

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

Mercredi

18 octobre 2017

Séance de 16 heures 15

Compte rendu n° 8

- Suite de l'examen des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (n° 269) (M. Olivier Véran, rapporteur général) 2
- Informations relatives à la Commission 60
- Présences en réunion 61

SESSION ORDINAIRE DE 2017-2018

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



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 18 octobre 2017

La séance est ouverte à seize heures quinze.

(Présidence de Mme Brigitte Bourguignon, présidente)

La commission des affaires sociales procède à la suite de l'examen des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (n° 269) (M. Olivier Véran, rapporteur général).

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Nous reprenons l'examen du PLFSS. Ce matin, nous en étions arrivés à l'amendement AS201 à l'article 35.

La commission est saisie de l'amendement AS201 de M. Brahim Hammouche.

M. Brahim Hammouche. Cet amendement tend à clarifier la rédaction des dispositifs d'expérimentation prévus dans le système de santé. Il propose que le décret fixe les modalités selon lesquelles les représentants des professions de santé – médecins, infirmiers ou autres – sont représentés au sein du conseil stratégique et du comité technique.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Votre amendement est plutôt rédactionnel, mais la formulation du texte initial me paraît préférable et plus claire que celle que vous proposez. Je vous propose de le retirer pour ne pas avoir à émettre un avis défavorable.

L'amendement est retiré.

La commission examine les amendements identiques AS35 de M. Alain Ramadier, AS46 de M. Thibault Bazin et AS84 de M. Jean-Pierre Door.

M. Alain Ramadier. Compte tenu de l'adoption de l'amendement AS410 du rapporteur général et des engagements de ce dernier, je retire mon amendement.

M. Thibault Bazin. Pour les mêmes raisons que mon collègue Ramadier, je vais aussi retirer mon amendement. Comme l'a dit mon collègue Vercamer, je crois qu'il sera très important d'associer les professionnels de santé, y compris dans le comité technique.

M. Jean-Pierre Door. Comme je l'ai déjà indiqué, je retire mon amendement.

Les amendements sont retirés.

La commission est saisie de l'amendement AS204 de M. Brahim Hammouche.

M. Brahim Hammouche. Dans la mesure où ces expériences ont des répercussions sur l'organisation des soins et les pratiques des professionnels, l'évaluation doit impliquer l'ensemble des soignants mobilisés et leur expertise doit être prise en compte. Il en va de même de la satisfaction des patients notamment en matière d'accessibilité.

L'amendement vise donc à s'assurer que l'évaluation multidimensionnelle ne se limitera pas à un cadre médico-économique jugé trop restrictif. Elle doit pouvoir porter sur au moins cinq dimensions : l'accessibilité aux soins, les pratiques et l'organisation des soins, la

qualité de prise en charge des patients, la satisfaction des patients, les coûts liés aux recours aux soins.

M. le rapporteur général. C'est par voie de décret qu'il convient de définir les modalités générales de ces évaluations. Vous avez parfaitement raison de souligner qu'il ne doit pas y avoir qu'une seule évaluation médico-économique. L'évaluation doit être globale et inclure la qualité et la pertinence des soins, la satisfaction des professionnels – que l'on n'évalue jamais assez, alors que ces professionnels sont parfois les mieux placés pour définir s'ils se sentent en mesure d'offrir des soins de qualité – et la satisfaction des usagers qui sont également trop peu consultés.

Nous devons passer d'une logique d'évaluation sur indicateurs de process à une logique d'évaluation sur indicateurs de résultats, beaucoup plus inclusive dans la démarche, c'est-à-dire associant davantage les usagers – c'est de la démocratie sanitaire 2.0, si vous voulez – et les professionnels.

Tout cela relevant du décret, je vous propose de retirer votre amendement.

L'amendement est retiré.

La commission examine les amendements identiques AS34 de M. Alain Ramadier, AS45 de M. Thibault Bazin, AS80 de M. Vincent Ledoux et AS83 de M. Jean-Pierre Door.

M. Alain Ramadier. Je vais retirer cet amendement car il est satisfait par la dernière mouture du texte.

M. Thibault Bazin. Je ferai la même remarque que mon collègue. Nous voulions associer tous les acteurs dans le parcours de soins.

M. Vincent Ledoux. Je voulais demander l'extension du financement des expérimentations, au-delà de tandems médecins-infirmiers, à des équipes pluridisciplinaires qui sont extrêmement utiles sur nos territoires. J'essaie d'avoir une parole d'or aussi rapide que celle de mon collègue Vercamer.

M. Jean-Pierre Door. C'est un amendement qui a trait au partage de compétences, aux délégations de tâches. Il faut aller au-delà du recours aux soins infirmiers. Nous sommes à une époque où il faut proposer de faire travailler les ophtalmologistes avec des orthoptistes, les pneumologues avec des kinésithérapeutes, les cardiologues avec des échocardiographistes, comme cela se fait dans d'autres pays. Cela permettrait d'alléger un peu le travail des uns et des autres et d'augmenter le temps médical. Il faut penser à l'expérimenter.

Les amendements sont retirés.

La commission est saisie de l'amendement AS356 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Nous changeons de registre avec cet amendement qui vise à reporter la date indiquée dans le texte. L'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 nécessitait la publication de textes d'application pour pouvoir être mise en œuvre. Le décret, qui devait déterminer les régions participant à l'expérimentation et définir le cahier des charges, est paru seulement le 17 juillet 2015, soit près de deux ans plus tard. L'arrêté comportant les orientations nationales pour l'élaboration du cahier des charges n'a été publié que le 17 mai 2016, soit près de douze mois après le décret et plus de deux ans et

demi après la promulgation de la loi. Le lancement de l'expérimentation, initialement prévu à partir de la fin de 2016, a été largement retardé. Le choix des promoteurs de l'expérimentation ne s'est effectué qu'au premier semestre de 2017.

En conséquence, la date du 31 décembre 2018 n'est pas en adéquation avec le décalage de calendrier prévu dans la loi initiale, les expérimentations n'ayant pas encore débuté à ce jour. Il est donc nécessaire de reporter la date au 31 décembre 2020.

M. le rapporteur général. L'article permet d'intégrer au sein de ce nouveau cadre juridique les expérimentations prévues à l'article 43 de la LFSS pour 2014 : parcours de soins pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique ou d'affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe.

L'article les prolonge jusqu'au 31 décembre 2018 pour qu'elles puissent être rattrapées par l'arrêté ministériel qui doit décider, d'ici le 31 décembre 2018, de leur poursuite. Il n'est donc pas nécessaire de prolonger de deux ans puisque, d'ici à la fin de 2018, l'arrêté aura décidé, si nécessaire, de cette prolongation.

Votre amendement étant satisfait, je vous propose de le retirer.

M. Francis Vercamer. Je le retire. Je n'avais pas saisi la subtilité que vous venez de m'expliquer.

L'amendement est retiré.

La commission en vient à l'amendement AS393 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Cet amendement traite du dispositif expérimental concernant la prise en charge et le suivi d'enfants âgées de trois à huit ans chez lesquels le médecin traitant a décelé un risque d'obésité. Ce dispositif semble avoir été oublié dans la liste des expérimentations pouvant être intégrées et éventuellement prolongées dans le nouveau cadre expérimental. Mon amendement propose de l'y inclure.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je remercie M. le rapporteur général d'avoir déposé cet amendement.

La commission adopte l'amendement, puis l'article 35 modifié.

Article 36 : Prise en charge de la télémédecine

La commission examine, en discussion commune, l'amendement AS299 de M. Francis Vercamer et les amendements identiques AS178 de M. Pierre Dharréville et AS348 de M. Joël Aviragnet.

M. Francis Vercamer. Je vais retirer mon amendement. C'était un amendement de repli par rapport à un amendement qui a été satisfait.

M. Alain Bruneel. L'article 36 prévoit l'intégration dans le droit commun tarifaire des actes de télémédecine et de téléconsultation.

Pour autant, il est indispensable que cette thématique nouvelle, qui pose la question du lien entre la médecine de ville et l'hôpital, associe d'emblée les professionnels hospitaliers et les fédérations hospitalières représentatives, publiques et privées.

C'est dans ce cadre, que nous proposons la création d'une commission de la télémédecine auprès de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Cette commission, présidée par le directeur général de l'UNCAM, est composée de représentants des médecins libéraux et hospitaliers, de représentants des fédérations hospitalières représentatives publiques et privées, et de représentants de l'UNCAM et de l'Union nationale des organismes des caisses d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM). Un représentant de l'État assiste à ses travaux.

Cette commission rend un avis motivé sur les propositions présentées par l'UNCAM. La composition et les règles de fonctionnement de la commission sont fixées par arrêté.

En même temps, comme de nombreux collègues, nous appelons votre attention sur la fracture numérique.

M. Joël Aviragnet. Il s'agit d'associer les professionnels de santé à la pratique de la télémédecine dont on ne peut que se réjouir de l'arrivée, notamment dans les territoires ruraux. Dans l'un de vos deux éminents rapports, monsieur le rapporteur général, vous rappelez que « *la télémédecine constitue un important vecteur de l'amélioration de l'accès aux soins, en particulier dans les territoires ruraux* ». Vous ne pourrez donc qu'abonder dans mon sens. J'ai relu vos excellents travaux et je crois qu'ils ont fortement orienté la politique de santé conduite par Marisol Touraine. C'est pourquoi je me permettais de les citer.

M. le rapporteur général. Merci beaucoup, monsieur Aviragnet.

Avant toute chose, je voudrais dire un mot sur l'article. Enfin, nous allons diffuser massivement la télémédecine dans notre pays. J'avais coutume de dire : la télémédecine existe depuis quinze à vingt ans, la seule chose innovante serait de la financer. Nous en étions à tâtonner avec des modèles expérimentaux très limitants. Les pouvoirs publics considéraient qu'il y avait un risque de dérapage des finances publiques et qu'il valait mieux contenir l'objet plutôt que d'ouvrir la boîte de Pandore.

Or, nous constatons que les fractures territoriales dans l'accès aux soins se sont multipliées, que les médicalisations de pathologies chroniques se sont de plus en plus complexifiées, et que les outils de télé-expertise et de téléconsultation sont devenus absolument indissociables d'une médecine de qualité dans certains territoires.

C'est une excellente décision que de permettre de renvoyer la télémédecine au droit commun. En pratique, c'est la convention entre la Caisse nationale d'assurance maladie, l'UNCAM et les professionnels libéraux qui permettra de définir les tarifs des différents actes de télé-expertise et de téléconsultation.

Dans cet amendement, considérant que l'hôpital sera concerné au premier chef par cette télé-expertise et cette téléconsultation, vous proposez qu'il soit associé aux négociations tarifaires. Il est vrai que tous les actes et consultations externes qui se déroulent dans les établissements hospitaliers ont des valeurs monétaires qui sont déterminées en dehors de leurs décisions, par la convention médicale.

Je comprends le sens de cet amendement et, effectivement, j'avais soulevé la question dans le rapport. Cela étant, en adoptant cette mesure, nous créerions une brèche dans le dispositif de droit commun, notamment dans le droit conventionnel, en faisant une exception pour la seule télé-médecine au détriment des autres actes et consultations externes. Il me semblerait dommageable, pour le respect du dialogue social et le fonctionnement de la convention médicale, d'introduire des acteurs qui n'y figurent pas pour l'ensemble des actes.

Cela étant, j'appelle votre attention sur le fait que nous venons d'adopter l'article 35 qui permettra de définir des protocoles et des financements ville-hôpital, pour s'affranchir des fameux silos que nous dénonçons. Cet article 35 permettra aux établissements d'avoir leur mot à dire sur la façon dont la télé-expertise et la téléconsultation peuvent être utilisées en leur sein.

Je ne peux que donner un avis défavorable à cet amendement même si je comprends le principe qui le sous-tend.

M. Joël Aviragnet. Je vais le retirer.

M. Alain Bruneel. Pour ma part, je vais maintenir notre amendement, et je vous signale aussi que vous ne m'avez pas répondu sur la fracture numérique.

Les amendements AS299 et AS348 sont retirés.

La commission rejette l'amendement AS178.

Puis elle en vient aux amendements identiques AS47 de M. Thibault Bazin et AS73 de M. Jean-Pierre Door.

M. Thibault Bazin. Le projet de loi met fin au caractère expérimental de la télé-médecine et la généralise, mais les alinéas 5 et suivants de cet article reparlent d'une expérimentation de quatre ans. Nous sommes pourtant tous d'accord pour avancer et considérer que cet outil est indispensable. Vu l'enjeu que la télé-médecine représente pour les déserts médicaux, il faut aller plus vite, tout en réglant la question de l'accès au haut débit et celle de la démographie médicale, qui ne fait pas partie, pour le moment, du plan de la ministre.

M. Jean-Pierre Door. Enfin nous passons des paroles aux actes : nous sommes armés pour la télé-médecine dont nous parlions depuis un certain temps. Il faut arrêter avec les expérimentations.

Le recours à la télé-médecine doit permettre de pallier les déficiences de l'offre de soins et l'enclavement géographique dans certains territoires. Cette télé-médecine est un outil incontournable du virage numérique pris par notre système de santé. Dans les services d'urgences hospitalières, au moins 60 % des actes effectués ne relèvent pas de leurs compétences. Ces actes contribuent à créer des embouteillages dans les hôpitaux, notamment dans les territoires où les habitants n'ont pas accès au médecin ni pour un renouvellement d'ordonnance, ni pour une prescription, ni pour de petits maux. Ceci est particulièrement vrai pour les personnes d'un certain âge.

