conduira à un nivellement par le bas de leurs allocations. Ces couples aussi ont des enfants qui en subiront les conséquences.

Enfin, le dossier de presse présentant le PLFSS pour 2017 mentionne la somme de 50 millions d'euros pour la prise en charge des patients précaires au sein des établissements de santé. Or cette somme ne figure pas dans le projet de loi : pourriez-vous nous éclairer sur ce point ?

**Mme la ministre des solidarités et de la santé.** Je précise qu'aucune modification des recettes ou des dépenses du FSV n'est prévue. Nous voulons ramener le déficit à 3,4 milliards d'euros en 2018, et à 800 millions d'euros en 2021.

S'agissant de la PAJE, je confirme à Mme Vidal que l'alignement des plafonds et de l'allocation de base avec le complément familial concernera 4 % des familles recevant aujourd'hui l'allocation de base de la PAJE, sur les 72 % de familles qui la reçoivent aujourd'hui. Ce qui se traduira par une diminution de revenu de 17 euros, passant de 185 euros à 168 euros par enfant, mais, pour beaucoup de familles, cette baisse sera compensée par d'autres types d'allocations. Ce seront donc les 4 % des familles les plus aisées qui seront touchées.

Par ailleurs, dans la mesure où il s'agit d'une mesure « de flux », elle ne concernera que les enfants nés à partir du 1<sup>er</sup> avril 2018, c'est-à-dire que ceux qui ouvrent actuellement droit à 185 euros ne verront pas leur situation modifiée.

Par ailleurs, nous allons lancer une grande concertation sur la question de la pauvreté des enfants et des jeunes. Si aujourd'hui le taux de pauvreté dans le pays s'est stabilisé à 13,14 %, le visage de la pauvreté a changé. Ce sont majoritairement des jeunes, particulièrement ceux qui sont âgés de moins de 25 ans, qui sont atteints. De plus, 3 millions d'enfants vivent en dessous du seuil de pauvreté.

Nous allons lancer une action volontariste fondée sur une concertation axée sur une stratégie nationale, dont le Président de la République donnera le départ lundi prochain. Pour ma part, j'ai rencontré toutes les grandes associations ; et je précise qu'une politique ne se résume pas à une seule mesure budgétaire portant sur une allocation.

Se saisir d'un problème aussi complexe que la pauvreté des enfants et travailler sur l'investissement social passe aussi par des mesures concernant l'école – comme le doublement des classes en réseau d'éducation prioritaire renforcé (REP) – et par toutes les mesures que je prends en faveur des familles monoparentales ou des familles pauvres dans le cadre du PLFSS.

Enfin, le PLFSS pour 2018 est un PLFSS de redistribution. Les associations familiales notamment nous reprochent de toucher au principe d'universalité en utilisant la politique familiale comme moyen de redistribution en faveur de la lutte contre la pauvreté : je l'assume, et nous poursuivrons dans cette direction !

**M. le ministre de l'action et des comptes publics.** Pour compléter la réponse de Mme la ministre de la santé, j'avoue tout d'abord ne pas bien entendre vos propos au sujet de la pauvreté, madame Bareigts. Je rappelle que nous augmentons tous les minima, ce qu'aucun gouvernement n'a fait auparavant. Nous augmentons le minimum vieillesse, l'AAH ainsi que le montant de la prime d'activité pour les travailleurs dont les revenus se situent entre 0,5 et 1,3 à 1,4 fois le SMIC. Je ne vois donc pas comment vous parvenez à considérer que le poids de la fiscalité augmente pour ceux qui sont considérés comme pauvres. Je le répète : ce n'est qu'à partir d'un montant de retraite de 1 390 euros que commence l'augmentation de quelques euros de la CSG ; ce qui constitue précisément une mesure redistributive.

Je peux comprendre, madame la députée, que sur le flanc droit de l'hémicycle on conteste – avec cependant des débats internes – la « bascule » opérée entre cotisations et CSG, en préconisant de privilégier la TVA comme instrument d'intervention. De fait, la TVA est payée par tout le monde, et on en acquitte le montant en fonction de ce que l'on achète : ainsi le riche n'achète-t-il pas la même voiture que le pauvre, et paie 20 % en proportion de ce qu'il acquiert.

En revanche, on comprend moins pourquoi des gens qui pourraient se présenter comme sociaux-démocrates, qui sont donc attachés à la redistribution à proportion des revenus – et ça n'est pas pour rien que la CSG a été inventée par Michel Rocard – combattent une politique sociale prenant la CSG pour variable – à moins que la Nouvelle Gauche ne soit plus sociale-démocrate, ce qui pourrait susciter un débat politique intéressant. Je pense vraiment que vous devriez choisir un autre argument pour dénoncer cette bascule entre cotisations et CSG car, comme l'a fort justement rappelé Mme la ministre : c'est le principe même de la redistribution. Or, ce qui est attaqué, ce n'est pas la bascule de la CSG ni même le seuil retenu, mais le principe de la redistribution en faveur de ceux qui travaillent, et dont les salaires sont les plus bas. Je suis donc au regret de devoir vous dire que cette critique prenant pour argument que la CSG ou la fiscalité augmenterait pour les plus pauvres est dénuée de fondement, le contenu du PLF comme du PLFSS démontre d'ailleurs le contraire.

**M. Thierry Michels.** Au cours de la dernière séance de questions au Gouvernement, vous avez évoqué, monsieur le ministre, le mandat de transformation de l'action publique que les Français ont confié à la majorité. Il ne s'agit pas de passer un coup de rabot uniforme, mais de reconsidérer en profondeur les missions de l'État et des services publics.

Or nous constatons trop souvent un écart entre les moyens investis et les résultats obtenus, au regard de l'efficacité et de la qualité du service rendu. C'est notamment le cas dans les hôpitaux, où les personnels médicaux ne peuvent pas passer suffisamment de temps auprès des patients, en raison des tâches administratives trop lourdes qui leur sont affectées.

Le grand plan d'investissement annoncé par le Gouvernement, qui consacre 5 milliards d'euros à la transformation numérique de système de santé, représente une avancée bienvenue pour rendre du temps aux personnels des hôpitaux afin qu'ils puissent se recentrer sur l'essentiel de leur métier.

Quelles autres mesures envisagez-vous pour améliorer la gestion des personnels et du temps à l'hôpital, et remettre patients et usagers au cœur du système de santé ?

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Madame la ministre, vous avez évoqué les efforts réels réalisés par le PLF et le PLFSS pour le volet soins. Néanmoins, nous n'avons pas de réponse à la question portant sur la tarification de la partie dépendance. Or, c'est bien là que le décret d'application pose problème. Notre commission vous a adressé un certain nombre de propositions restées à ce jour sans réponse.

Par ailleurs, le Gouvernement a souhaité augmenter de façon significative le montant de l'allocation aux adultes handicapés, mais cette mesure ne profitera pas de la même façon à tous. Ainsi en sera-t-il pour les couples bénéficiaires de l'AAH puisque vous proposez le gel du plafond de leurs ressources et l'alignez sur celui des personnes bénéficiant du revenu de solidarité active (RSA). Cette mesure semble s'inscrire en contradiction avec l'esprit des divers travaux conduits dans ce domaine, au rang desquels le rapport de Christophe Sirugue sur les minima sociaux, publié en avril 2016, qui montre que l'AAH n'est pas un minimum social comme les autres. En renvoyant à davantage de solidarité familiale, cette mesure risque d'aller à l'encontre du combat pour une plus grande autonomie : 230 000 personnes seraient concernées.

En outre, vous proposez la suppression du complément de ressources destiné aux personnes les plus handicapées ne pouvant pas travailler, mais vivant dans un logement indépendant ; 65 000 personnes seraient alors concernées.

Enfin, vous ne proposez pas de compensation à l'augmentation de la CSG assise sur la prestation de compensation du handicap (PCH) perçue par les aidants familiaux, qui doivent souvent renoncer à travailler. Or le taux horaire proposé n'est absolument pas à la hauteur de l'engagement qui est le leur, et cette augmentation de CSG non compensée risque de diminuer de façon importante leur pouvoir d'achat.

**Mme Martine Wonner.** Madame la ministre, vous annoncez un PLFSS de solidarité, ce dont nous pouvons tous nous réjouir.

La lutte contre les exclusions et la pauvreté constitue une priorité qui passe par un meilleur accès au droit ainsi que par la simplification des démarches. La prévention est un objectif essentiel de la politique nationale de santé, comme la lutte contre les inégalités sociales en santé.

L'accès à la santé relève des droits inaliénables protégeant la dignité de tout être humain. Dans un souci de santé publique, de simplification et d'économies, intégrer les bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME) dans le régime général constituerait une évolution efficace. La couverture maladie est une garantie pour les plus démunis, mais elle profite à l'ensemble des personnes résidant en France, en évitant que l'état de santé des plus précaires ne se dégrade.

L'intégration de l'AME dans le régime général favoriserait l'accès à la médecine de ville et limiterait le report vers les services d'urgence hospitaliers. Elle faciliterait le travail des professionnels sociaux et médico-sociaux et des caisses d'assurance maladie qui traitent des demandes en devant appliquer des règles complexes variant pour des populations pourtant similaires. Elle faciliterait la continuité de l'accès à la couverture maladie, quel que soit le

statut de la personne. Certes, cela représente un choc de simplification administrative, mais comment ne pas y être favorable ?

Que pensez-vous de ces propositions, madame et monsieur le ministre, puisqu'elles concernent à la fois le PLF et le PLFSS ?

**Mme la ministre des solidarités et de la santé.** À M. Michels, je réponds que nous mettons en œuvre un plan de qualité de vie au travail des professionnels de santé hospitaliers, mais que cela ne suffira pas et que j'ai conscience qu'il ne peut constituer l'unique réponse. Des mesures portant sur la sécurité des établissements de soins seront prises, et une réflexion sur la gouvernance doit par ailleurs être conduite. Nous allons y travailler. Ce n'est pas parce qu'une mesure ne figure pas dans le PLFSS que le ministère ne lance pas des actions et des plans. Encore une fois, le PLFSS ne traduit que les aspects budgétaires d'une politique.

La question des patients et usagers me tient particulièrement à cœur, car j'y ai déjà été confrontée dans d'autres contextes. Il me semble qu'aujourd'hui notre vision de leur représentation au sein des instances est quelque peu archaïque. Ils doivent désormais être impliqués dans l'évaluation et l'évolution du système de santé.

Il existe maintenant des indicateurs d'évaluation de qualité des soins et des parcours, nous disposons des mesures des résultats déclarés par les patients (PROM) et des mesures des expériences déclarées par les patients (PREM), qui permettent d'apprécier la qualité des soins dispensés par un établissement. Ces techniques existent au Canada notamment, nous allons les développer, et elles constitueront une évolution possible vers l'intégration des patients et des usagers dans le cadre de la transformation du système.

Quant à la modification de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) évoquée par Mme Firmin Le Bodo, je rappelle que cette mesure a été décidée par le gouvernement précédent. Nous recevons d'ailleurs de nombreuses récriminations à son sujet. Il est prévu que cette réforme s'étale sur sept ans ; nous avons été alertés très tôt des difficultés de tarification des établissements. Je répète qu'aujourd'hui 80 % des EHPAD sont gagnants, et 20 % perdants. Nous disposons de tout le temps nécessaire à une mise en œuvre en douceur, un comité de suivi a été installé ; nous travaillerons avec l'ensemble des parties concernées, particulièrement les acteurs locaux qui participent au financement.

Pour ce qui concerne l'AAH, je laisse à M. Darmanin le soin de répondre.

**M. le ministre de l'action et des comptes publics.** Je tiens tout d'abord à lever toute ambiguïté qui aurait pu survenir : aucun allocataire de l'AAH ne connaîtra de baisse de pouvoir d'achat. La revalorisation annoncée permettra de porter à 900 euros le « treizième mois » de l'AAH, dont le montant, au 1<sup>er</sup> novembre 2018, sera porté à 860 euros et atteindra 900 euros le 1<sup>er</sup> novembre 2019.

Cette revalorisation correspond à une hausse de plus de 11 % du montant de l'allocation, et représentera un gain mensuel de 48 euros dès la fin de l'année 2018, puis de 90 euros à la fin de l'année 2019. Elle bénéficiera à 876 500 ménages et représente un montant cumulé de dépenses de 2,5 milliards d'euros d'ici 2022. Y aura-t-il des perdants parmi les couples ? La réponse est négative, il n'y aura pas de perdants parmi les couples à cause de ce système de revalorisation.

Cette mesure s'accompagne d'un rapprochement des règles de prise en compte de la situation familiale. Beaucoup de candidats à l'élection présidentielle ont évoqué ce principe du rapprochement des minima sociaux entre eux. Un travail de réflexion sera mené par la ministre de la santé et des solidarités ainsi que par votre commission. Je rappelle par ailleurs que le coefficient multiplicateur des ressources retenu pour le calcul du RSA est aujourd'hui de 1,5 et devrait évoluer vers 1,8. Il reste donc supérieur aux coefficients actuellement applicables aux autres minima, et le minimum garanti de ressources de ces couples s'élève à 1 620 euros. Il est ainsi stabilisé bien au-dessus du seuil de pauvreté pour les couples.

Nous nous accordons tous à dire qu'aucun des allocataires actuel ne sera impacté. Seuls 16,5 % des bénéficiaires de l'AAH qui sont en couple disposent de ressources situées au-dessus du plafond de 1 620 euros, et leur situation demeurera inchangée. Plus de 155 000 bénéficiaires de l'AAH en couple ont des ressources situées en dessous de ce seuil, ce qui n'est pas, madame, le chiffre que vous avez donné. Ils vont donc aussi bénéficier pleinement de la mesure de revalorisation.

Vous m'avez aussi interrogé sur le complément de ressources : les bénéficiaires vont-ils accuser une perte de pouvoir d'achat ? Là encore la réponse est négative. Contrairement à l'objectif de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui visait à maintenir un seul complément de l'AAH, le bénéfice de cette allocation peut être complété pour des personnes placées dans la même situation, par l'un ou l'autre des deux compléments, soit un complément de ressources de 179 euros lorsqu'elles ont une capacité de travail inférieure à 5 % ; et seuls 6 % des bénéficiaires de l'AAH le perçoivent.

Par une majoration pour la vie autonome de 105 euros, qui vient, elle, rehausser le niveau des allocations logement de droit commun, 14 % des allocataires bénéficient de cette majoration. La coexistence de ces deux compléments, dont le bénéfice est soumis à des conditions partiellement communes et qui peuvent ou pas s'articuler avec les prestations logement de droit commun, nuit à la lisibilité des dispositifs, et concourt à l'engorgement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

Si nous avons un débat portant sur les autres prestations susceptibles d'être servies aux personnes en situation de handicap, vous seriez sans doute les premiers, avec raison, à dénoncer les dysfonctionnements de certaines MDPH, dus à la diversité excessive des dispositifs qu'elles proposent.

Dans une perspective de rationalisation et de simplification, la fusion de ces compléments va être engagée, elle ne sera effective qu'au début de l'année 2019, et les droits des bénéficiaires actuels seront intégralement maintenus. La fusion des compléments interviendra au fil des nouvelles demandes ; si je devais caricaturer, je dirais que l'on parlera évidemment du flux des nouvelles demandes, et évidemment pas de ceux qui aujourd'hui connaissent ce dispositif.