La télé-médecine existe dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le rapport des sénateurs Daudigny et Cardoux s'est effectué dans mon département et j'ai participé au développement de la télé-médecine dans dix communes

qui ont accepté de jouer le jeu. Les élus acceptent de mettre à disposition les locaux pour les infirmiers et aides-soignants appelés assistants de télémedecine. Des medecins – retraités, hospitaliers, internes – acceptent d’être à l’autre bout de la chaîne pour répondre. Notre commission avait, elle aussi, évoqué la solution de la télémedecine dans un rapport sur la permanence des soins ambulatoires.

À présent, la télémedecine doit être rapidement mise en place et entrer dans le droit commun. Dès lundi, je vois la directrice de l’agence régionale de santé (ARS) de ma région ainsi que le président du conseil régional pour que nous lancions les opérations locales. C’est urgent. Comme je l’avais dit à Mme la ministre, il reste à définir l’acte de téléconsultation, ce qui devrait se faire dans le cadre des conventions avec les professionnels de santé.

Voilà pourquoi je tiens à cet amendement : plus que favorables à la télémedecine, nous pensons qu’il est urgent de la développer pour remédier aux déserts médicaux. Nous avons les moyens techniques – fibre, 4G – de le faire. Il suffit de s’armer de bonne volonté et de le réaliser. Je redirai tout cela la semaine prochaine dans l’hémicycle, au moment où j’aurais les réponses de l’ARS et de la région Centre-Val de Loire, l’une des plus pauvres dans le domaine de la démographie médicale.

M. le rapporteur général. Je goûte vos paroles, monsieur Door, et je vous en remercie. Vous dites que l’on passe de la parole aux actes. C’est exactement cela. Nous sommes parfaitement d’accord ; il y a un consensus sur l’urgence qu’il y avait à déployer enfin la télémedecine. Mes remerciements sont sincères, d’autant que je connais votre implication dans la lutte contre les déserts médicaux ; vous la menez dans votre circonscription ou au Parlement depuis bien des années.

Je reviens à l’accès au numérique, pour ne pas éluder la question que vous m’avez posée précédemment, monsieur Bruneel. Il faut trouver des solutions à la carte. Concrètement, vous avez des medecins généralistes qui consultent de sept heures du matin jusqu’à vingt et une heures le soir, qui ont la tête sous l’eau, et auxquels on ne va pas demander de s’équiper en téléconsultation : ils n’en ont pas la force, le temps, la possibilité.

À l’inverse, vous avez des medecins qui vont souhaiter développer ce type d’activités pour améliorer la disponibilité des avis de second recours, d’expertise, ou améliorer la fluidité de la communication entre leur activité libérale et l’hôpital. Nous pourrions dire à ces medecins que l’État est à leur écoute et met en place les dispositifs nécessaires. Ces activités s’adresseront aussi beaucoup aux maisons de santé pluridisciplinaires qui, par principe, sont situées dans des zones sous-denses mais plutôt dotées en équipements et en services publics et privés.

Pour ma part, je me fais moins d’inquiétude pour la fracture numérique. Comme il faut restaurer le principe de continuité territoriale dans l’hexagone et en outre-mer, je suis convaincu de la volonté des pouvoirs publics d’avancer pour réduire cette fracture territoriale. L’obligation d’offrir des soins de qualité pour tous sera un leitmotiv supplémentaire pour agir et avancer.

Vous parliez des urgences, monsieur Door. J’ai découvert que des équipes de SAMU faisaient déjà des sorties, équipées de Google Glass, des lunettes connectées qui leur permettent d’envoyer directement les informations de leurs interventions sur le terrain aux équipes de régulateurs pour qu’il n’y ait pas la moindre perte de temps et que, à l’arrivée du malade à l’hôpital, la gestion du dossier soit déjà commencée. Nous sommes déjà très avancés

sur la voie d'une forme de médecine futuriste qui n'attendait que la possibilité d'attribuer des tarifs et de financer pour pouvoir se déployer. C'est ce que nous proposons par le biais de cet article.

S'agissant de la télésurveillance, des cahiers des charges ont été définis – vous les trouverez dans le rapport. Les solutions techniques appliquées sont étroitement liées aux types de cas cliniques pris en charge. Cette raison a justifié une approche par pathologies et par cahiers des charges. C'est pour cette raison que la méthode expérimentale a été retenue. Je suis aussi partisan que vous de développer la télé médecine à fond, mais je comprends la démarche expérimentale en matière de télésurveillance. Celle-ci ne nuira pas du tout à l'amélioration de l'accès aux soins qui doit être un objectif rapide, défendu par la totalité de la représentation nationale.

M. Thibault Bazin. Pourquoi ne pas se lancer tout de suite au lieu d'en passer par un processus d'expérimentation de quatre ans ?

M. le rapporteur général. En télésurveillance, vous avez l'intervention de nombreux prestataires techniques, de prestataires de services, que vous n'avez pas en téléconsultation. Il faut prendre le temps d'évaluer très finement les dépenses que cela engendre. La définition et la valeur des actes ne seront pas les mêmes en télésurveillance et en téléconsultation où l'idée est d'avoir un système le plus automatisé et le plus général possible.

M. Thibault Bazin. Si nous sommes prêts avant l'échéance de quatre ans, sera-t-il possible de généraliser le système dans un délai plus court ?

M. le rapporteur général. Vous poserez la question à la ministre en séance.

Nous sommes sortis d'une logique trop « subie », dans notre pays, vis-à-vis de la télé médecine et du numérique en santé : la peur de la boîte de Pandore et du coût. C'est derrière nous. Maintenant, nous avançons. Il ne faut pas se tromper sur certains points techniques extrêmement détaillés et potentiellement coûteux. C'est pourquoi la solution expérimentale demeure pour certains dispositifs. Mais je rappelle que, pour tout ce qui concerne la téléconsultation et la télé-expertise, tous ces avis du quotidien qui vont être indispensables aux praticiens de notre pays, nous sommes passés à la phase de généralisation.

M. Jean-Pierre Door. Il est normal que nous débattions un peu longuement de ce qui, pour moi, est l'un des points majeurs du PLFSS.

La télésurveillance a des objectifs très importants, que l'on oublie souvent de citer, dans l'hospitalisation et les soins à domicile, lorsque les patients, atteints des pathologies que vous connaissez, retournent chez eux. On va les garder le plus possible à domicile, non pas en EHPAD mais chez eux, grâce aux aides-soignantes et aux aides ménagères. Dans ce cas-là, la surveillance est très utile pour établir une relation avec le médecin hospitalier, le médecin traitant ou un médecin à distance, de façon à éviter les déplacements de ces praticiens qui sont parfois absents. La télésurveillance doit donc faire aussi partie des alternatives à l'hospitalisation.

Je voulais aussi parler de ces entreprises qui vantent la téléconsultation *low cost* sur internet. Attention : on risque de se faire doubler par des sociétés dont on préférerait qu'elles ne soient pas opérationnelles. On entend parfois à la radio ou à la télévision la publicité dangereuse de ces entreprises.

M. le rapporteur général. En tant que médecin hospitalier, j'ai été sollicité, il n'y a pas très longtemps, par une société qui met en place des téléconsultations pour donner un autre avis, etc. Pour ma part, j'ai refusé d'y participer pour des motifs de coûts, d'accessibilité, d'organisation du système de soins. À titre personnel, je n'y suis pas favorable. Cela étant, nous ne sommes pas là dans le domaine de la téléconsultation et de la télé-expertise. Il s'agit d'un autre domaine qui n'entre pas dans le cadre du PLFSS, celui d'une entreprise dont la démarche est totalement parallèle.

M. Jean-Pierre Door. Certaines personnes peuvent être assez fragiles pour s'y adresser !

Mme Monique Iborra. On ne peut pas éviter – et peut-être heureusement – que certains prennent des initiatives. Ce ne serait pas la première fois que la loi est en retard par rapport aux pratiques de terrain. Notre rôle est d'évaluer ces pratiques de terrain, qui se développent notamment dans les EHPAD.

M. Julien Borowczyk. Certaines personnes peuvent avoir du mal à faire la différence entre la télémédecine et ces officines qui font de la consultation par téléphone. J'avoue avoir un peu de mal à comprendre comment on peut consulter par téléphone.

Quant à la télésurveillance, elle représente un enjeu d'avenir en matière d'accessibilité des soins et de diminution des coûts. Cependant, je rejoins la demande d'une étude plus poussée car un grand nombre d'interlocuteurs et d'intervenants sont impliqués dans le système. Nous devons nous donner le temps de revoir l'organisation, en nous posant la question du secret médical compte tenu de l'accès à de nombreuses informations. Cela étant dit, je pense que nous sommes tous d'accord pour considérer que ce domaine est d'une importance capitale.

La commission rejette les amendements.

Puis elle en vient à l'amendement AS277 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Le recours à la télémédecine est un peu trop souvent décrit comme la solution miracle aux déserts médicaux. J'ai tendance à me méfier du triomphalisme technologique qui tend à faire des innovations techniques des solutions à tous nos problèmes d'organisation.

Cependant, dans certains domaines de la vie médicale, la télémédecine présente des intérêts certains. Une expérimentation, que j'appelle « télédermatologie » parce que je ne sais comment nommer cette consultation qui concerne des plaies, a déjà eu lieu et elle a fait ses preuves. Je peux en témoigner. En revanche, l'extension de la télésurveillance à tous les actes présente de nombreux risques.

La télémédecine ne doit concerner que les actes concernant des plaies dont il est possible de réaliser l'expertise à distance car elles peuvent se prêter à un diagnostic à l'œil nu, les actes de chirurgie de bloc à autre chirurgien et des actes effectués en situation d'urgence pour des événements graves excédant les moyens habituels. Les SAMU sont d'ailleurs très demandeurs pour que le médecin régulateur puisse aider au tri avant la mise en place d'un plan blanc. Puisque les actes de chirurgie et les actes réalisés en situation d'urgence relèvent de la télémédecine et non pas de la télésurveillance dont il est question ici, seuls les actes diagnostiquables à l'œil nu devraient faire l'objet d'une télésurveillance.

La télésurveillance ne doit, en aucun cas, s'étendre aux actes de psychiatrie pour lesquels la communication sociale et physique est très importante. Suivre un malade atteint d'une maladie psychiatrique à distance est tout simplement indécent. La télésurveillance doit aussi être proscrite pour les personnes souffrant de diabète : il faut regarder leurs pieds, faire des dextro, etc. Pour ce type de malades, la télésurveillance semble ingérable et dangereuse.

Afin d'éviter les dérives, nous souhaitons que la télésurveillance ne soit utilisée que pour ce qui peut se prêter à un diagnostic à l'œil nu. Dans ces conditions, elle peut apporter de réels bénéfices.

M. le rapporteur général. Pour le coup, je ne suis pas sûr d'avoir compris votre amendement, madame Fiat. Et je ne suis pas sûr non plus que nous soyons totalement d'accord sur la définition de la télésurveillance.

Avant l'invention du stéthoscope, le médecin écoutait à l'oreille le cœur de ses patients à travers la peau. Ce n'est pas l'outil technique ou la démarche oculaire qui est en jeu dans la télésurveillance, mais la possibilité, pour le patient, d'envoyer – directement ou par l'intermédiaire d'un professionnel de santé ou d'un dispositif médical – des données de santé qui vont être interprétées par un médecin. Rien ne se fera à l'œil nu, puisqu'il s'agit d'une transmission de données.

Avis défavorable.

Mme Martine Wonner. Concernant le domaine de la psychiatrie, je souhaitais apporter une précision. Il est clair qu'on ne peut pas mettre un patient seul devant un écran pour dialoguer avec un professionnel – psychiatre, psychologue ou infirmier spécialisé – dans un environnement qu'il ne pourrait pas maîtriser. En revanche, des expérimentations en cours – je pense à celle conduite du côté de Montpellier dans le cadre d'un partenariat public-privé – donnent d'excellents résultats quand le patient est accompagné par un professionnel très bien formé. Et on sait à quel point on est confronté à une carence en professionnels psychiatres.

Mme Audrey Dufeu Schubert. En complément de l'intervention de ma collègue sur la télé médecine, j'ajoute que la consultation en télé médecine avec un gériatre peut être bénéfique pour des patients âgés qui ont des troubles du comportement avec une agitation pathologique dans 90 % des cas. Elle est beaucoup moins délétère car elle évite les traumatismes du transport, et l'agitation peut mieux être circonscrite.

La commission rejette l'amendement.

Les amendements AS280 et AS281 de Mme Caroline Fiat sont retirés.

La commission en vient à l'amendement AS318 de M. Thomas Mesnier.

Mme Valérie Petit. La télésurveillance permet aux médecins de procéder à une interprétation à distance des données médicales. La télésurveillance facilite le suivi médical, notamment des patients âgés ou en perte d'autonomie. Elle est aussi une réponse au problème des déserts médicaux.

L'article 36 soutient le développement de la télé médecine et prévoit le prolongement, pour quatre ans, du dispositif expérimental de télésurveillance. Nous proposons qu'une évaluation de cette expérimentation soit réalisée à mi-parcours, et qu'un rapport soit remis au

Parlement. Ainsi, nous aurions les moyens d'ajuster le dispositif, et éventuellement d'en accélérer la mise en œuvre et la généralisation. Cet amendement suit une logique de meilleure évaluation des politiques publiques, notamment des expérimentations.

M. le rapporteur général. Madame Petit, j'ai une proposition à vous faire : dans le cadre des missions de contrôle et d'évaluation dont j'ai parlé, au vu de la longue liste des rapports auxquels j'ai été contraint de donner un avis défavorable, je suis d'avis que, sans attendre deux ans, nous réalisons une évaluation sur place et sur pièces.

Nous pouvons aller voir un ou plusieurs dispositifs de télésurveillance en cours d'expérimentation. Ce serait beaucoup plus parlant qu'un rapport, qui va demander du travail aux services administratifs, et dont au mieux une petite partie d'entre nous prendra connaissance. Allons voir sur place, et soyons capables de montrer que l'action publique a du sens, donnons-lui corps par ces déplacements.