**Mme la ministre des solidarités et de la santé.** À Mme Wonner, je répondrai que l'AME est un dispositif nécessaire de santé publique : il protège les personnes en situation irrégulière, mais aussi les autres grâce à la couverture qu'on leur garantit contre les maladies transmissibles. En tout état de cause, en l'absence d'AME les hôpitaux devraient accueillir ces patients, ce qui constituerait un transfert de charge de l'AME vers le budget des hôpitaux. Il est donc évidemment nécessaire de maintenir cette couverture des personnes en situation irrégulière.

Par ailleurs, l'AME et la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) sont des dispositifs complémentaires, qui ne s'adressent pas aux mêmes personnes et qui sont le fruit de réflexions différentes. La CMU-C couvre un risque assurantiel, elle est financée par une taxe prélevée sur les contrats d'assurance, tandis que l'AME est financée par l'impôt.

De plus, la couverture apportée par la CMU-C est supérieure à celle que fournit l'AME, qui ne couvre que le strict nécessaire. La CMU-C peut, par exemple, couvrir le droit à la procréation artificielle ainsi qu'aux cures thermales et aux médicaments à 15 %. Ça n'est pas le cas de l'AME. Il n'est donc pas question, pour l'instant, de fondre les deux dispositifs en un seul.

**M. Boris Vallaud.** J'ignore si le PLFSS et le PLF seront ceux des promesses tenues. Il est en tout cas vrai que le budget de la Nation est bien celui des promesses tenues à l'endroit des plus favorisés, car ils bénéficient immédiatement de la baisse de l'ISF et de l'institution du prélèvement forfaitaire unique. Pour les autres, nous ne pouvons que constater que bien des mesures sont étalées dans le temps, et pour des montants qui sont sans commune mesure. Mais la question n'est pas là, vous avez vos ordres de priorité que nous pouvons ne pas partager.

Madame la ministre, vous voulez être la ministre de la prévention, or vous avez déconstruit le compte pénibilité, ce qui me donne l'occasion de vous rappeler que vous nous devez une réponse à la lettre que vous a adressée le groupe Nouvelle Gauche. Mais je comprends que vous puissiez être gênée, car je ne suis pas certain que vous ayez été associée à cette réforme.

Que comptez-vous faire pour la prévention des risques professionnels, qui sont la première cause de cancers dans notre pays ? De façon plus générale, où est la prévention dans votre PLFSS ? Y est-il question de l'alcool, de la promotion de l'activité physique, de la lutte contre l'exposition aux risques chimiques ? Qu'est-ce qui, dans votre texte, contribuera à la réduction des inégalités de santé, qui se constituent essentiellement sur les lieux de travail ?

Le diable se nichant dans les détails, je souhaiterais avoir des précisions sur les conséquences de la hausse du forfait hospitalier. Je souhaiterais en particulier connaître le nombre des patients dépourvus d'assurance complémentaire santé ou souscrivant à des assurances complémentaires ne couvrant pas intégralement les frais, et pour lesquels demeure un reste à charge. J'aimerais connaître le montant moyen de ce reste à charge ainsi que la durée moyenne de leur séjour en milieu hospitalier.

L'augmentation du forfait jour représente 2 euros par jour pour ces patients, soit 60 euros par mois. Pour un chômeur en fin de droits bénéficiaire de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) mais pas de la CMU-C, cela représente 10 % de ses revenus.

Je souhaiterais donc savoir combien de personnes sont dans cette situation, et ce que vous envisagez faire pour eux. Demanderez-vous, par exemple, aux hôpitaux de ne pas recouvrer les factures, sauf, sans aucun doute, à prendre le risque de faire payer aux plus malades et aux plus pauvres cette augmentation du forfait jour ?

Enfin, allez-vous réformer le reste à charge supporté par l'hôpital, qui est un nid de complexités ?

**M. Julien Borowczyk.** Je souhaite tout d'abord souligner les engagements forts et courageux de ce PLFSS, particulièrement pour ce qui concerne la mise en valeur du travail d'innovation et de prévention, mais aussi pour le maintien de l'équilibre budgétaire.

Madame la ministre, la désertification médicale rurale comme urbaine constitue aujourd'hui une préoccupation majeure. L'attention que vous portez à cette problématique nationale apporte d'ailleurs la preuve de la juste appréhension qui est la vôtre des conséquences de cette situation. Vous n'êtes pas sans savoir que le maillage dense et équilibré du territoire national par tous les professionnels de santé est indispensable pour garantir l'accès aux soins primaires et secondaires, mais aussi pour garantir le retour à domicile de chacun.

Afin de lutter contre cette désertification, vous souhaitez par le truchement du PLFSS renforcer et accélérer la constitution d'équipes professionnelles pluridisciplinaires riches de toutes les expériences. C'est à l'évidence préserver l'avenir de la prise en charge médicale au sein de parcours de soins et de santé structurés. Cette solution répond de surcroît à une demande exprimée par les professionnels de santé, qui de plus en plus souhaitent travailler ensemble.

Madame la ministre comment comptez-vous promouvoir cette coordination interprofessionnelle ? Comment pensez-vous faciliter l'articulation entre la ville et l'hôpital au bénéfice du patient ? Enfin, peut-on envisager à brève échéance une pérennisation du maintien à domicile grâce à la télésurveillance et aux soins à domicile ?

**Mme la ministre des solidarités et de la santé.** En réponse à M. Vallaud, je rappellerai que le forfait hospitalier n'a pas été revalorisé depuis 2010, il va donc prendre en compte l'inflation, y compris celle de 2018 avec une légère anticipation. Aujourd'hui ce sont les assureurs et les complémentaires qui couvrent en très grande majorité ce forfait journalier hospitalier : 95 % de nos concitoyens ont souscrit une assurance complémentaire couvrant le forfait hospitalier.

Les personnes les plus démunies sont couvertes par la CMU-C ou par l'accès à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ces dispositifs couvrent également l'assurance maternité, les personnes prises en charge au titre des accidents du travail, des maladies professionnelles ou victimes d'actes de terrorisme. Ainsi, très peu de gens ne bénéficient-ils pas d'une garantie complémentaire. C'est en général par choix puisque les personnes les plus défavorisées ont accès à la CMU-C, bien entendu, ainsi qu'à l'ACS.

L'impact sur les complémentaires santé est relativement faible puisque 200 millions leur seront prélevés, ce qui représenterait, si elles les répercutaient sur les cotisants, entre 0,5 % et 1 % du coût de l'assurance complémentaire. Mais cette répercussion est loin d'être sûre ; nous débutons aujourd'hui les négociations avec les assureurs sur le reste à charge zéro. Nous rappellerons aux assureurs qu'alors que la part d'assurance maladie obligatoire a augmenté ces dernières années dans les dépenses de santé, eux-mêmes ont vu leur part plutôt diminuer du fait de l'augmentation du nombre de patients pris en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD). Cette évolution devrait leur permettre de rattraper cet écart se creusant entre la part de l'assurance obligatoire et celle de l'assurance complémentaire.

S'agissant des déserts médicaux, je puis déjà affirmer que les modes de financement permettront des modes d'organisation innovants. Le plan sera détaillé le 13 octobre prochain,

et il serait pour moi délicat de dévoiler aujourd'hui les mesures que nous allons adopter en faveur des coopérations interprofessionnelles.

De son côté, la télésurveillance ne fait pas l'objet de mesures. Nous avons mis en commun la téléexpertise et la télémedecine, mais la télésurveillance, qui s'apparente plus à ce que l'on appelle un dispositif médical, mérite d'être évaluée au titre de la qualité des soins qu'elle permet de délivrer aux patients. Elle n'entre pas dans le droit commun aujourd'hui, et demeure au stade expérimental.