Pendant les mois qui nous séparent du prochain PLFSS, j'aimerais vraiment que nous allions regarder sur place le fonctionnement de ce type de procédés, dans une démarche ouverte à l'ensemble des parlementaires de tous bords. Ce serait plus efficace qu'un rapport.

Mme Valérie Petit. Je suis tout à fait d'accord, et j'accepte donc votre proposition. Étant membre de la commission d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, je propose de l'inscrire dans ce cadre. Je retire donc l'amendement.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS203 de M. Brahim Hammouche.

M. Brahim Hammouche. Cet amendement vise à renforcer l'évaluation de la télésurveillance en prenant en compte ses cinq dimensions : l'accès aux soins, les pratiques et l'organisation des soins, la qualité de la prise en charge des patients, leur satisfaction, et les coûts liés aux recours aux soins.

Cette évaluation médico-économique va consister à mesurer les bénéfices cliniques d'une stratégie de santé ou d'un produit de santé au regard de son coût, en vue d'une plus grande efficacité ou d'une allocation optimale des ressources disponibles, selon le jargon en vigueur. Si cette dernière est nécessaire dans un contexte de ressources limitées, elle ne saurait être exclusive, ni constituer l'alpha et l'oméga des décideurs politiques.

Nous souhaitons introduire une dimension sociale, fondamentale si nous ne voulons pas terminer dans une impasse, notamment s'agissant des ruptures dans les financements de certaines prises en charge. L'impact organisationnel n'est pas assez pris en compte dans les évaluations actuelles – quand il n'est pas purement et simplement oublié – notamment s'agissant des évaluations sur la télé-expertise qui, selon le rapport de 2006 de la Haute Autorité de santé (HAS), a vu son périmètre se réduire comme peau de chagrin.

Outre un rapport dans les délais impartis, nous voulons une évaluation complète, tant quantitative que qualitative, c'est-à-dire à la fois médicale, économique et sociale.

M. le rapporteur général. On pourrait considérer que ce niveau de précision sur les critères de précision relève davantage du niveau réglementaire, donc du décret plutôt que de la loi. Cela étant, je reste sensible à l'attention que vous portez à une évaluation multifactorielle et pas uniquement médico-économique. La télémédecine, c'est de l'accessibilité aux soins, de

la qualité des pratiques, de la pertinence des actes, de l'accès à l'expertise, l'ensemble de ces choses.

Étant donné l'importance de cet article et l'enjeu, j'aurai tendance à donner un avis de sagesse, voire un avis favorable. Je ne vois pas à mal dans cet amendement, même s'il pourrait relever du niveau réglementaire. Avis favorable.

La commission adopte l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS200 de M. Brahim Hammouche.

M. Brahim Hammouche. Cet amendement rejoint ce qui s'est dit plus tôt : il convient de réduire le délai d'évaluation, et le ramener au 30 juin 2019. Mais j'ai entendu la proposition du rapporteur d'effectuer un déplacement, et je viendrai sur le terrain avec plaisir.

L'idée principale est que nous ne devons pas tarder à mettre en place des choses qui ont déjà montré leur efficacité sur le terrain. Il faut se donner les moyens de ce virage numérique.

Je retire donc cet amendement au bénéfice d'une action plus concrète.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 36 modifié.

Après l'article 36

La commission est saisie des amendements identiques AS48 de M. Thibault Bazin et AS85 de M. Jean-Pierre Door.

M. Thibault Bazin. Cet amendement fait écho à la préoccupation mentionnée par Jean-Pierre Door de réglementer ce qui peut apparaître comme une dérégulation, voire un risque pour la qualité de soins.

La législation actuelle sur la télémédecine ne permet pas de garantir que les actes de téléradiologie sont réalisés conformément à la réglementation. Ne pensez pas que cela soit sans conséquence ; la nuit, lorsque l'on a besoin d'imagerie médicale, notamment au niveau des urgences, certains hôpitaux manquent de praticiens hospitaliers. Dans ces cas, les hôpitaux font parfois appel à des sociétés qui respectent la réglementation, avec des personnes compétentes qui pratiquent des tarifs réglementés. Mais parfois, du fait des restrictions budgétaires, il est tentant de faire appel à des sociétés à bas coûts qui ne garantissent pas le respect de la réglementation et la déontologie. Elles ne respectent pas non plus les tarifs médicaux réglementaires.

L'amendement qui vous est proposé entre dans notre logique de développer la télémédecine et la téléradiologie dans des cadres bien spécifiques, notamment lorsqu'il n'y a pas d'injections. Aujourd'hui, nous avons l'avantage que des règles communes ont été inscrites dans la charte de téléradiologie élaborée par le conseil professionnel de la radiologie et cosignée par le conseil national de l'ordre des médecins. Des règles comme celles-ci permettraient de garantir le respect des conditions d'un acte médical, de sa tarification, du traitement des dossiers des patients, et surtout de s'assurer que nous avons toujours une

qualité de réponse pour le patient confié à des services d'urgences où il n'y a pas toujours de radiologue sur place.

M. Stéphane Viry. En complément de ce qui vient d'être dit par M. Bazin, nous sollicitons par cet amendement la fixation par voie réglementaire des conditions de mise en œuvre de la téléradiologie.

Comme cela a été souligné, des sociétés à bas coût offrent désormais des prestations sans que l'on puisse s'assurer de leur respect de la réglementation et des règles médicales.

Nous considérons nécessaire de poser par décret les modalités et les conditions d'un acte médical, de sa tarification et du traitement des dossiers des patients.

M. le rapporteur général. Ces amendements soulèvent plusieurs problèmes techniques.

La télémédecine comprend cinq actes médicaux comme la téléconsultation, la télé-expertise ou la télésurveillance. Il n'y a pas d'actes de téléradiologie en tant que tel, la téléradiologie fait partie d'une catégorie plus générale d'actes de télé-expertise, de téléconsultation ou de télésurveillance.

Ensuite, la déontologie relève de la compétence de l'ordre plutôt que de la loi, surtout si vous faites allusion à des centres à bas coût.

Vous réintroduisez un alinéa qui a été supprimé à l'article 36 parce que nous ne sommes plus dans un cadre expérimental, mais dans le cadre du droit commun. Cela ne fait pas sens.

Enfin, la définition du tarif des actes relève du dialogue conventionnel entre les partenaires sociaux, et pas de la loi, ni du décret.

Avis défavorable pour toutes ces raisons.

La commission rejette les amendements.

Article 37 : *Modification des conditions d'inscription des actes à la nomenclature*

La commission est saisie des amendements identiques AS50 de M. Thibault Bazin et AS87 de M. Jean-Pierre Door.

M. Thibault Bazin. L'objet de cet amendement est de permettre à la commission de hiérarchisation des actes et des prestations (CHAP), instance paritaire, de piloter et de déterminer la procédure d'évaluation du coût de la pratique des actes.

M. Jean-Pierre Door. Nous souhaitons que cette compétence ne soit plus attribuée à l'UNCAM, mais à la commission de hiérarchisation des actes et des prestations.

M. le rapporteur général. Avis défavorable. L'amendement étend les compétences des CHAP et tend à empiéter sur la compétence de l'UNCAM. Les CHAP sont constituées de professionnels qui évaluent scientifiquement le travail que représente un acte. Il faut qu'elles restent cantonnées à cette démarche scientifique.

Adopter l'amendement reviendrait à laisser subsister deux dispositions contradictoires au sein du même article : la tarification par l'UNCAM d'une part, et votre dispositif d'autre part, ce qui brouillerait la portée de la loi.

La commission rejette les amendements.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS49 de M. Thibault Bazin et AS86 de M. Jean-Pierre Door.

M. Thibault Bazin. J'anticipe la réponse du rapporteur, car cet amendement se situe dans la continuité du précédent. Il vous est proposé de supprimer les alinéas 5 à 12. Aujourd'hui, nous nous interrogeons sur le pouvoir de l'UNCAM de décider seule du niveau de hiérarchisation d'un acte.

M. le rapporteur général. Je suis favorable à votre idée, mais défavorable sur la forme, car vous avez travaillé sur une version du texte qui n'est pas celle que nous examinons aujourd'hui. Les alinéas que vous proposez de supprimer ne correspondent plus au texte actuel.

Je vous donne rendez-vous à l'amendement suivant, que j'ai déposé, et qui va dans le sens que vous souhaitez.

M. Thibault Bazin. En ce cas, ce pourrait être un amendement de la commission, si tout le monde est d'accord.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Ce sera en effet un amendement de la commission.

Les amendements sont retirés.

La commission en vient à l'amendement AS405 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Je propose de supprimer une disposition prévue dans le texte initial du PLFSS, portant sur la procédure d'instruction accélérée des CHAP. Cette mesure vise à dessaisir temporairement les CHAP de leur compétence pour laisser à l'UNCAM le soin de décider unilatéralement de l'inscription des actes à la nomenclature en cas de blocage.

Le dessaisissement des CHAP, bien que temporaire, n'est pas de nature à instaurer un rapport de confiance avec les professionnels de santé. C'est une épée de Damoclès qui permet d'exercer une « amicale pression ». Mais on peut s'interroger sur l'intérêt de prévoir par la loi une mesure destinée à ne pas être appliquée. D'autres moyens plus opérationnels peuvent être convoqués, et il n'est pas interdit de faire confiance aux partenaires conventionnels.

Selon mes informations, il n'y a eu aucun blocage depuis 2011. Par ailleurs, lors des rares cas de désaccords, le vote a pu être reporté à la séance suivante afin de favoriser un consensus. Il suffit juste de se donner un peu plus de temps pour convaincre les parties en présence.

La procédure proposée offre la possibilité de passer outre les prérogatives des professionnels de santé en donnant un pouvoir unilatéral à l'UNCAM. L'intérêt des CHAP est

pourtant de promouvoir une plus grande adhésion des professionnels de santé à la décision de l'UNCAM.

Enfin, le texte proposé comporte une imprécision.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 37, ainsi modifié.

Article 38 : *Adaptation des conditions de prise en charge des produits hospitaliers – liste en sus*

La commission est saisie de l'amendement AS254, de Mme Caroline Fiat.

M. Jean-Hugues Ratenon. Les alinéas 28 et 29 de cet article font supporter le coût réel des soins onéreux de la liste en sus aux patients relevant de systèmes de sécurité sociale étrangers. Cette disposition pourrait s'avérer à terme néfaste pour notre système sanitaire, si elle entraîne un renoncement aux soins de ces patients.

Notre sécurité sociale se veut solidaire des travailleurs qui s'assurent entre eux, de leurs familles et de tous ceux qui, dans notre pays, ont besoin d'aide sanitaire. À l'heure où les égoïsmes et les peurs empêchent l'Europe d'aider comme il se doit ceux qui se présentent à nos frontières, nous nous ferions honneur en supportant le coût des soins, même onéreux, donnés à des patients relevant de systèmes de sécurité sociale étrangers.

Nous demandons donc la suppression de ces deux alinéas.

M. le rapporteur général. Avis défavorable. Votre amendement supprimerait l'intégration des médicaments de la liste en sus aux tarifs facturés aux patients relevant d'un régime de sécurité sociale coordonné, c'est-à-dire aux assurés de l'Union européenne ou d'un pays avec lequel nous avons signé une convention en matière de protection sociale.

Ces dispositions ne visent pas à faire payer les produits, extrêmement chers, de la liste en sus aux patients, mais bien au régime de sécurité sociale auquel ils sont affiliés. Ce ne sont pas les patients qui paient, mais les services de sécurité sociale avec lesquels des partenariats sont tissés.

Aujourd'hui, qui paye ces molécules onéreuses ? Prenons l'exemple d'un résident espagnol, assuré à la sécurité sociale espagnole, qui vient se faire soigner pour un cancer en France. Sa facture est ensuite remboursée par la sécurité sociale espagnole, qui a d'ailleurs dû donner son accord préalable pour qu'il vienne se faire soigner en France. Aujourd'hui, cette facture ne comporte pas les produits de la liste en sus utilisés au cours de son séjour.

De ce fait, les molécules onéreuses sont payées par l'hôpital lui-même, pour qui l'utilisation de ces produits constitue une perte sèche, puisqu'il ne peut pas non plus se faire rembourser par l'assurance maladie française. Au vu de l'augmentation exponentielle des dépenses de médicaments sur la liste en sus, cela met en danger l'équilibre financier de nos établissements de santé, déjà fragiles. Cela pourrait même les inciter à refuser des patients étrangers, ce qui serait dommage, puisque ce ne sont pas les patients qui paient, mais les régimes de sécurité sociale des pays d'origine.

Je vous propose de retirer cet amendement, sinon mon avis serait défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 38 sans modification.

Après l'article 38

La commission est saisie de l'amendement AS304 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Cet amendement a pour objet, à titre expérimental, de permettre aux centres hospitaliers de sous-traiter le stockage, la détention et l'approvisionnement des médicaments et dispositifs médicaux.

Le stockage et la détention des médicaments et dispositifs médicaux sont aujourd'hui des missions exclusives des pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements de santé. Or ces établissements sont confrontés à des difficultés liées aux stocks immobilisés : gestion des espaces occupés et mobilisation de main-d'œuvre pour des fonctions logistiques.

Afin d'améliorer l'efficacité des établissements disposant d'une PUI et de sécuriser le circuit des médicaments et des dispositifs médicaux, il vous est proposé de les autoriser à confier à un établissement pharmaceutique, suite à une procédure de marché public ou privé, ou par contrat écrit soumis à approbation du directeur général des ARS, la détention et le stockage de certains médicaments et dispositifs médicaux.