Non, monsieur Vallaud, les risques professionnels ne sont pas la première cause de cancer, et heureusement. La première cause, c'est le tabac ; suivent, en ordre décroissant, l'alcool, la sédentarité, l'alimentation et l'exposition aux rayons ultraviolets. Que les risques professionnels soient responsables d'environ deux pour cent des cancers ne signifie pas qu'il ne faille pas travailler à la prévention des maladies et des risques professionnels. Je m'y emploie avec ma collègue ministre du travail, et la stratégie nationale de santé comportera un volet à ce sujet.

**M. le ministre de l'action et des comptes publics.** Permettez-moi de préciser que le chiffre précédemment cité correspond aux réserves des régimes complémentaires hors champ.

**M. Bernard Perrut.** Pourriez-vous rassurer les agriculteurs, qui s'inquiètent des dispositions du PLFSS 2018 ? L'augmentation prévue de leur cotisation personnelle d'assurance maladie s'accompagnera d'une hausse de CSG qui ne sera pas intégralement compensée. En outre, de la conversion du CICE résulte la hausse du prélèvement sur l'emploi des travailleurs occasionnels en agriculture. Ce projet de loi revient donc sur certaines avancées obtenues par les agriculteurs en des temps difficiles, telle la baisse de 7 points de la cotisation d'assurance maladie-maternité (AMEXA) et de la cotisation pour la branche famille, alors que les difficultés demeurent. Vous envisagez l'harmonisation du régime d'assurance maladie pour l'ensemble des travailleurs indépendants agricoles et non agricoles et, dès 2018, le nouveau barème de cotisation pour les exploitants sera progressif, les taux variant de 1,5 % à 6,5 % en fonction des revenus. Les organisations agricoles, dont la FNSEA, s'inquiètent de cette évolution, estimant entre 120 et 300 millions d'euros le coût que devra supporter la « ferme France ».

Alors que le taux de la CSG va augmenter, la réduction de la cotisation famille et maladie ne bénéficiera pas à tous les agriculteurs mais, selon les simulations réalisées, uniquement à ceux dont les revenus sont très bas. Nos agriculteurs connaissant des moments difficiles, ce n'est pas acceptable.

Je ne saurais passer sous silence le coût du travail. Le sujet est capital pour des productions qui demandent beaucoup de main d'œuvre occasionnelle – c'est pourquoi un dispositif ciblé d'exonération de charges sociales avait été créé. Or, la suppression du CICE n'est pas compensée pour les employeurs éligibles au dispositif pour l'embauche de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi. Cela provoque une perte sèche de 7 % du coût du travail pour les agriculteurs et donc une perte de compétitivité. Quel mécanisme à effet équivalent appliquer pour permettre à ce secteur, grand employeur de main d'œuvre occasionnelle, de résister à la forte concurrence des autres pays européens à laquelle il est soumis ? Le Gouvernement est-il prêt à moduler les nouvelles cotisations sociales actuellement non exonérées – prévoyance, complémentaire santé, accidents du travail – pour soutenir l'agriculture française ?

**M. Guillaume Chiche.** Le PLFSS ambitieux qui nous a été présenté est tourné vers les plus modestes. Les dépenses publiques consacrées à la protection sociale sont en cours de stabilisation et le Gouvernement veut que l'équilibre des comptes de la Sécurité sociale soit atteint à horizon 2020.

À cette fin, vous avez annoncé, madame la ministre, l'augmentation du forfait jour hospitalier ; le 1<sup>er</sup> janvier 2018, il passera de 18 à 20 euros, et le forfait journalier psychiatrie de 13,5 à 15 euros. La hausse est justifiée par le fait que ces montants n'ont pas changé depuis 2010. Néanmoins, le forfait hospitalier, n'étant pas remboursé par la sécurité sociale, est pris en charge par les complémentaires santé ; on peut donc penser que les organismes mutualistes augmenteront le montant des cotisations appelées. Dans quelle mesure pourrions-nous préserver de cette augmentation les usagers, qu'ils soient sociétaires mutualistes ou qu'ils fassent partie des 5 % de Français non couverts par une complémentaire santé ?

Je souhaite aussi appeler votre attention sur les organismes sélectionnés par l'appel public à concurrence des contrats d'assurance complémentaire de santé éligibles à l'aide au paiement d'une aide complémentaire de santé. Les cotisations étant soumises à la validation de la direction de la sécurité sociale (DSS), on peut s'interroger sur la capacité de ces organismes à poursuivre leurs activités une fois les forfaits augmentés.

Enfin, pendant la séance de questions au Gouvernement, hier, au Sénat, vous avez été interrogée, madame la ministre, sur la politique familiale et sur le principe d'universalité des allocations familiales, et vous avez indiqué qu'il fallait prendre le temps de la réflexion. Je pense comme vous qu'il faut prendre le temps de la concertation et de l'échange et j'espère que nous pourrions y contribuer dans le cadre d'une mission parlementaire.

**M. Adrien Quatennens.** Peut-être avez-vous vu le reportage télévisé que l'émission *Cash Investigation* a consacré aux conditions de travail dans les entrepôts de l'enseigne Lidl. On y apprend que non seulement les magasiniers sont affublés d'un casque à travers lequel une intelligence artificielle leur dicte tous leurs mouvements, mais qu'en plus ils portent des charges lourdes – jusqu'à 8 tonnes par jour. C'est pourquoi les dos lâchent, les nerfs craquent et la souffrance au travail génère des maladies professionnelles.

La preuve est faite que la pénibilité n'est pas une vieillerie de l'époque des mines de charbon et de l'« âge d'or » du travail à la chaîne. Dans notre économie tertiariée, des ouvriers usent toujours leurs corps à produire et leurs conditions de travail empirent. Pourtant, votre Gouvernement semble nier cette réalité, ou la mépriser. Les ordonnances réformant le code du travail n'osent-elles pas nous présenter la suppression des CHSCT comme un progrès alors que cette instance permettait aux salariés d'expertiser en toute indépendance les risques auxquelles ils sont confrontés quotidiennement ?

La fin du compte pénibilité qu'entérine ce PLFSS va dans le même sens : votre nouveau « compte professionnel de formation » conditionne le départ anticipé au fait d'être déjà malade, et il exclut quatre critères de pénibilité de la nomenclature actuelle, parmi lesquels l'exposition à des produits chimiques et le port de charges lourdes. Les salariés de Lidl apprécieront.

On aurait pu croire que votre Gouvernement s'arrêterait là, mais non ! Cerise sur le gâteau, le PLFSS modifie les règles d'indemnisation et de prise en compte des maladies professionnelles. Il instaure une limite de départ de l'indemnisation qui pénalisera celles et ceux dont la maladie sera détectée tardivement et satisfera les entreprises pathogènes, qui ne

seront pas inquiétées. La boucle est donc bouclée pour la santé au travail : d'une part vous détruisez les instances de régulation et de détection sanitaire des salariés, d'autre part vous réduisez leurs possibilités d'indemnisation en cas de maladies professionnelles. Est-ce cela, la santé au travail sous Emmanuel Macron ? Il avait expliqué pendant la campagne électorale qu'il n'aimait pas le terme « pénibilité », parce qu'il induirait que le travail serait une souffrance. Je dirais plutôt qu'il veut rendre la pénibilité invisible et ne veut pas que l'on reconnaisse cette souffrance. Mais à défaut de reconnaître la maladie, vous risquez de faire disparaître les malades et leurs droits.

**M. le ministre de l'action et des comptes publics.** Je vais m'efforcer de vous rassurer, monsieur Perrut. Vous voudrez bien convenir que les exonérations que vous avez mentionnées étaient consenties à titre exceptionnel. Le Gouvernement de l'époque avait indiqué qu'elles ne dureraient qu'un certain temps et la question était de savoir si elles seraient pérennisées. Conformément aux engagements du Gouvernement, l'augmentation de 1,7 point de la CSG sera intégralement compensée pour l'ensemble des agriculteurs par une baisse uniforme de 2,15 % de la cotisation famille, qui sera ramenée à un taux nul pour tous les exploitants dont le revenu est inférieur à 110 % du plafond annuel de la sécurité sociale, soit 43 000 euros.

Parallèlement, dans un souci de simplification et d'équité, le régime des cotisations maladie sera harmonisé pour l'ensemble des travailleurs indépendants, agricoles et non agricoles ; cela se justifie d'autant plus que les prestations maladie servies sont identiques pour tous les indépendants. Le nouveau barème de cotisation – qui passe progressivement de 1,5 à 6,5 points jusqu'à un revenu égal à 110 % du plafond annuel de la sécurité sociale et qui est stabilisé à 6,5 points pour les revenus supérieurs à ce plafond – donnera, à revenu égal, un gain de pouvoir d'achat à deux tiers des exploitants agricoles du pays. Tous les agriculteurs verront leur cotisation maladie baisser par rapport au barème uniforme ; la réduction est évaluée à 356 millions d'euros en 2018. Je peux donc rassurer le monde agricole et je sais que le ministre de l'agriculture, dont c'est l'un des dossiers prioritaires, aura l'occasion de traiter à nouveau de ce sujet avec les organisations syndicales que vous avez mentionnées. J'ignore si le Président de la République a évoqué la question lors de son discours à Rungis cet après-midi puisque je me trouvais avec vous, mais je sais qu'il s'en est entretenu avec mon collègue Stéphane Travert.

**Mme la ministre des solidarités et de la santé.** Je ne reviendrai pas sur le forfait hospitalier, à propos duquel je pense avoir déjà répondu.

Nous avons une politique nataliste, largement fondée sur l'universalité des droits et donc des allocations familiales. Mais l'on se rend compte que les besoins des familles ont changé. J'ai commencé à discuter avec les associations familiales, car nous devons redéfinir tous ensemble les objectifs que nous visons et, à cette occasion, nous interroger sur la pertinence de l'universalité des allocations familiales. Je ne souhaite pas aborder cette question sous un angle idéologique, car tout le monde se braquerait. Or la politique familiale est importante pour notre pays, où le taux de natalité est en baisse : il s'établit à 1,8 % et c'est la première fois qu'il est aussi bas depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Nous devons impérativement nous doter des outils qui nous permettront de répondre aux enjeux que nous définirons conjointement au cours de l'année à venir.

Je regrette, monsieur Quatennens, que nous n'ayons pas la même lecture de ce que prévoit le PLFSS en matière d'indemnisation des maladies professionnelles. Le texte me semble être mal compris car la mesure est très positive pour les salariés : elle améliore la

couverture en avançant la prise en charge, qui se fera au moment de l'apparition des premiers symptômes de la maladie professionnelle, au lieu qu'auparavant c'était la déclaration par un médecin qui la déclenchait. On prend donc en compte le fait que les salariés ont commencé d'être malades bien avant que l'affection ait été déclarée.

**M. Dominique Da Silva.** Sont prévus dans le PLFSS l'allègement uniforme de 6 points de cotisations sociales qui compensera parfaitement la suppression du CICE en 2018 et le renforcement de la réduction générale et dégressive des cotisations patronales sur les bas salaires – soit une charge nulle pour un salaire au niveau du SMIC. Une autre promesse de campagne du président de la République tendait à instaurer un mécanisme de bonus-malus sur la part des cotisations chômage et ce dispositif devrait faire l'objet d'un projet de loi à l'initiative de la ministre du travail. Ne pourrait-on profiter de l'allègement massif des cotisations sociales qui bénéficie à tous les employeurs pour introduire de manière très simple le principe du bonus-malus, sans devoir revenir demain sur les taux de cotisation ? Quel avis porteriez-vous sur un amendement en ce sens ?

**Mme Delphine Bagarry.** Je souhaite revenir sur les conclusions de la Cour des comptes au sujet des comptes de l'exercice 2016. Lorsque nous l'avons reçu, M. Didier Migaud, son Premier Président, nous a dit que les réformes structurelles entreprises avaient commencé de porter leurs fruits et a préconisé de les poursuivre – mais nous n'avons manifestement pas tous entendu la même chose. Plusieurs des recommandations formulées par la Cour sont d'ailleurs reprises dans le PLFSS pour 2018 : la poursuite de la recherche du retour à l'équilibre des comptes sociaux, la sincérité de l'ONDAM, le développement de la télémédecine ou encore les mesures en faveur des familles monoparentales. En revanche, les recommandations relatives à la rémunération des pharmaciens d'officine n'ont pas trouvé leur traduction dans le texte. La Cour préconisait de fonder cette rémunération sur l'acte de dispensation et non plus sur le nombre de boîtes de médicaments vendues. Ce serait une belle mesure, au moment où l'on tend à favoriser les pharmaciens vertueux – ceux qui se soucient de ne dispenser que le nécessaire – et à désavantager ceux qui omettent d'interroger les patients sur leur stock éventuel de médicaments. Une telle mesure réduirait le volume de médicaments distribué et aussi le gaspillage.

Le PLFSS ne traite pas davantage de la dispensation des médicaments à l'unité, une pratique pourtant usitée dans de nombreux pays et qui contribue également à réduire le gaspillage tout en favorisant l'observance des traitements. La mesure aurait donc un triple aspect préventif, économique et écologique. Le nouveau mode de rémunération pourrait être inscrit à l'article 35 du PLFSS, qui tend à promouvoir l'innovation en santé par des expérimentations. Les pharmaciens d'officine seraient de la sorte impliqués dans la politique de prévention et dans la lutte contre le gaspillage.

**Mme Audrey Dufeu Schubert.** Je vous félicite, madame la ministre, pour votre action en faveur de la couverture vaccinale des enfants. Nous, responsables politiques, nous devons de tout faire pour que nos concitoyens soient protégés au mieux : renforcer la couverture vaccinale collective, c'est renforcer la solidarité à l'égard des plus fragiles.

Les épidémies de grippe virulentes des hivers 2014 et 2015 ont eu un impact significatif sur le volume de soins, en ville et à l'hôpital. La faible efficacité de la vaccination des personnes les plus fragiles et les contre-indications qui s'imposent à certaines d'entre elles rendent particulièrement nécessaire la vaccination des personnels de santé, vecteurs potentiels de la maladie. Or la faiblesse de leur couverture vaccinale – à peine 25 % en moyenne nationale – ne permet pas d'assurer la sécurité sanitaire de nos structures de soins. Le PLFSS

pour 2018 ne peut-il être le véhicule permettant de renouer avec l'obligation qui était faite aux personnels de santé d'être vaccinés contre la grippe jusqu'à ce que le décret du 14 octobre 2006 la suspende ?

**M. le ministre de l'action et des comptes publics.** Un groupe de travail technique a été constitué qui étudie la création d'un système de bonus-malus pour les contributions des entreprises à l'assurance chômage. Parce que la réforme envisagée, complexe, ne peut être précipitée, je serais contraint de donner un avis défavorable à tout amendement déposé à ce sujet, monsieur Da Silva. Mais la question sera traitée dans le cadre de la concertation que Mme Muriel Pénicaud, ministre du travail, va lancer avec les partenaires sociaux, et il pourrait être intéressant pour vous de travailler le sujet en amont d'un futur texte.