Un décret en Conseil d'État fixera les catégories d'établissements pharmaceutiques pouvant assurer le stockage et la détention des médicaments et dispositifs médicaux pour le compte de la PUI. Un arrêté du ministre chargé de la santé fixera la liste des catégories de produits de santé qui ne sont pas concernés par cette mesure. L'expérimentation sera ainsi encadrée par un ensemble de dispositions qui visent à assurer la sécurité du circuit du médicament dans l'intérêt du patient, et peuvent être complétées le cas échéant dans le cadre de nos débats.

M. le rapporteur général. Vous proposez d'autoriser les pharmacies à usage intérieur des établissements sanitaires et médico-sociaux à déléguer le stockage et la détention de certains produits de santé à des établissements pharmaceutiques.

Cela pose plusieurs problèmes.

Tout d'abord, l'ordonnance du 15 décembre 2016, issue de la loi de modernisation de notre système de santé, permet et encourage les coopérations en matière de pharmacies à usage unique dans un objectif d'efficacité et de sécurité optimale. L'encre en est à peine sèche, peut-être pouvons-nous attendre de voir les résultats pratiques.

Vous renvoyez ensuite à la notion d'établissements pharmaceutiques, qui sont définis par le code de la santé publique comme les fabricants, importateurs, exportateurs, exploitants, dépositaires, grossistes répartiteurs et distributeurs en gros de produits de santé. Ce ne sont pas que les officines. Confier la gestion des stocks des produits de santé de nos hôpitaux et de nos EHPAD à ce type d'établissement poserait un certain nombre de problèmes, je suis sûr que vous en serez d'accord, à la lumière de ce que je viens de dire.

Je vous propose donc de retirer cet amendement. À défaut, avis défavorable, pour des raisons de sécurité d'approvisionnement, de confiance pour le pharmacien hospitalier, qui doit

pouvoir s'engager à délivrer les médicaments en toute sécurité, et donc avoir eu la commande de ces médicaments en main.

M. Francis Vercamer. J'en conclus que si nous limitons l'étendue de cette mesure à un réseau plus court, qui ne comprenne pas les importateurs et autres, vous y seriez favorable.

M. le rapporteur général. Non, pour la première raison que j'ai évoquée. La loi de modernisation de notre système de santé incite les pharmacies à usage intérieur à coopérer et à mettre en place des processus de coopération dans les territoires pour améliorer tout cela.

Je pense qu'il est trop tôt pour rouvrir ce dossier très complexe.

La commission rejette l'amendement.

Chapitre III **Accroître la pertinence et la qualité des soins**

Article 39 : *Renforcer l'efficience et la pertinence des prescriptions hospitalières*

La commission examine les amendements identiques AS159 de M. Pierre Dharréville et AS229 de M. Jean-Hugues Ratenon.

M. Alain Bruneel. Je ne comprends pas pourquoi cet article figure dans ce texte. Je n'ai pas participé à tous les travaux de la commission, mais j'ai bien compris que l'essentiel de ce projet de loi était consacré à l'intérêt des patients et des médecins.

Nous ne sommes peut-être pas tous d'accord sur les moyens pour y arriver, mais dans cet article, il est prévu de mettre en concurrence les établissements, puisqu'il est question d'attribuer un intéressement aux établissements de santé qui réaliseront des économies, le montant de l'intéressement étant proportionnel aux économies réalisées.

Tout le monde sait ici que les hôpitaux sont en déficit. Le manque de moyens est flagrant, le personnel soignant et administratif est en souffrance, il n'y a plus assez d'infirmières ni de médecins. À l'hôpital de Douai, on compte 73 000 heures supplémentaires non payées. Les week-ends, le personnel est encore moins nombreux que d'habitude, les nuits sont atroces. Et cet hôpital est déjà en déficit de 4 millions d'euros alors que l'année n'est pas terminée. Allons-nous dire à ces hôpitaux de faire des économies et de supprimer du personnel ? Réduire le personnel est la seule source d'économies possibles, mais c'est intolérable.

Nous devrions prévoir tout le contraire : comment allons-nous attribuer plus de moyens aux hôpitaux pour que tout le monde puisse vivre de son métier, et que les patients soient mieux traités ? Dans l'hôpital de Douai, qui compte 2 600 agents, 250 personnes viennent tous les jours aux urgences, parce que l'on manque de médecins, qu'il n'y a plus de médecins de nuit, et que l'on envoie tout le monde à l'hôpital.

Il est terrible de lancer une course aux économies pour toucher un intéressement. Cela met en l'air la philosophie que vous défendez depuis le début, monsieur le rapporteur.

M. Jean-Hugues Ratenon. Cet article s'inscrit dans le mouvement de mise en concurrence des organismes et des services publics, et sa logique me laisse songeur. Il s'agit

de donner davantage de moyens aux prétendus bons élèves qui font des économies sur le fonctionnement des établissements, comme une carotte que l'on agiterait pour pousser les gestionnaires à en faire toujours plus, dans l'adage du service public néolibéral : « faire mieux avec moins. »

Si ce pari est tenu, l'étau budgétaire se desserre un peu. Mais pour ceux qui n'y parviennent pas, point de « carotte ». À l'image des universités à qui l'on donne plus quand elles font bien, à l'image des bons élèves à qui l'on réserve les meilleures et les plus coûteuses conditions d'étude, cet article donne plus à ceux qui en ont plus, et moins à tous les autres.

C'est le mode de fonctionnement qui inspire des gestions comptables et pousse des administrateurs à être obsédés par des *PowerPoints* plutôt que de prendre en compte la situation réelle de leurs établissements. Je peux vous assurer que tous les soignants à qui vous parlez s'élèvent contre cette logique, à commencer par celles et ceux qui témoignent dans l'excellent documentaire *Burning out, dans le ventre de l'hôpital*.

Quand sortirons-nous de cette logique comptable ? Quand distribuerons-nous l'argent selon les besoins réels des établissements, selon des critères objectifs ? Nous demandons la suppression de cet article.

M. le rapporteur général. Chers collègues, il n'existe pas aujourd'hui de financement lié à la qualité des soins en milieu hospitalier. On ne module pas la T2A, ni le financement des soins hospitaliers, en fonction de critères de qualité ou de pertinence des soins. Pas du tout.

Ce qui est prévu dans le dispositif au joli nom de contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES), c'est un intéressement à la prescription de médicaments génériques ou biosimilaires, ou au bon usage des antibiotiques, et absolument pas aux réductions de coûts ou de prestations. On n'entre pas dans l'organisation des équipes ou les questions de management, ni le nombre de lits hospitaliers. Ce n'est pas un encouragement à faire moins pour gagner plus. C'est surtout un encouragement à modérer les dépenses de médicament, et je pense que vous y serez sensibles au vu des débats que nous avons eus hier soir. Si vous supprimez cet intéressement, il ne restera que la sanction.

Je vous invite donc à retirer vos amendements à la lumière de ces explications, nous ne sommes pas à l'ère du financement des hôpitaux à la qualité des soins dans notre pays.

M. Alain Bruneel. Je ne partage pas l'avis du rapporteur. Qu'on le veuille ou non, cet article entraînera des dérives.

Les amendements sont rejetés.

La commission est saisie de l'amendement AS413 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Cet amendement s'inscrit dans la même logique que des amendements déposés par des collègues du groupe MODEM et du groupe Les Républicains, dont l'examen est prévu juste après, mais qui tomberont si cet amendement est adopté.

Il s'agit d'intégrer les commissions et conférences médicales d'établissement pour qu'elles donnent leur avis préalablement à la conclusion des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, dans le cadre de l'article 39 du présent projet de loi. Il est toujours question de pertinence des actes et des soins.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, les amendements AS110, AS51, AS88, AS195 et AS111 tombent, et l'article 39 est ainsi rédigé.

Article 40 : *Amélioration de la pertinence de l'utilisation des produits de santé*

La commission est saisie de l'amendement AS255 de Mme Caroline Fiat.

M. Jean-Hugues Ratenon. Si l'usage de la visite médicale chez les praticiens libéraux est moins répandu que par le passé, elle se développe de plus en plus dans les hôpitaux publics. Des produits dérivés à de véritables stratégies d'influences, cette pratique n'est plus adaptée à une médecine transparente et débarrassé des conflits d'intérêts.

Nous pensons donc que l'interdiction de la publicité dans les hôpitaux publics s'impose. Par publicité, le code de la santé publique n'entend pas la correspondance ou les informations nécessaires à la connaissance et l'usage d'un produit pharmaceutique. Ainsi, les industriels auront toujours la possibilité d'informer les professionnels de santé, sans les démarcher.

Cet amendement mettra fin à une surconsommation de produits pharmaceutiques préjudiciable et aura un effet direct sur les recettes et les dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, des organismes concourant à leur financement ou des organismes chargés de l'amortissement de leur dette.

M. le rapporteur général. Je suis d'accord sur les conditions de l'encadrement, mais le motif de votre amendement est de charger le Comité économique des produits de santé (CEPS) de mettre en œuvre l'interdiction d'accès des visiteurs médicaux. Ce n'est pas une compétence du CEPS, je vous renvoie d'ailleurs au rapport de la Cour des comptes sur les moyens accordés au CEPS pour faire son travail. Vu le nombre de salariés de cette structure, chacun d'entre eux gère un portefeuille supérieur au milliard d'euros dans le seul domaine des dispositifs médicaux, ils ne sont donc vraiment pas compétents pour aller faire de l'évaluation ou mettre en œuvre une interdiction de visite.

Nous sommes dans une logique d'encadrement de la visite médicale de la publicité dans le secteur des dispositifs médicaux, mais votre amendement ne serait pas applicable. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

La commission est saisie des amendements identiques AS52 de M. Thibault Bazin et AS89 de M. Jean-Pierre Door.

M. Thibault Bazin. L'intention de l'article est louable, mais le fait de renseigner sur l'ordonnance des éléments relatifs au contexte ou à la motivation de la prescription est extrêmement chronophage pour les médecins et professionnels de santé concernés, leur ajoute encore une charge administrative au détriment du temps consacré aux soins. Alors que les médecins que nous rencontrons sont déjà dégoûtés par ces obligations qui leur occasionnent un surcroît de travail important, vous en remettez une couche en les obligeant désormais à motiver le pourquoi du comment de leurs prescriptions, ce qui tend à remettre en question la liberté de prescription mais aussi le secret médical. Permettre aux médecins de se concentrer

sur les soins serait leur rendre service. C'est pourquoi nous proposons de supprimer les alinéas 16 à 28.

M. Bernard Perrut. Cette disposition du projet de loi prévoit qu'au regard notamment de l'intérêt de la santé publique, de l'impact financier ou des risques de mésusage, la prise en charge d'un produit de santé et de ses prestations éventuellement associées puisse être subordonnée au renseignement, par le professionnel de santé, sur l'ordonnance, d'éléments relatifs au contexte ou à la motivation de la prescription. Ces éléments, présents sur l'ordonnance, doivent être transmis au service du contrôle médical par le prescripteur, le pharmacien ou un autre professionnel de santé, selon une forme qui sera déterminée par voie réglementaire. Cette obligation est assortie de sanctions en cas de non-respect. Une telle disposition est de nature à mettre en cause à la fois la liberté de prescription et le secret médical. En outre, elle sera chronophage pour les médecins et professionnels de santé concernés et constituera une charge administrative considérable, au détriment du temps consacré aux soins. Cela va à l'encontre de ce que souhaitent les médecins.

M. le rapporteur général. Sensible aux arguments que vous exposez, tant il est important de préserver le temps de soins et d'éviter les contraintes administratives, je vous invite néanmoins à retirer vos amendements pour une simple raison de forme, à savoir que vous supprimez les mauvais alinéas – en l'occurrence, des alinéas concernant une charte. Le texte a sans doute changé depuis la version sur laquelle vous avez travaillé.

Les amendements sont retirés.

La commission examine l'amendement AS406 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. L'application du dispositif repose sur l'association des professionnels du secteur à l'application effective de la charte sur laquelle portaient par erreur les précédents amendements, concernant l'encadrement du démarchage publicitaire des visiteurs médicaux. Pour le Gouvernement, cette disposition est notamment justifiée par la nécessité que le Comité économique des produits de santé (CEPS) dispose de toutes les remontées d'information pour appliquer d'éventuelles sanctions, mais cela ressemble fortement, pour être clair, à de la délation. Une chose est de pouvoir se plaindre de pratiques illégales, une autre de compter expressément sur l'action des professionnels à ce qui est appelé pudiquement « *une constatation du manquement* ». Pour permettre au CEPS d'agir et de constater les manquements, je propose une nouvelle rédaction qui renvoie les conditions de ces constatations à un décret en Conseil d'État. Il faudra d'ailleurs être vigilant sur la rédaction du décret, pour ne pas laisser subsister les mêmes difficultés.

La commission adopte cet amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS75 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. La disposition proposée ici, qui consiste à demander au professionnel de santé de rédiger sur l'ordonnance des éléments relatifs au contexte ou à la motivation de la prescription, est extrêmement chronophage et entraînera une surcharge administrative. En outre, la liberté de prescription et le secret médical sont par là-même remis en question. Il convient donc de supprimer cette disposition.

M. le rapporteur général. C'est le même amendement que les précédents de vos collègues mais vous supprimez les bons alinéas. Au plan formel, si l'on supprime cette partie

de l'article, plus rien ne le reliera à un PLFSS et il pourrait dès lors tomber dans son intégralité. Sur le fond, la volonté du Gouvernement est de lutter contre l'antibiorésistance et notamment de demander pour certaines molécules davantage d'informations et de justifications. Je propose que nous ayons ce débat dans l'hémicycle avec la ministre pour qu'elle puisse nous apporter les explications nécessaires.

M. Jean-Pierre Door. Vous remettez en question la liberté de prescription et le secret médical. Les ententes préalables et autres sont très souvent sous cachet. Inscrire la motivation sur une ordonnance, c'est quelque chose que je ne ferais pas en tant que médecin.

M. Brahim Hammouche. Je rejoins mon collègue. Éventer ce qui se dit dans le cadre du colloque singulier entre le médecin et son patient, c'est annoncer un diagnostic à autrui. Je considère qu'il faudrait s'assurer de garde-fous pour que le secret médical reste absolu.

M. Julien Borowczyk. Il faut en effet être prudent. Dans les logiciels médicaux, il est déjà possible d'indiquer le motif de prescription. De même, dans certaines spécialités, en cas de doute sur un remboursement, on peut être interrogé par la CPAM. On peut sans doute trouver un juste milieu.

M. le rapporteur général. Je vous donne deux exemples concrets de l'application de cet article. Un médecin prescrit un pansement spécifique : il vaut mieux que le pansement qui sera délivré par le pharmacien soit adapté aux besoins du patient. Second exemple, le médecin fait une prescription d'antibiotique qui sort de l'ordinaire : s'il a pratiqué un test rapide d'orientation diagnostique (TROD), il le précise, indiquant qu'il a détecté tel germe et que c'est la raison pour laquelle il prescrit tel antibiotique. C'est un dispositif qui a vocation à remplacer à terme le dispositif des prescriptions de médicaments d'exception, et de le généraliser.

La commission rejette cet amendement.

La commission est ensuite saisie de l'amendement AS271 de M. Bertrand Bouyx.

M. Bertrand Bouyx. Il s'agit d'encadrer l'article et de laisser au médecin la faculté d'apprécier en fonction du contexte et de ses motivations si les éléments relèvent ou non du secret médical.

M. le rapporteur général. L'amendement est satisfait car le secret médical fait partie des principes reconnus et protégés par le droit en vigueur. Il n'est pas utile de le préciser.

M. Bertrand Bouyx. Les termes « *contexte* » et « *motivations* » sont larges, peu définis et nécessitent d'être précisés. L'imprécision de la rédaction rend nécessaire cet ajout que je propose, « *sous réserve du respect du secret médical* », car, même si c'est redondant, cela garantit que rien ne se cache derrière les mots.

M. le rapporteur général. On peut discuter de l'article et de ses conséquences au fond, mais sa rédaction n'est pas imprécise. Je vous renvoie à l'étude d'impact, qui comporte toutes les informations sur les conditions du respect du secret médical. Je pense que vous avez travaillé sur une version du texte qui n'est pas la version définitive, qui parle des « *circonstances* » et des « *indications de la prescription* ». Je vous invite à retirer l'amendement.

M. Bertrand Bouyx. Je le retire, mais il est tout de même désagréable de s'entendre dire que l'on n'a pas eu la bonne version du texte.

L'amendement est retiré.

La commission examine ensuite l'amendement AS407 du rapporteur.

M. le rapporteur général. L'article 42 prévoit une modification substantielle du régime de publicité des dispositifs médicaux auprès des professionnels de santé. Il systématise le régime d'autorisation par l'octroi d'un visa qui sera délivré par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

Cette modification pose doublement question. En premier lieu, elle impose au secteur des dispositifs médicaux (DM) un formalisme administratif plus lourd, alors qu'il convient plutôt de libérer les énergies, surtout dans ce secteur économique d'intérêt majeur pour notre pays. Elle impose à l'ANSM de s'adapter à l'afflux massif des dossiers à moyens constants. Chaque année, plus de 10 000 nouveaux produits font l'objet d'une communication de mise en service auprès de l'ANSM, soit environ 10 % du stock total. Si l'on prend une base d'un à trois documents promotionnels par produit, cela ferait entre 100 000 et 300 000 visas à délivrer. Par comparaison, seules 2 800 substances médicamenteuses sont commercialisées en France au total, ayant généré 3 350 dépôts de publicité en 2016.

La mesure prête aussi à interrogation si l'on raisonne en termes d'efficacité de la protection de santé publique. Il est à craindre que l'afflux massif de dossiers empêche l'ANSM de se concentrer sur les DM présentant un intérêt majeur de santé publique.

D'autres voies pourraient être recherchées, notamment par le ciblage des DM. Il s'agirait de modifier l'arrêté en ciblant les DM présentant un risque important pour la santé humaine prévu par l'article L. 5213-4 du code de la santé publique. Je vous propose donc de supprimer les alinéas 48 à 50 de l'article.

La commission adopte l'amendement.

Elle adopte ensuite l'article 40 modifié.

Article 41 : Renforcer la régulation du secteur des dispositifs médicaux

La commission examine l'amendement AS225 de M. Adrien Taquet.

M. Adrien Taquet. L'article 41 porte sur le renforcement des prérogatives du CEPS. Avec le présent amendement, il s'agit de mettre un terme à une situation anormale à trois égards : pour les personnes en situation de handicap, qui se voient offrir du matériel à des prix exorbitants ; pour la collectivité et les comptes de la protection sociale ; enfin au regard du droit européen, le système existant étant sans doute contraire au principe de libre circulation des biens.

Le système en question est le suivant. Le Centre d'études et de recherche sur l'appareillage des handicapés (CERAH), qui dépend du CEPS, établit et certifie la liste des véhicules pour personne handicapée (VPH). C'est cette liste qui donne lieu à remboursement du matériel par l'assurance maladie et, de façon complémentaire, par la prestation de compensation du handicap (PCH). Il existe une double certification : par les fabricants, ce qui est fort légitime et souhaitable, mais aussi par les distributeurs, et c'est là que le bât blesse car

la très grande majorité, pour ne pas dire la totalité, sont Français. Or les tarifs pratiqués par ces distributeurs sont deux à trois fois supérieurs aux prix pratiqués sur le même matériel à l'étranger. Par exemple, un fauteuil roulant de la marque Invacare coûte plus de 1 100 euros en France, contre 620 euros en Italie et entre 350 et 500 euros au Royaume-Uni. Ce matériel va donc coûter près de 1 000 euros à la collectivité, et deux à trois fois moins cher si le patient l'acquiert à l'étranger, auquel cas il ne sera pas remboursé par la Sécurité sociale.

Au nom de la justice sociale en faveur des personnes handicapées mais aussi de la bonne gestion des deniers publics, il est temps de mettre un terme à cette situation. Le présent amendement est une première étape.

M. le rapporteur général. L'intention est plus que louable et je la partage pleinement, mais il y a une raison de forme et une raison de fond qui s'opposent à ce que je donne un avis favorable à l'amendement.

La raison de forme, c'est que vous souhaitez que le CEPS optimise le coût de la prise en charge pour la Sécurité sociale et les assurés, alors que cela ne fait pas partie de ses prérogatives.

Sur le fond, le CEPS est en passe de terminer la négociation du premier scooter électrique extérieur pour les personnes handicapées qui connaissent une limitation sévère et durable de l'activité de marche. La prise en charge de ces scooters était en discussion depuis de nombreuses années et constituera une avancée majeure en faveur de certaines personnes handicapées. Les mesures du PLFSS pour 2018 permettront de disposer de meilleurs éléments de comparaison européens, notamment sur les niveaux de prix pratiqués à l'étranger. Si, pour les VPH, des prix plus faibles dans d'autres pays européens sont constatés, le CEPS pourra renégocier les conditions de prise en charge ou fixer des prix limite de vente aux patients à des niveaux plus bas que ceux actuellement pratiqués. Il me semble que votre préoccupation a ainsi reçu un premier écho favorable. Si vous souhaitez aller plus loin, il faut en discuter dans l'hémicycle avec la ministre.

M. Adrien Taquet. Votre réponse ne porte que sur une seule technologie innovante, et l'on peut certes se féliciter de l'apparition de ce matériel, mais il reste un champ très large au-delà et je voudrais m'assurer que la situation, qui est, ne nous mentons pas, un monopole de fait, sera étudiée dans son ensemble. Par ailleurs, je n'ai pas compris dans quel cadre s'inscrivait ce que vous venez d'évoquer.

M. le rapporteur général. Au-delà du scooter électrique, il sera possible pour l'ensemble des VPH de comparer les prix européens et donc de demander un prix plus faible en France sur la base de ces comparaisons.

M. Adrien Taquet. Les comparaisons européennes, nous les avons : il suffit de se connecter à internet. Le problème est lié à la certification des distributeurs. La fixation du prix dépend du reste à charge dans chaque pays et il est vrai, pour être tout à fait sincère, que le reste à charge est plus faible en France, de par les mécanismes de prise en charge de la Sécurité sociale. Du point de vue de la personne bénéficiaire, on pourrait donc dire que tout va bien, même si cela grève en partie sa PCH, mais le coût pour la collectivité est énorme : plus de 100 millions d'euros par an, rien que pour les VPH.

M. le rapporteur général. Le dispositif que j'ai évoqué est celui de l'alinéa 5 de l'article 41 : « *Le Comité économique des produits de santé peut fixer, pour les médicaments*

inscrits sur l'une des listes ouvrant droit au remboursement au titre de leur autorisation de mise sur le marché ou pour les produits et prestations pris en charge au titre de la liste mentionnée à l'article L. 165-1 ou pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation au titre des articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6, le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le prix ou le tarif de responsabilité, mentionnés aux articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5, L. 162-16-6, L. 165-2, L. 165-3 et L. 165-7, des produits et prestations concernés. » À mon sens, vous êtes satisfait.

*La commission **adopte** cet amendement.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 41 **modifié**.*

Après l'article 41

La commission est saisie de l'amendement AS223 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Le développement de la prescription de médicaments génériques est l'un des éléments permettant la maîtrise des dépenses de santé. Le taux de prescription de ces médicaments, bien qu'en augmentation, peut néanmoins être amélioré, comme la ministre l'a fait remarquer lors de son audition ici : 45,4 % en 2016 contre 42,8 % en 2015. Le taux de substitution d'un médicament d'origine à un générique par les pharmaciens était de 82,8 % en 2015 et de 83,2 % en 2016, l'objectif fixé par les pouvoirs publics étant de 86 %. De manière à accélérer le processus, cet amendement a pour objet de donner une plus grande faculté aux pharmaciens de délivrer un générique quand bien même il serait fait mention du caractère non substituable sur le médicament prescrit.

M. le rapporteur général. Avis défavorable. La mention « non substituable » est censée permettre une meilleure diffusion des médicaments génériques. Je me suis demandé s'il fallait continuer d'exiger une mention écrite à la main. On m'a répondu que les logiciels de prescription n'étaient pas bridés de manière à faire apparaître la mention sur la totalité des ordonnances, et que cela pourrait poser problème pour la diffusion des génériques. Ensuite, la mention permet aux patients, s'ils refusent le générique, d'obtenir leurs médicaments avec une dispense totale d'avance de frais. Si nous supprimons cette mention, il n'y aura plus de tiers payant pour ces médicaments, et votre amendement n'est pas complet puisqu'il ne tire pas les conséquences s'agissant de la dispense d'avance de frais.

M. Francis Vercamer. Mon amendement n'empêche pas la mention « non substituable » : il autorise le pharmacien à passer outre la mention s'il estime que le patient, que généralement il connaît, peut prendre un générique. Cela ne change rien pour le remboursement.

M. le rapporteur général. La suppression de la mention « non substituable » à la main par le médecin entraînerait une plus grande délivrance de génériques et, pour le patient, au lieu d'une dispense d'avance de frais, un remboursement par l'assurance maladie, en général dans un délai de cinq jours. Cependant, il ne vous aura pas échappé que nous traversons, en ce qui concerne les génériques et les solutions médicamenteuses, une période où l'opinion publique est quelque peu bouleversée et je ne suis pas certain que la mesure soit comprise dans le sens que vous entendez lui donner.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Elle examine ensuite l'amendement AS298 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. Je souhaite mettre en lumière un dispositif particulièrement problématique, posant la question des intérêts pharmaceutiques. Dans l'état actuel des choses, ce sont les laboratoires pharmaceutiques qui fixent eux-mêmes le montant de l'indemnité qu'ils perçoivent pour la délivrance de médicament ayant reçu une autorisation temporaire d'utilisation (ATU). C'est ce qu'on peut lire sur le site du ministère de la santé. Les industries pharmaceutiques peuvent donc réaliser des bénéfices considérables sur les médicaments lors de leur lancement.

Les enjeux de santé publique exigent que les laboratoires soient partie prenante de la politique de santé. Il nous semble donc qu'il serait de bon sens de laisser au CEPS le soin de fixer les indemnités versées aux industries pharmaceutiques pour les mises à disposition des médicaments ayant fait l'objet d'une ATU. Pour établir ces indemnités, nous suggérons que soit utilisé comme critère le coût de production des médicaments.

M. le rapporteur général. Avis défavorable. Le principe de base de la fixation du prix du médicament est la négociation, non la fixation unilatérale ; les tarifs ne sont pas administrés. Il ne faut pas non plus priver les patients de l'arrivée d'un traitement susceptible d'améliorer leur chance tout en préservant un système favorisant l'innovation. C'est précisément ce que l'amendement est susceptible d'empêcher. Enfin, en cas d'ATU, une indemnité est fixée au préalable. Une fois que le prix est fixé, l'industriel pharmaceutique est tenu de faire une remise. Cette remise correspond à la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé et la valorisation des unités vendues au prix négocié avec le CEPS. Le produit de ces remises est affecté aux régimes d'assurance maladie.

La commission rejette l'amendement.

La commission examine l'amendement AS300 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. L'objet de cet amendement est de lancer une expérimentation permettant aux pharmaciens, aux professionnels de santé formés et expérimentés, de prescrire des médicaments figurant sur une liste exhaustive, aujourd'hui rangés sous le régime de la prescription obligatoire. Il s'agit de créer une liste intermédiaire entre la prescription médicale et la vente libre.