Je suis attendu en haut lieu et dois donc m'éclipser ; je vous prie de m'en excuser, mais je vous laisse en de bonnes mains.

**Mme la ministre des solidarités et de la santé.** Nous souhaitons promouvoir des modes de rémunération diversifiés pour les pharmaciens d'officine. Le mouvement est déjà enclenché, puisque sont rémunérés certains actes indépendants de la vente des boîtes de médicaments. Ainsi, la dispensation à des personnes âgées et à des enfants ainsi que la dispensation de certains médicaments spécifiques font déjà l'objet d'une convention prévoyant un entretien pharmaceutique. Est aussi prévue la possibilité d'une conciliation médicamenteuse pour certaines ordonnances complexes. Les pharmaciens d'officine sont aussi encouragés à participer à des expérimentations de vaccination, de manière à ce qu'ils deviennent des acteurs de santé publique en matière de prévention. Nous continuerons de travailler avec eux au sujet de la dispensation et de la vente de médicaments à l'unité.

À ce propos, une expérimentation vient de se terminer en Bretagne. J'attends d'avoir pris connaissance du rapport pour apprécier si l'on peut aller plus loin dans la vente à l'unité, car si cette pratique offre probablement un intérêt pour l'observance et pour le coût, elle est aussi facteur de risque pour la traçabilité des médicaments vendus de la sorte.

L'obligation de vaccination antigrippale faite aux personnels de santé a effectivement été suspendue, les experts considérant que si la probabilité pour les soignants de contracter la maladie était accrue, la grippe n'exposait pas à un risque important cette population jeune, qui n'en tirait donc pas un bénéfice personnel significatif. Il ne faut surtout pas mettre en regard la vaccination antigrippale des personnels de santé et la vaccination des enfants avec les vaccins de la petite enfance, dont on escompte un bénéfice individuel important face aux risques de handicap, de mort ou de maladie sévère. Mais, parce que je considère qu'il y a un enjeu déontologique dans la couverture vaccinale antigrippale des personnels de santé, j'ai demandé aux ordres professionnels de sensibiliser leurs membres à ce sujet. Nous verrons, au cours des années qui viennent, si la couverture vaccinale antigrippale des personnels soignants augmente. Si tel n'est pas le cas, nous nous dirigerons peut-être vers des mesures plus incitatives – voire coercitives si l'on assiste à des épidémies comparables à celle de l'année dernière, qui a causé 16 000 décès supplémentaires liés à la grippe chez les personnes âgées de plus de 75 ans. Le débat reste ouvert, mais je ne souhaite pas inscrire cette obligation dans le PLFSS pour l'instant.

**Mme Jeanine Dubié.** Je ne m'appesantirai pas sur la question, déjà abordée, de l'augmentation de la CSG pour les retraités modestes car je pense que nous y reviendrons en séance publique.

J'ai pris acte, madame la ministre, de votre volonté de lutter contre la contrebande de cigarettes et de limiter les achats transfrontaliers ; en ma qualité de députée des Hautes-Pyrénées, je m'en félicite. Envisagez-vous aussi des mesures destinées à limiter, sinon à empêcher, la vente de paquets de cigarettes par le biais d'internet, où on les trouve à la moitié du prix pratiqué en France ? Sur un plan plus général, la France a-t-elle entrepris des actions visant à l'harmonisation européenne du prix du tabac et de sa fiscalité ? Si rien n'est fait en ce sens, je crains que les mesures prises dans notre pays pénalisent et les finances publiques et les buralistes.

Pour ce qui est du paiement de la taxe d'habitation par les maisons de retraite, il faut clarifier les choses. Les établissements sanitaires ou médico-sociaux publics ne la payent pas, non plus que les établissements sanitaires ou médico-sociaux à caractère commercial, soumis à la cotisation foncière des entreprises. Les seuls qui la payent sont les établissements privés à but non lucratif ; peut-on les en exonérer pour éviter cette inégalité de traitement ?

**M. Belkhir Belhaddad.** La situation des praticiens à diplôme hors Union européenne reste problématique, notamment pour ceux qui ont été recrutés en France après le 3 août 2010. Ces médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes exercent depuis des années dans nos hôpitaux, où ils assurent des soins médicaux en parfaite autonomie et sont reconnus tant par leurs patients que par leurs pairs. La réalité de leur situation, ce sont pourtant des contrats de courte durée, de très forts écarts de salaire et une absence de reconnaissance en dépit de leur importante contribution à la continuité du service public hospitalier.

Je souhaite donc connaître les dispositions que vous entendez prendre en vue de leur régularisation progressive dans les corps et effectifs de la fonction publique hospitalière. Il nous serait aussi utile de disposer, si possible, d'une étude d'impact budgétaire qui permettrait à la représentation nationale d'estimer le nombre d'agents concernés ainsi que les charges que représenterait leur intégration, lesquelles pourraient être lissées sur plusieurs exercices budgétaires.

**Mme Corinne Vignon.** J'ai récemment été interpellée par la caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Garonne au sujet de la prise en charge financière des implants et des prothèses dentaires pour les patients ayant été atteint d'un cancer de la bouche. Nombre d'entre eux doivent subir une reconstruction buccale et se faire poser des implants dentaires pour déglutir et parler. Cette reconstruction, très coûteuse – la dépense moyenne est de 10 000 euros –, n'est pas prise en charge par l'assurance maladie, pour laquelle cette réhabilitation fonctionnelle relève de l'esthétique et du confort. Vos services, madame la ministre, négocient en ce moment avec les chirurgiens-dentistes de nouvelles prises en charge et un meilleur accès aux soins. Il est difficile de retrouver confiance en soi après un cancer ; une fois guéri, devoir déboursier des sommes folles pour retrouver l'apparence physique que l'on avait avant la maladie est une double peine. Le panier de soins devrait prendre ces personnes en considération. Qu'en pensez-vous ?

**Mme la ministre des solidarités et de la santé.** La vente du tabac par internet est par définition une vente hors réseau ; elle ressortit à la contrebande et donc au plan d'action que nous allons mettre en œuvre, même si c'est très compliqué sur le plan technique.

Nous allons prendre une initiative forte concernant l'harmonisation des prix du tabac. J'en ai déjà discuté avec mes homologues européens et aussi avec le nouveau directeur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dont nous avons l'appui et qui a sollicité un

rendez-vous auprès de la Commission européenne. L'état d'esprit change ; c'est le bon moment pour que la France donne l'élan.

Nous avons répondu plusieurs fois aux questions relatives aux EHPAD ; je n'y reviens donc pas.

La situation des praticiens à diplôme hors Union européenne est compliquée. Ils exercent en France mais ont échoué à un concours de praticien hospitalier, peut-être trop sélectif puisque 10 % seulement des candidats sont reçus ; cela signifie qu'avoir une note moyenne de 14 ou 15 sur 20 ne suffit pas à être admis. Nous revoyons les modalités d'intégration de ces professionnels dans les hôpitaux, en maintenant pour condition expresse la qualité des soins et en ciblant l'intégration des praticiens qui exercent dans des disciplines où nous faisons face à une pénurie, telle l'anesthésie-réanimation. La réflexion est lancée et nous trouverons une solution car de nombreux hôpitaux fonctionnent avec ces praticiens qui non seulement sont intégrés mais qui contribuent utilement à l'égalité d'accès aux soins.

Jusqu'à présent, seuls les très rares cas d'agénésie dentaire entraînaient le remboursement des implants dentaires. Depuis peu, ces implants sont inscrits dans la nomenclature pour les patients atteints d'une tumeur de la cavité buccale ou d'un maxillaire. Tous les actes ne sont pas remboursés par l'assurance maladie car pour l'être ils doivent avoir fait l'objet d'une évaluation par la Haute Autorité de santé, ce qui peut prendre du temps, mais déjà certains actes d'implantologie le sont déjà dans le cadre dit. Une évolution est donc en cours, mais il faut tenir compte des tarifs des professionnels. La question sera abordée dans le cadre global de la négociation conventionnelle en cours avec les dentistes.

**Mme Isabelle Valentin.** La politique familiale repose en France sur la redistribution horizontale, les familles avec enfants bénéficiant du soutien des familles sans enfants parce que, en retour, ces derniers paieront leurs pensions de retraite. Ainsi s'applique le principe historique de la solidarité intergénérationnelle, socle de notre système de sécurité sociale. Mais, à partir de 2015, de très fortes économies ont été réalisées sur la branche famille. Depuis lors, le Gouvernement a mené une politique sociale, non plus une politique familiale. La mise sous conditions de ressources du versement des allocations familiales et les baisses successives du quotient familial qui ont particulièrement touché les classes moyennes ne sont pas conformes au principe de solidarité intergénérationnelle. La politique familiale doit faire l'objet d'une stratégie concertée et bénéficier d'un financement pérenne dynamique pour donner confiance aux familles. Pensez-vous, madame la ministre, réformer le congé parental pour le deuxième parent ? Entendez-vous rehausser le quotient familial ? Quels moyens d'insertion professionnelle envisagez-vous pour les parents qui ont arrêté leur activité quelques années afin de s'occuper de leurs enfants ?

**Mme Laëtizia Romeiro Dias.** Le PLFSS pour 2018 matérialise l'engagement du Président de la République de redonner du pouvoir d'achat aux salariés. Sept milliards d'euros leur seront directement redistribués par la suppression des cotisations maladie et chômage et la hausse de 1,7 point de la CSG. Ces baisses de cotisations ont lieu dans une logique de rééquilibrage du financement de notre protection sociale qui tend vers plus d'équité en élargissant la base d'imposition. La revalorisation de la prime d'activité et celle du minimum vieillesse et de l'allocation aux adultes handicapés vont aussi dans le sens d'une plus grande justice sociale. Le Gouvernement est ainsi très attentif à la situation des personnes les plus fragiles, notamment celles qui sont éloignées du marché de l'emploi. Cependant, le 1<sup>er</sup> janvier prochain, le taux de CSG sur les pensions d'invalidité passera de 6,6 % à 8,3 % ;

des mesures sont-elles prévues pour compenser la hausse de la fiscalité pour les personnes concernées, souvent démunies ?

**Mme Hélène Vainqueur-Christophe.** Le financement des hôpitaux outre-mer, notamment en Guadeloupe, appelle une approche globale concertée pour répondre à l'urgence. L'exigence est double : il faut répondre aux besoins de santé spécifiques de la population et tenir compte de ce que l'effort nécessaire demande un engagement exceptionnel national à la mesure des enjeux. Les hôpitaux antillais, en particulier, doivent faire face à des surcoûts dus à l'insularité : la prime de vie chère versée à 40 % du personnel, les frais d'approche et de transport, des taxes très importantes, des frais d'évacuation sanitaire bien plus élevés que les standards métropolitains. À cela s'ajoute le coût de la mise aux normes pour parer les risques naturels. Les surcoûts mentionnés entraînent certes une majoration de 26 % de la tarification à l'activité (T2A), mais cela ne suffit pas, notamment en Guadeloupe, à compenser l'intégralité des charges – au contraire, le déficit s'aggrave, si bien qu'une aide exceptionnelle de trésorerie est versée *a posteriori* aux établissements publics de santé antillais en fin d'année.

Comptez-vous, madame la ministre, mettre fin à cette situation particulière et déterminer un financement réaliste adapté à la situation des outre-mer ? Revaloriserez-vous le coefficient géographique, actuellement insuffisant au regard des coûts réels, notamment en Guadeloupe, et l'appliquerez-vous à l'ensemble des enveloppes pour constituer une mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation spécifique aux départements d'outremer, ce qui permettrait, par exemple de financer des caissons hyperbares, un service de réanimation et d'autres activités qui entraînent des dépenses supplémentaires ?

**Mme la ministre des solidarités et de la santé.** Je souhaite, je vous l'ai dit, redéfinir avec tous les acteurs nos objectifs en matière de politique familiale, notamment pour favoriser la natalité, enjeu majeur. Nous déterminerons si cela passe seulement par la redistribution horizontale et donc par des allocations familiales universelles, ou aussi par d'autres moyens d'aide aux familles.

Le congé parental vient d'être réformé. Ne tombons pas dans le fréquent travers consistant à modifier un texte avant même d'avoir pu en évaluer les effets.

Le quotient familial, instrument de politique fiscale, n'est pas de mon ressort. Mais il faudra évidemment, en discutant de la politique familiale dans son ensemble, tenir compte de tous les leviers – c'est-à-dire aussi de ce que nous investissons collectivement dans l'école, l'université et la formation, tous investissements favorisant la natalité en ce qu'ils contribuent à donner confiance aux familles, qui savent que les enfants seront pris en charge de cette manière par la société. La redistribution horizontale ne passe pas que par les allocations familiales. Les citoyens font d'autres efforts pour accompagner les enfants : ainsi les familles sans enfants n'ont-elles pas besoin, pour ce qui les concerne seules, de tout ce que nous investissons pour le système scolaire. L'importante discussion sur la définition des paramètres susceptibles d'inciter les familles à avoir de nouveau des enfants aura lieu.

Les pensions d'invalidité seront traitées comme les pensions de retraite et donc exonérées dans les mêmes proportions que les petites pensions de retraite, par l'application des mêmes seuils : 1 394 euros pour les personnes âgées de plus de 65 ans, 1 289 euros pour celles qui ont moins que cet âge.

Nous tenons évidemment compte des problèmes spécifiques que connaît l'offre de soins en Guadeloupe et outremer en général, en accompagnant de manière importante les établissements de santé pour tenir compte de leur déficit : la majoration de la tarification à l'activité déjà appliquée tient compte de l'insularité et des spécificités de la population. Cette question sera traitée dans la stratégie nationale de santé, dont le chapitre consacré aux Outremer comportera un volet spécifique pour chaque département et par territoire.

**M. Stéphane Viry.** M. Jean-Paul Delevoye vient d'être nommé haut-commissaire à la réforme des retraites auprès de vous, madame la ministre, et une loi-cadre est annoncée à ce sujet. L'équilibre général du dispositif étant un enjeu essentiel pour la pérennité du système par répartition, le Gouvernement privilégiera-t-il un système de retraite par points ? Le Conseil d'orientation des retraites a appelé à la prudence. Quelles sont les perspectives du Gouvernement pour la branche vieillesse pour les cinq ans à venir ?

**Mme Valérie Rabault.** Combien d'entreprises, et de quelles tailles, gagneront, et combien perdront à la suppression du CICE ? Il va sans dire qu'en raison des structures respectives de l'emploi, la transformation du CICE en baisse de cotisations n'aura pas le même impact pour les petites et pour les grandes entreprises.

Aujourd'hui, un contribuable dont le revenu fiscal de référence est inférieur à 25 185 euros bénéficie d'un allègement de la taxe d'habitation. À l'avenir, un retraité percevant une pension comprise entre 14 375 euros et 25 185 euros perdra le bénéfice de l'allègement de la taxe d'habitation mais supportera la hausse de la CSG – est-ce bien cela ?

Enfin, les tarifs versés par la sécurité sociale pour les groupements homogènes de séjour (GHS), notamment la chirurgie, incluent-ils bien tous les personnels qui doivent accompagner les chirurgiens, par type d'opération ?