Il n'est pas ici question de remettre en cause le principe de la prescription médicale, mais simplement d'expérimenter une distinction entre certains produits nécessitant une expertise et un suivi médical, et d'autres produits en vente libre, mais dont la distribution doit être contrôlée et éventuellement refusée à certaines catégories de patients après leur avoir posé les questions nécessaires afin d'éviter un usage non conforme du médicament.

Ce dispositif permettra d'éviter le coût d'une consultation médicale pouvant paraître inutile pour de petits maux du quotidien.

M. le rapporteur général. L'article 35 de notre texte permet d'ores et déjà des protocoles d'expérimentation ainsi que des coopérations entre professionnels de santé ; laissons-leur le soin de faire des propositions pouvant répondre à leurs attentes. N'allons pas à nouveau leur dire ce qu'ils ont à faire, ce qui serait contraire à l'esprit de cet article ; pour une fois, ce ne seront pas les parlementaires qui feront les choses, mais davantage les professionnels eux-mêmes, et les pouvoirs publics sauront les accompagner.

Pour ces raisons, mon avis est défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle étudie ensuite l'amendement AS226 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Cet amendement est de repli par rapport à un amendement précédent qui permettait de passer outre la mention « non substituable » ; il vise à demander un rapport du Gouvernement. Je le retire, puisque le débat aura lieu dans l'hémicycle.

Cet amendement est retiré.

La commission en vient à l'examen de l'amendement AS228 de M. Jean-Hugues Ratenon.

Mme Caroline Fiat. Au-delà des fantasmes, l'industrie pharmaceutique s'est considérablement développée et concentrée au cours des vingt dernières années. Ses moyens et son influence publique sont importants – certainement plus que celle du lobby des airbags dont vous parliez ce matin. Il est d'autant plus important de savoir faire face à cette industrie que, contrairement à celui des airbags, le prix du médicament a une influence sur les comptes de la sécurité sociale.

Cette influence est telle qu'un conseiller du candidat Macron a pu bénéficier de plus de 80 000 euros de frais de restaurant, de logement et de transport, après avoir effectué de nombreuses interventions pour le laboratoire Servier entre 2013 et 2016. Puisqu'il a dû partir après ces révélations, nous sommes désormais à l'aise pour évoquer le poids de l'industrie pharmaceutique, et faire le point sur les outils dont nous disposons afin d'établir un rapport de force acceptable.

Or nos outils sont largement insuffisants. Le Comité économique des produits de santé (CEPS) chargé de la négociation des prix, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) chargée de la régulation des recherches biomédicales ainsi que la Haute autorité de santé (HAS) sont les trois instances qui font face au secteur du médicament. Leurs moyens sont trop faibles pour qu'elles puissent réagir de façon adéquate, comme en témoigne le scandale du Levothyrox.

Nous considérons que les missions de ces institutions, négociation des prix, régulation éthique et évaluation, ne devraient pas être séparées ; si l'on veut qu'elles soient fortes devant une industrie puissante, nous prônons leur fusion au sein d'un pôle public du médicament. Ce pôle public aux moyens renforcés sera de taille à négocier et à réguler le secteur du médicament, et pourra rassurer la population française sur la capacité de l'État à maintenir le rapport de force.

M. le rapporteur général. La réponse est la même que pour les autres demandes de rapport : rien ne vous empêche de plutôt vous saisir de la question en tant que parlementaire, et de travailler à ces sujets.

Le sujet n'est pas tant l'organisation que l'évaluation du médicament. C'est ce système qu'il faut repenser ; à cet égard, nous disposons du rapport de Dominique Polton sur l'intérêt thérapeutique relatif, remis au mois de novembre 2015. Ce sera un des enjeux du mandat que de faire évoluer et améliorer le système d'évaluation du service médical rendu. Il faut aller vers un dispositif qui tienne mieux compte de l'innovation incrémentale et de l'innovation de rupture.

Beaucoup de questions restent en suspens ; d'autres rapports sont intéressants à lire, dont celui de Christian Saout sur l'accompagnement à l'autonomie des patients, remis à la ministre chargée de la santé au mois de juillet 2015. La Haute autorité de santé se saisit pleinement de ces enjeux ; nous aurons l'occasion d'en rediscuter.

Au-delà de leur évolution se pose la question des moyens dévolus aux organismes : pour ses missions actuelles, le CEPS bénéficiera de subsides supplémentaires accordés par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) ; il n'était que temps. La loi lui confie de nouvelles missions qui demanderont des effectifs et des compétences supplémentaires. Cette institution rencontre parfois des difficultés pour recruter des personnels, compte tenu des règles en vigueur dans les administrations centrales ; ainsi, un poste de pharmacien spécialiste est toujours à pourvoir, mais le salaire proposé ne s'élève qu'à 1 800 euros par mois... Trouver un pharmacien disposé à travailler pour ce prix, c'est un peu compliqué ! C'est pour ces raisons qu'il ne faut pas trop en attendre du CEPS ; il faut d'abord le stabiliser, le conforter dans ses missions ainsi que dans les moyens qui lui sont accordés.

Pour ces raisons, mon avis est défavorable.

M. Julien Borowczyk. Je suis heureux de voir que mon intervention sur les airbags a marqué les esprits... Il ne faut pas se tromper de cible et systématiquement stigmatiser l'industrie pharmaceutique ; sur ce point, je rejoins tout à fait l'avis du rapporteur général. Il convient bien entendu de cibler le service médical rendu, et de chercher le bénéfice que le médicament apporte afin d'en fixer le juste prix. Et il ne faut pas toujours imaginer que c'est David contre Goliath ; le discours doit être dédramatisé.

La commission rejette l'amendement.

Elle se saisit ensuite de l'amendement AS302 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. La résistance aux antibiotiques est un phénomène alarmant qui met au défi notre système de santé. Un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) du 20 septembre 2017 a mis en lumière ce grave danger, susceptible d'entraîner « une augmentation des dépenses médicales, une prolongation des hospitalisations et une hausse de la mortalité. » Notre pays, un des moins bons élèves de l'espace européen, quatrième plus gros consommateur, doit d'urgence changer sa façon de prescrire et d'utiliser les médicaments antibiotiques. L'utilisation non maîtrisée de ces médicaments étant responsable des résistances bactériennes, le rapport que nous proposons préparera ce tournant.

M. le rapporteur général. Avis défavorable. Plusieurs rapports publics existent déjà : le rapport du groupe de travail spécial pour la préservation des antibiotiques, déposé au mois de juin 2015, et le rapport Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France réalisé par l'ANSM et Santé publique France notamment, publié au mois d'octobre 2016. Cela me semble suffisant.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS325 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Je l'ai défendu avec le précédent.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 42 : *Uniformisation et renforcement du mécanisme de demande d'autorisation préalable*

La commission examine les amendements identiques AS53 de M. Thibault Bazin et AS90 de M. Dominique Door.

M. Thibault Bazin. Vous voulez obliger le médecin à porter sur l'ordonnance la mention supplémentaire « *non remboursable* » lorsqu'une prestation ou un produit ne fait pas l'objet d'une prise en charge. Vous voulez encore lui faire porter la mention « *subordonné à un accord préalable du service médical* » lorsque l'accord est en cours d'instruction.

Il s'agit clairement d'une surcharge administrative supplémentaire ; les médecins en souffrent déjà – j'ignore s'il s'agit d'une maladie, mais l'ordonnance que vous vous apprêtez à prendre, loin d'apporter le remède, va l'empirer, et cela n'encouragera pas les vocations. C'est pourquoi nous proposons par l'amendement AS53 la suppression des alinéas 2 et 3 de cet article.

M. Bernard Perrut. Tout est fait pour alourdir la charge administrative des médecins, à tout le moins, c'est ce qu'ils perçoivent à cause de cette complication du mécanisme d'accord préalable, demandée par la ministre, et que notre amendement AS90 propose de supprimer.

Le dispositif de demande d'autorisation préalable permet de conditionner un remboursement du régime obligatoire à l'obtention d'un accord préalable du service médical de l'assurance maladie. Le 5° du I prévoit précisément, d'une part, d'obliger les prescripteurs à inscrire la mention « *non remboursable* » sur l'ordonnance d'une prestation ou d'un produit prescrit en l'absence d'accord préalable, et d'autre part, de les obliger à inscrire que la prise en charge est subordonnée à un accord préalable du service médical lorsqu'une demande d'accord est en cours d'instruction.

Nous voulons alléger ce dispositif, car un médecin est surtout fait pour soigner et consacrer tout son temps à son patient, non à de la paperasse et des écritures supplémentaires.

M. le rapporteur général. Nous parlons d'une disposition qui prévoit l'obligation pour le prescripteur, en l'absence d'accord préalable, d'inscrire la mention « *non remboursable* » sur l'ordonnance prescrivant le produit ou la prestation.

Cet article va dans le sens d'une meilleure information de l'utilisateur lorsqu'il va chercher son produit de santé dont le remboursement a été refusé et qui sera donc à sa charge. J'ai posé la question de savoir qui devait informer le patient : ne devrait-ce pas être le pharmacien ? L'un n'empêche pas l'autre. Je me suis interrogé sur la lourdeur administrative du dispositif ; on m'a répondu que, dans les logiciels « métiers » des professionnels de santé, cette mention « *non remboursable* » sera automatisable. Le problème n'est donc pas tant celui de l'écrire à la main que d'en informer l'utilisateur.

J'ai demandé davantage d'informations aux services du ministère afin de mesurer la portée réelle de cet article ; nous pourrions avoir ce débat dans l'hémicycle, si vous en êtes d'accord, pour obtenir toutes les réponses portant sur les aspects pratiques.

Pour ces raisons, mon avis est défavorable.

M. Thibault Bazin. Avez-vous eu, monsieur le rapporteur, la confirmation que la mention « *subordonné à un accord préalable* » figurera aussi dans les logiciels « *métier* » des médecins ? Le cas échéant, sous quels délais ?

M. le rapporteur général. Je n'ai pas la réponse à ces questions ; c'est pourquoi je vous propose d'en rediscuter en séance publique.

M. Julien Borowczyk. Je partage le point de vue du rapporteur ; si j'en crois mon expérience personnelle, ce genre de prescription est très rare, la charge supplémentaire de travail me paraît tout à fait négligeable. Cet amendement ne me paraît pas justifié.

La commission rejette ces amendements.

Puis elle adopte l'article 42 sans modification.

Après l'article 42

La commission examine les amendements identiques AS56 de M. Thibault Bazin et AS92 de M. Dominique Door.

M. Thibault Bazin. Les articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale rompent avec les principes de la négociation conventionnelle, chère au rapporteur qui a usé de cet argument pour refuser un de nos amendements. C'est la raison pour laquelle mon amendement AS56 se propose de les abroger.

M. Dominique Door. Ces deux articles du code de la sécurité sociale déterminent la procédure de fixation des tarifs et de classification des matériels lourds, ce qui va dans le bon sens : il faut qu'une commission intervienne, car la classification des équipements médicaux lourds est très variable.

Mais là où le bât blesse, c'est qu'en cas de défaut d'accord, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) fixe unilatéralement les tarifs et la classification. C'est là une rupture avec les négociations conventionnelles et les contrats professionnels ; mon amendement AS92 tend donc à abroger les articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1 et à restaurer le principe de la négociation conventionnelle.

M. le rapporteur général. Je suis très attaché à la négociation conventionnelle et au dialogue social. De fait, ces deux articles sont comme des ovnis et posent un certain nombre de questions ; ils ont été adoptés l'an dernier au cours de l'examen du PLFSS ; les enjeux financiers sont colossaux, ce que souligne la Cour des comptes. Sur le plan de la méthode, cette situation n'est pas satisfaisante. Cela étant, il ne me revient pas de vous dire que nous pouvons revenir sur une disposition mise en place il y a un an, et confirmée à l'issue d'une procédure intentée par des radiologues.

Ce sujet pourrait être débattu en séance publique avec la ministre ; je ne peux donner un avis favorable à ces amendements, même si vous avez compris que, sur la forme, je préfère toujours le dialogue conventionnel à des articles de loi plus contraignants.

La commission rejette ces amendements.

Article 43 : *Extension de la mise sous objectifs et la mise sous accord préalable à tous les prescripteurs*

La commission adopte l'article 43 sans modification.

Chapitre IV **Moderniser le financement du système de santé**

Article 44 : *Report de certaines dispositions du règlement arbitral dentaire*

La commission examine l'amendement AS293 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. Au cours de la campagne pour les élections présidentielles, M. Macron avait promis la prise en charge totale des prothèses dentaires. Vous prenez souvent pour argument d'autorité que, lorsque le candidat Macron s'est engagé à prendre une mesure, il est légitime de le faire ; vous l'avez largement utilisé pour modifier le code du travail ou supprimer l'impôt sur la fortune (ISF).

Pourtant, malgré le caractère prioritaire de l'accès aux soins bucco-dentaires, cet engagement-là n'est pas tenu. Nous nous étonnons donc que le Gouvernement envisage de reporter d'un an l'application du règlement arbitral plafonnant les dépassements sur les soins prothétiques. D'autant plus que ce report ne concerne pas l'augmentation des tarifs plafonds applicables aux bénéficiaires de la CMU.

Le Gouvernement veut se donner le temps de la discussion dans un climat apaisé : nous l'avons connu bien plus expéditif quand il a légiféré par ordonnances... Lorsqu'il s'agit de négocier avec les fédérations de chirurgiens-dentistes, il en prend bien plus que pour dialoguer avec les salariés avant de sabrer des droits !