**Mme Josiane Corneloup.** Le PLFSS pour 2018 fait état d'une économie à réaliser de 4,2 milliards d'euros. Elle porte pour plus d'un milliard d'euros sur le médicament, et fait suite à l'économie de 1,4 milliard d'euros demandée au même secteur en 2017. Paradoxalement, le médicament, qui est à l'origine de 15 % des dépenses, contribue à 45 % des économies. À ce rythme, le risque est réel de pénaliser la capacité d'innovation de notre industrie pharmaceutique et de menacer sa compétitivité face à des concurrents installés dans d'autres pays européens dont la politique est aux antipodes de celle que vous menez. Cette politique aggravera en outre la situation déjà préoccupante des grossistes-répartiteurs et mettra en péril leur capacité à alimenter chaque jour les officines, qui connaîtront elles-mêmes des difficultés supplémentaires ; le service rendu aux patients en sera obéré.

Le coup de grâce vient d'être donné par la Cour des comptes, qui prône un traitement de choc décrit comme la panacée pour remédier au déficit de notre système de santé : la fermeture d'une pharmacie sur deux, soit la suppression de 10 400 des 21 400 officines de la France métropolitaine. Alors que la désertification médicale progresse partout, le pharmacien demeure le professionnel de santé de proximité, accessible sans rendez-vous sur l'ensemble de notre territoire. Après les déserts médicaux, allons-nous connaître les déserts officinaux ? Quelle est votre vision de l'avenir des officines, madame la ministre ? Pourquoi répéter année après année les mêmes mesures conventionnelles, dont la portée très limitée n'est pas à la hauteur d'enjeux d'une tout autre ampleur ?

**Mme la ministre des solidarités et de la santé.** M. Jean-Paul Delevoye, qui vient à peine d'être nommé, constitue son équipe et commence à recevoir les partenaires sociaux. Il

est donc trop tôt pour vous donner des indications sur le fond de la réforme à venir et je me limiterai à rappeler les principes définis par le président de la République : chaque euro cotisé donnera les mêmes droits et le système de retraite par répartition demeurera. Pour le reste, je ne souhaite pas ouvrir maintenant un débat qui s'engagera en 2018 et qui demandera une longue concertation. La réforme à venir, structurelle, n'aura que peu d'impact pendant ce quinquennat, si même elle en a. Elle ne touche pas le PLFSS pour 2018. Il faut laisser le temps à la concertation et parvenir d'abord à un accord de méthode avec les partenaires sociaux pour déterminer le contenu de la réflexion et le calendrier que nous nous donnons.

La mesure « zéro charge pour les salaires au niveau du SMIC » sera très favorable aux TPE et aux PME qui emploient des salariés au salaire bas, entraînant un allègement de 150 euros par mois.

Il n'existe pas de norme professionnelle pour les GHS, qui fixent une norme de temporalité pour la prise en charge d'actes spécifiques. Les normes définissant le nombre de professionnels voulus pour l'exercice d'une activité donnée n'existent que pour certaines spécialités telles l'obstétrique, afin de garantir une certaine qualité de soin, mais pas pour les autres. La question est donc sans objet puisque les GHS ne fonctionnent pas ainsi.

Étant donné mes fonctions antérieures, je connais parfaitement le monde du médicament et s'il convient effectivement de favoriser l'innovation, je sais que le système de fixation des prix des médicaments est toujours inflationniste sans que l'on puisse freiner cette évolution, précisément parce que le dispositif a été conçu à un moment où l'on souhaitait favoriser l'innovation dans ce secteur. Maintenant, l'inflation s'emballe, et les prix accordés à certaines molécules sont complètement déconnectés de leur efficacité. Il y a des rentes de situation et des marges de progrès. Nous pouvons aussi faire des progrès sur les médicaments génériques et les biosimilaires. Je pense pouvoir légitimement porter ces réformes sans obérer la capacité de nos industriels à innover – d'autant que, malheureusement, les innovations sont rarement d'origine française, nos industriels produisant plutôt des médicaments assez peu innovants, remboursés à 15 % ou à 35 %, que les molécules innovantes réclamées par les assurés atteints de maladies orphelines ou de cancers.

La partie du rapport de la Cour des comptes consacrée aux pharmaciens est en cours d'analyse par mes services. Je suis très prudente au sujet de l'offre de soins. Les pharmaciens d'officine, qui réalisent un travail remarquable sur tout le territoire, font partie des professionnels de santé sur lesquels je m'appuierai dans le futur plan d'accès aux soins. Ils auront évidemment un rôle à jouer pour la santé publique en matière de prévention et je compte sur eux pour participer à l'offre de soins.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Madame la ministre, nous vous remercions.

### **Informations relatives à la Commission**

*La Commission a désigné les référents de la commission auprès de certains organismes :*

*– Mme Delphine Bagarry (La République en Marche) pour l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)*

*– Mme Claire Pitollat (La République en Marche) pour l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)*

*– Mme Martine Wonner (La République en Marche) pour Santé publique France*

*- Mme Mireille Robert (La République en Marche) pour l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)*

*- Mme Marie Tamarelle-Verhaegue (La République en Marche) pour l'Institut national du cancer (INCA)*

*- M. Jean-Louis Touraine (La République en Marche) pour l'Agence de biomédecine*

*- M. Thierry Michels (La République en Marche) pour l'Association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA)*

*- M. Adrien Taquet (La République en Marche) pour le Comité consultatif des personnes handicapées*

*- Mme Valérie Petit (La République en Marche) pour le Défenseur des droits.*

*La séance est levée à vingt heures dix.*



## Présences en réunion

### Réunion du mercredi 11 octobre 2017 à 16 heures 30

*Présents.* -- M. Joël Aviragnet, Mme Delphine Bagarry, Mme Ericka Bareigts, M. Belkhir Belhaddad, M. Bruno Bilde, M. Julien Borowczyk, Mme Brigitte Bourguignon, Mme Blandine Brocard, M. Sébastien Chenu, M. Gérard Cherpion, M. Guillaume Chiche, Mme Christine Cloarec, Mme Josiane Corneloup, M. Dominique Da Silva, M. Marc Delatte, M. Jean-Pierre Door, Mme Jeanine Dubié, Mme Audrey Dufeu Schubert, Mme Nathalie Elimas, Mme Catherine Fabre, Mme Caroline Fiat, Mme Agnès Firmin Le Bodo, Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel, Mme Patricia Gallerneau, Mme Carole Grandjean, Mme Florence Granjus, M. Jean-Carles Grelier, Mme Claire Guion-Firmin, M. Brahim Hammouche, Mme Monique Iborra, M. Cyrille Isaac-Sibille, Mme Caroline Janvier, Mme Fadila Khattabi, M. Mustapha Laabid, Mme Fiona Lazaar, Mme Charlotte Lecocq, Mme Geneviève Levy, M. Gilles Lurton, M. Sylvain Maillard, M. Thomas Mesnier, M. Thierry Michels, M. Bernard Perrut, Mme Valérie Petit, Mme Michèle Peyron, M. Adrien Quatennens, M. Alain Ramadier, Mme Nadia Ramassamy, M. Jean-Hugues Ratenon, Mme Mireille Robert, Mme Laëtitia Romeiro Dias, M. Aurélien Taché, Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, M. Jean-Louis Touraine, Mme Élisabeth Toutut-Picard, Mme Hélène Vainqueur-Christophe, Mme Isabelle Valentin, M. Boris Vallaud, Mme Michèle de Vaucouleurs, M. Olivier Véran, M. Francis Vercamer, Mme Annie Vidal, Mme Corinne Vignon, M. Stéphane Viry, Mme Martine Wonner

*Excusés.* - Mme Justine Benin, Mme Albane Gaillot, M. Jean-Philippe Nilor, Mme Nicole Sanquer

*Assistait également à la réunion.* - M. Xavier Breton, Mme Bérengère Poletti