C'est surtout une mauvaise nouvelle pour les patients puisqu'il s'agit d'une nouvelle année de perdue en matière de santé bucco-dentaire. Or nous ne voyons aucun engagement du Gouvernement propre à nous permettre de penser qu'il ne s'agirait pas de l'abandon pur et simple d'une promesse de campagne du Président de la République.

M. le rapporteur général. S'agissant de la promesse de supprimer le reste à charge sur les soins prothétiques auditifs et dentaires lourds d'ici à la fin du mandat, nous serons un certain nombre à être vigilants, car c'est une belle promesse : c'est la première cause de renoncement aux soins pour raisons financières dans notre pays.

Dans la mesure où cela relève d'un partenariat et d'une négociation avec les organismes complémentaires, comme l'a expliqué le Président de la République pendant sa campagne, cette question ne concerne pas le PLFSS. Je sais par ailleurs que la ministre de la santé et des solidarités est très attentive à ce sujet.

Vous avez entendu ce que j'ai dit sur le respect du dialogue conventionnel, très important dans notre système de soins, qui doit se dérouler entre l'assurance maladie, les professionnels et leurs instances représentatives, et je vous sais sensible au dialogue social. Je considère qu'un règlement arbitral n'est jamais une bonne solution : c'est l'échec de la négociation.

La ministre a souhaité accorder davantage de temps à celle-ci afin que le dialogue reprenne dans de bonnes conditions, et a choisi de reporter cette décision, pour l'heure sortie du cadre de la convention et qui aujourd'hui pèse sur les épaules des dentistes.

Je suis donc défavorable à votre amendement par respect pour le dialogue, mais aussi parce que je crois important que cette convention dentaire reparte sur de bonnes bases. Il faut notamment que la tarification de certains actes puisse être revalorisée, ce qui n'a pas été fait depuis un certain nombre d'années. Certains traitements de dentisterie devront aussi être revisités, et le rôle des hygiénistes reconsidéré... Bien des choses restent à discuter : laissons les professionnels dialoguer avec l'assurance maladie, c'est le rôle de la convention.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS20 de Mme Marine Brenier.

Mme Nicole Sanquer. L'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoyait l'instauration d'un règlement arbitral devant le constat d'échec des négociations conventionnelles entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie.

Cela a fragilisé les conditions d'exercice des professionnels et ne permet pas de répondre aux enjeux d'une dentisterie moderne et préventive. La ministre Agnès Buzyn a annoncé le report de l'application des modalités tarifaires du règlement arbitral, et a convoqué de nouvelles négociations conventionnelles.

Cette décision est inscrite à l'article 44 du PLFSS pour 2018, qui reporte à 2019 l'entrée en vigueur dudit règlement.

Mon amendement AS20 propose l'abrogation du règlement arbitral afin d'adresser un signal positif à la profession et d'instaurer un cadre de dialogue serein permettant aux parties prenantes d'envisager des modalités de la dentisterie française en accord avec les données acquises et actuelles de la science, notamment la révolution de la prévention.

M. le rapporteur général. Votre amendement vise à supprimer la disposition législative qui a permis la mise en place du règlement arbitral, mais il ne supprime pas le règlement arbitral et ne permet pas non plus la reprise des négociations ; bien au contraire, il produirait l'effet inverse à celui que vous souhaitez car, en supprimant l'article, nous n'aurions plus la possibilité de suspendre les dispositions litigieuses du règlement arbitral : il ne suffit pas d'abroger le texte qui a mis en place le règlement il y a un an pour le supprimer. Je vous propose donc de retirer cet amendement.

Mme Nicole Sanquer. Je le retire.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 44 sans modification.

Après l'article 44

La commission examine en discussion commune les amendements AS218 de M. Pierre Dharréville, AS335, AS332 et AS333 de M. Joël Aviragnet.

M. Alain Bruneel. L'article additionnel que nous proposons d'insérer par notre amendement AS218 tend à créer les conditions propres à éviter les concentrations de médecins dans certaines zones, et à couvrir en médecins libéraux les territoires en difficulté.

La désertification médicale ne cesse de s'aggraver ; la ministre a fait part de son intention de doubler le nombre des maisons de santé. Chacun sait toutefois que la chose n'est pas si simple : une fois le bâtiment construit, il arrive que les locaux restent vides faute de médecins ou d'infirmières.

Afin de lutter efficacement contre les déserts médicaux, notre amendement propose d'étendre aux médecins libéraux un dispositif de régulation à l'installation qui existe déjà pour plusieurs autres professionnels de santé : pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et orthophonistes. Il prévoit que, dans des zones définies par les Agences régionales de santé (ARS) en concertation avec les syndicats médicaux dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins, un nouveau médecin libéral ne pourra s'installer en étant conventionné à l'assurance maladie que lorsqu'un médecin libéral de la même zone aura cessé son activité. Le principe de la liberté d'installation demeure donc, mais le conventionnement n'est possible que de manière sélective pour les nouvelles installations.

M. Joël Aviragnet. Mon amendement AS335 vise, dans le même esprit, à conventionner un médecin lorsque l'un de ses confrères cesse son activité.

Je me suis penché sur le plan du Gouvernement relatif à l'accès territorial aux soins ; j'ai pu constater qu'il ne comporte que des mesures incitatives. Les principales mesures portent sur l'aide à l'installation, les maisons de santé, dont le financement n'est pas certain puisque confié aux intercommunalités, le développement de la télémédecine, qui nécessite toutefois des professionnels ; mais, dans le monde rural, il faut aussi des réseaux, ce qui n'est pas toujours le cas.

Les mesures incitatives mises en place par le précédent Gouvernement ont montré leurs limites. Il est temps d'aller plus loin et d'opter pour des mesures un peu plus contraignantes. D'autant que lorsque je rencontre de jeunes internes dans les cabinets médicaux de ma circonscription du sud de la Haute-Garonne, je ne trouve franchement pas beaucoup d'oppositions à l'idée de venir s'installer là où des besoins existent, à condition évidemment que ces mesures soient accompagnées.

M. le rapporteur général. Je demeure très opposé aux mesures coercitives pour l'installation des professionnels de santé. C'est injuste, inefficace, et mal approprié aux enjeux.

En premier lieu, j'aimerais que l'on cesse de parler de déserts médicaux, mais simplement de déserts : les médecins ne sont pas des déserteurs. S'ils ne s'installent pas dans certains territoires, c'est généralement parce que cela fait longtemps que les services publics et privés se sont « *fait la malle* », si vous me permettez l'expression... Sans parler des difficultés d'accès à l'emploi, aux transports, etc.

Cela étant, il est absolument indispensable de maintenir une présence sanitaire dans ces territoires. Nous devons réfléchir à la notion de disponibilité en offre de soins. Je pense d'abord aux maisons de santé pluridisciplinaires : la ministre de la santé et des solidarités et le Premier ministre ont annoncé la semaine dernière leur objectif, ambitieux, d'en doubler le nombre. Ces structures permettent une démarche plus collective et intégrée dans le domaine de l'offre de soins. Il y a la télémédecine ; nous venons d'adopter un article qui la généralise. Elle permettra de casser les distances et de faire en sorte que chacun ait accès à des soins spécialisés et primaires de qualité. Beaucoup de mesures incitatives se développent.

Je me suis exprimé sur la question de la démographie : quand un médecin sur quatre qui s'installe en France est titulaire d'un diplôme étranger, quand des étudiants français partent dans des facultés et des écoles francophones d'Europe de l'Est afin de se former à la médecine pour revenir demain s'installer en France, on peut se poser la question de l'utilité du *numerus clausus*. La France formait 8 000 médecins en 1972 ; elle en forme 7 000 aujourd'hui alors qu'il y a 15 millions d'habitants en plus.

Le sujet est extrêmement complexe, il n'y a pas de martingale, de solution toute faite contre la désertification médicale : il faut un bouquet de mesures.

Là où on y a recouru, les mesures incitatives ont produit un effet qui n'était pas approprié. Comme le disait Coluche, tous les champignons sont comestibles en apparence, mais certains ne le sont qu'une fois... Si l'on commence à casser la dynamique du conventionnement pour tous et si l'on instaure un conventionnement sélectif, je crains que l'on ne casse totalement le mouvement que nous tentons d'impulser depuis quelques années et qui sera amplifié par le plan pour l'égal accès aux soins. Il faut donner aux professionnels de santé l'envie de s'installer, leur faire découvrir la médecine libérale, faire connaître les territoires ruraux aux étudiants en formation ; toutes ces mesures sont efficaces. Mais la contrainte est une vieille lune qui ne fonctionne pas.

Pour toutes ces raisons, j'émettrai un avis défavorable sur tous ces amendements.

M. Joël Aviragnet. Les amendements AS332 et AS333 participent d'un même esprit. Le dernier d'entre eux reprend l'idée d'un conventionnement sélectif dans le cadre d'une expérimentation. Parmi les mesures citées par le rapporteur général, il me semble que l'augmentation du *numerus clausus* faisait partie des promesses du Président de la République. Je ne le retrouve pas dans le plan présenté par le Gouvernement, mais cela viendra peut-être...

M. le rapporteur général. Même avis défavorable que sur les amendements précédents. Nous aurons peut-être l'occasion de reparler du *numerus clausus*. Il faut être capable de réaliser des projections à 5, 10 ou 15 ans pour voir quels seront les besoins en santé, mais on doit aussi continuer à développer des pratiques avancées, telles que les coopérations interprofessionnelles, qui peuvent permettre de moderniser notre système d'offre de soins. Il reste à poursuivre le développement d'un grand nombre de mesures très belles avant de se tourner vers d'autres qui paraissent très simples, mais sont en réalité inapplicables et injustes en pratique.

M. Thomas Mesnier. Le plan pour l'accès aux soins qui a été annoncé par le Premier ministre et la ministre des solidarités et de la santé, vendredi dernier, tend effectivement à renforcer les mesures incitatives, à libérer les professionnels d'un certain nombre de contraintes et à favoriser un travail en groupe ou multi-sites, c'est-à-dire à casser des barrières qui contraignent au quotidien. Ce plan a été très bien accueilli par l'ensemble des professionnels qui se sont exprimés. Il porte sur les court et moyen termes. La modification du *numerus clausus* aurait des effets à bien plus long terme – il faudrait au moins dix ou douze ans pour que ces effets soient perceptibles. Le Président de la République s'est néanmoins engagé à ce que l'on y réfléchisse. Je ne doute donc pas que nous en rediscutions dans les mois à venir.

M. Joël Aviragnet. J'entends bien que les mesures incitatives sont importantes, mais cela fait un certain temps qu'elles sont appliquées ou bien que nous essayons de les mettre en

place. Résultat : il n'y a pas eu d'amélioration. Dans les zones rurales, et au-delà, des populations n'ont plus accès aux soins.

Je le dis sans être un défenseur des mesures contraignantes à tout crin. J'habite dans un village de 700 habitants pourvu d'un cabinet médical qui reçoit de jeunes internes. Ils me disent qu'ils peuvent venir pendant leur formation s'ils sont financièrement aidés – et je pense en effet que l'on peut avoir une réflexion sur les mesures d'accompagnement.

Je regrette que Mme Poletti n'ait pas pu défendre son amendement, identique aux AS218 et AS335. Je crois me souvenir qu'elle avait évoqué il y a quelques années l'idée que l'on revienne sur la libre installation des médecins.

Mme Monique Iborra. C'est un sujet complexe, qui ne date pas d'aujourd'hui, et il est vrai aussi que les mesures mises en place tardent à montrer leur efficacité.

Le déconventionnement serait une très mauvaise idée : ce n'est pas tant les médecins que l'on pénaliserait que les malades.

J'ai reçu la semaine dernière des internes. Ils ne voulaient pas entendre parler de la question du *numerus clausus*, mais étaient tout à fait favorables au salariat. C'est une évolution chez certains médecins, même si tous ne sont pas d'accord, en particulier les syndicats. Les internes font cette proposition et je crois qu'il serait bon de les entendre.

M. Sylvain Maillard. Élu parisien, j'ai moi aussi été amené à m'occuper de l'implantation de médecins dans ma circonscription. Paris deviendra dans quelques années un désert médical en ce qui concerne les généralistes : nous n'arrivons plus à implanter de nouveaux cabinets. Le problème ne concerne pas seulement les zones rurales, mais aussi les grandes villes et la capitale.

Les propos du rapporteur général sont très justes. S'il suffisait d'appuyer sur un seul bouton, on l'aurait fait depuis bien longtemps – il y a les incitations, la télémédecine, le *numerus clausus*, mais aussi l'intelligence artificielle et le *big data*, qui vont profondément modifier le rôle des médecins. Il faut dix ans pour les former et l'on sait très bien que les technologies auront avancé entre-temps.

Je crois qu'on doit être très souple. Il faut apporter des réponses particulières dans chaque territoire, en écoutant les professionnels : pourquoi ne veulent-ils pas s'implanter et comment peut-on les aider ? Il n'existe pas de solutions faciles, y compris à Paris, alors que nous avons mis en place beaucoup d'incitations. Soyons souples, en laissant ouvertes toutes les possibilités et en évitant les solutions toute faites.

M. Jean-Pierre Door. C'est un sujet qui revient sans cesse ici, à l'Assemblée nationale comme au Sénat, et partout sur les territoires. La population demande des médecins aux maires, comme si l'on pouvait ouvrir un tiroir pour en trouver...

Le chantier lancé par le Premier ministre et la ministre de la santé va dans le bon sens – cela correspond à ce que l'on souhaite depuis un certain temps. Mais il faut arrêter de dire que l'on va obliger les médecins à s'installer quelque part.

Mme Iborra a raison : environ 40 % de jeunes médecins peuvent s'orienter vers le salariat, peut-être pour seulement quelques années, avant de repartir vers le secteur libéral. Des mouvements sont possibles.

Il suffit d'écouter les associations de jeunes étudiants en médecine : tous disent qu'ils n'iront jamais là où ils ne le veulent pas. Si on les contraint, ils feront un autre métier et il y en a tout un éventail dans le domaine médical.

Il existe aujourd'hui une désaffection pour la médecine générale, comme le montrent les stages des internes. Beaucoup de postes sont vacants, car on se dirige vers d'autres spécialités. Il faudrait une variabilité dans le *numerus clausus* au niveau des facultés, afin de l'augmenter dans les spécialités dont on a besoin et de le réduire ailleurs. Il faut aussi redonner de la valeur à la médecine générale.

Si l'on dit aux médecins qu'ils doivent s'installer à un endroit donné, que risque-t-il de se passer ? D'abord, on ne trouvera personne, ou peut-être pour quinze jours seulement, et ensuite on aura de plus en plus de médecins non conventionnés, à honoraires libres, ce qui ne correspond pas aux attentes de la population.

Mme Fiona Lazaar. Je voudrais abonder dans le sens de notre collègue Maillard. On parle beaucoup de ruralité, et le cas de Paris a également été évoqué, mais il y a aussi une vraie question dans les banlieues. La réponse doit être adaptée selon les territoires et leurs enjeux.

M. Brahim Hammouche. La question de la désertification médicale est d'abord celle du désert tout simplement. Certains territoires n'ont pas de problèmes, ils attirent et sont même surreprésentés en matière d'offre de soins, quand d'autres cumulent les précarités : il n'y a plus de bureau de poste, ni de bureau de tabac, ni de médecins et ainsi de suite.

Il y a aussi la question des passerelles entre l'activité libérale et l'activité hospitalière : on pourrait sans doute travailler pour fluidifier la situation, là aussi. Pourquoi ne pas avoir un temps d'activité à l'hôpital et un autre en libéral, avoir un cabinet réduit et une activité hospitalière ? C'est aujourd'hui extrêmement compliqué.

Le métier de médecin reste, par ailleurs, un compagnonnage, un accompagnement, une transmission d'expérience et de manières de travailler, avec des outils qui sont de plus en plus techniques et numériques. Il y a tout un travail qu'il ne faut pas négliger.

En tout cas, la contrainte n'est pas la bonne réponse : elle augmenterait les problèmes au lieu de les résoudre.

Mme Delphine Bagarry. De nos jours, on ne veut plus faire le même métier toute sa vie, on ne veut pas s'installer au même endroit pour toujours. L'image du médecin de famille existe encore, mais les jeunes ne veulent pas en entendre parler. Il faut prendre en compte cette dimension. C'est une évolution de la société et de la vie que chacun est en droit de mener à titre individuel.

M. Alain Bruneel. Il y a un manque d'équipements et une souffrance dans certains territoires. Le Gouvernement dit qu'il va doubler le nombre de maisons de santé. Mais il manque encore des médecins dans celles qui existent déjà, ainsi que d'autres professionnels, notamment des infirmières.

Je partage l'idée que l'on ne va pas forcer un médecin à s'installer là où il ne le veut pas, mais on ne peut pas en rester à ce constat. Il faut absolument dresser un état des lieux, peut-être en établissant une commission. Ne construisons pas des locaux sans un état des lieux préalable.

Le rapporteur général nous dit que l'on ne peut pas tout régler par des dispositions législatives. On adopte pourtant des incitations, par exemple en prévoyant que les hôpitaux ou les maisons de santé peuvent bénéficier d'une prime d'intéressement s'ils réalisent des économies sur les génériques. N'ayons pas deux poids et deux mesures.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Certaines mesures incitatives vont encore plus loin dans la souplesse, comme les contrats d'assistantat. Dans ma circonscription, ils ont permis à de jeunes médecins de venir goûter à la médecine générale dans un milieu rural et ils sont restés. Cela ne fait que trois ans, mais on commence à voir des effets. Pensons-y avant d'en venir à des mesures coercitives.

De même, alors que les stages de médecine générale n'étaient plus prisés, voire ne se faisaient plus du tout, on arrive à des taux de 100 % en trois ans seulement. La médecine générale a été désacralisée pendant toute une période, à cause de certaines ambiances dans des facultés : on la considérait comme destinée à ceux qui ratent leurs études, ce qui est aberrant car il s'agit du cœur de métier. Tout cela est en train de changer et il faut en tenir compte.

Outre les aspects qui ont déjà été abordés, notamment la télémédecine et les facilités que l'on commence à accorder, il y a également le fait que les élus locaux se mobilisent, avec parfois l'offre de permanences gratuites ou permettant à des médecins de faire des visites régulières. La situation évolue et pour ma part je fais confiance à l'avenir.

Depuis deux ans, je vais dans des facultés pour sensibiliser et cela commence à porter ses fruits, même si les étudiants sont d'abord surpris qu'une députée vienne jusqu'à eux pour leur parler de sa circonscription, de sa beauté, de son attractivité et des avantages dont ils bénéficieraient s'ils venaient y vivre. Nous devons aussi nous mobiliser, militer pour les zones rurales, comme pour les banlieues et toutes les zones sous-dotées.

La commission rejette les amendements identiques AS218 et AS335, puis successivement les amendements AS332 et AS333.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Je vous propose de faire un rapide point sur nos travaux. Il nous reste environ une heure et demie de débat sur les amendements. Si vous en êtes d'accord, nous poursuivons l'examen du projet de loi sans interruption. (*Assentiment*).

La commission examine ensuite l'amendement AS139 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Nous souhaitons revenir sur la généralisation obligatoire du tiers payant. C'est une demande forte de beaucoup de professionnels de santé, comme du mouvement Les Républicains. Pour avoir écouté le Président de la République et la ministre, nous avons un sentiment de va-et-vient : tantôt il est question d'arrêter ce projet, tantôt de le poursuivre, et nous n'avons pas de réponse définitive.

Nous souhaitons que la généralisation du tiers payant soit facultative, c'est-à-dire qu'elle soit appliquée par ceux qui le veulent, comme le font déjà les radiologues, les biologistes ou d'autres professionnels. Des médecins généralistes ou spécialistes peuvent également le faire s'ils le souhaitent, notamment pour des populations fragiles, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) et des assurances complémentaires de santé (ACS). Nous souhaitons que le tiers payant généralisé obligatoire ne soit plus prévu par la loi.

M. le rapporteur général. Nous attendons les conclusions d'une mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Elle doit déterminer les conditions dans lesquelles le tiers payant généralisé pourrait ou non être mis en place. Je rappelle également que, si la loi de modernisation de notre système de santé prévoyait la généralisation du tiers payant intégral, le Conseil constitutionnel a censuré ce qui concernait les assurances complémentaires : son application ne porte en pratique que sur la partie de l'assurance maladie obligatoire, pour les médecins libéraux. Lors des dernières élections, le Président de la République s'est plutôt prononcé pour un tiers payant généralisant que généralisé, la différence sémantique étant porteuse de sens.

Historiquement, au début des années 2010, des médecins avaient fait le constat que pour faire bénéficier leurs patients d'une dispense totale d'avance de frais, ils devaient vérifier qu'ils répondaient à des conditions particulières en matière de protection sociale. Ils ont donc demandé que la loi change, pour permettre d'en faire bénéficier tous les patients qu'ils souhaitaient : c'était l'idée du tiers payant généralisable, non imposé mais accessible à tous. À l'époque, le choix politique – assumé – a été que, plutôt que de « *généraliser* » le tiers payant, si je puis dire, il fallait le « *généraliser* » en le rendant applicable à tous, dans tous les cas. C'est alors qu'une fracture s'est produite entre une partie importante du corps médical et les pouvoirs publics, alors que l'intention de départ était de limiter les difficultés d'accès aux soins pour raisons financières.

Le rapport de l'IGAS doit apporter des éléments qui seront, je l'imagine, déterminants dans la décision de la ministre de la santé. Cette décision n'est pas connue à ce jour. Je vous propose donc de retirer l'amendement et d'avoir plutôt le débat sur le tiers payant en séance avec la ministre, qui aura peut-être reçu d'ici là les conclusions du rapport de l'IGAS.

M. Jean-Pierre Door. Je peux retirer mon amendement, mais un vote serait plus clair, même s'il est vrai que nos échanges figureront au compte rendu.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Je pense aussi qu'un vote serait plus sage.

Mme Delphine Bagarry. L'avance des frais par les patients est un vrai frein pour l'accessibilité des soins. Je suis désolée que l'on ait fait un retour en arrière en passant de « *généralisé* » à « *généralisable* ». Cela crée des clivages entre les médecins, alors qu'il en existe déjà entre les secteurs 1 et 2. La généralisation permettrait d'éviter une médecine à deux vitesses. Je suis donc complètement opposée à l'amendement et vraiment favorable au tiers payant intégralement généralisé.

M. Thomas Mesnier. Le discours du Président de la République était assez clair pendant la campagne électorale : il s'est plutôt exprimé en faveur d'un tiers payant généralisable et la ministre s'est également prononcée à plusieurs reprises sur ce sujet. Par ailleurs, un rapport de l'IGAS doit être publié dans les jours qui viennent. Nous pourrions donc reporter le débat en séance, comme le propose le rapporteur général.

M. Gilles Lurton. On ne gagne jamais à adopter une disposition sans concertation avec ceux qui auront à l'appliquer. Avec la décision d'adopter le tiers payant généralisé, sous la précédente législature, on est dans l'exemple même de ce qu'il ne fallait pas faire. Il y a une très forte opposition des médecins, qui se sont sentis mis à l'écart de la discussion quoi qu'en ait dit la précédente ministre. Résultat : nous sommes dans une situation totalement

impossible, comme nous l'avions dit à l'époque. Voilà la justification de l'amendement de notre collègue Jean-Pierre Door.

M. Laurent Pietraszewski. Je suis moi aussi plutôt favorable à ce qu'il puisse y avoir un débat et à ce que les professions médicales, en tout cas les médecins généralistes, soient bien intégrées dans le tiers payant.

Je me suis rendu la semaine dernière à la caisse primaire d'assurance maladie de Lille-Douai : son directeur m'a rappelé que les médecins bénéficient déjà d'un certain nombre d'aides, notamment pour améliorer leur *back office* – une des principales difficultés étant la gestion de ce *back office*, que le tiers payant soit généralisable ou généralisé.

Il est important qu'il y ait une concertation et que nous soyons également entendus en tant que parlementaires, voire en tant qu'usagers de la médecine de ville. On doit trouver avec les médecins généralistes des solutions, comme on l'a fait avec d'autres professions de santé, telles que les infirmières et les kinésithérapeutes.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il y a un problème psychologique, au sens où le précédent gouvernement a braqué les médecins. Si l'on veut améliorer, réformer, transformer le système de santé, il faut le faire avec les médecins et non contre eux.

Par ailleurs, il existe d'autres manières d'assurer l'accès aux soins sans que les patients aient à faire l'avance des frais : des mutuelles réalisent des cartes assez simples.

Si le tiers payant est généralisé, on va aboutir à une situation dans laquelle le médecin devient un salarié recevant ses émoluments à la fin du mois, de la part de la sécurité sociale. C'est un vrai débat que nous devons avoir : veut-on toujours une médecine libérale ou une médecine salariée ?

Enfin, sur le plan de la sur-administration, tout cela va nécessiter de remplir toujours plus de papiers, alors que nous voulions libérer du temps pour que les médecins puissent exercer, me semble-t-il.

M. le rapporteur général. Si l'on met à la disposition des professionnels de santé un système de cartes à paiement différé ou de tiers payant dont l'expérimentation montre qu'il fonctionne, que ce n'est pas une perte de temps, une procédure ni une tâche administrative de plus, et que les médecins sont effectivement payés en temps et en heure, je ne pense pas qu'il y aura un blocage idéologique, mais au contraire une acceptation assez rapide et une appropriation du dispositif. Quand il a été question de généraliser la carte Vitale, les médecins ne voulaient pas des lecteurs, puis ils ont vu que c'était plutôt fonctionnel, et l'on est aujourd'hui à plus de 95 % de médecins équipés.

Nous n'allons pas refaire tous les débats que nous avons connus sur ce sujet pendant la précédente législature. Je ne peux pas donner mon avis sur le fond, quel qu'il soit à titre personnel et même si vous l'avez senti poindre dans mes propos, car nous sommes suspendus à un rapport d'inspection générale et peut-être à une intervention de la ministre de la santé. Je vous demande de retirer l'amendement.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS372 de M. Pierre Dharréville.

M. Alain Bruneel. Nous proposons qu'un rapport soit établi sur l'accès financier aux soins des personnes en situation de handicap ou de précarité, dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi. La question financière est l'un des facteurs récurrents du renoncement aux soins. Or la population en situation de handicap est relativement pauvre : plus de 1,1 million de personnes sont titulaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et près de 70 000 titulaires de la pension d'invalidité sont également bénéficiaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité – ils vivent donc sous le seuil de pauvreté. Par ailleurs, le handicap peut conduire à un besoin de soins plus fréquent ou plus fractionné et à un recours à des produits de santé non remboursables. Cette demande de rapport permettra d'éclairer la représentation nationale sur la situation.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Vous avez ainsi défendu par anticipation l'amendement AS181. L'amendement AS372 que nous examinons a déjà fait l'objet d'un débat tout à l'heure et d'un avis défavorable du rapporteur général.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Puis elle examine, en discussion commune, l'amendement AS76 de M. Gilles Lurton et les amendements identiques AS181 de M. Pierre Dharréville, AS219 de M. Gilles Lurton et AS349 de M. Joël Aviragnet.

M. Gilles Lurton. Mes deux amendements, AS76 et AS219, sont quasiment identiques. Ils demandent au Gouvernement de faire rapport au Parlement sur l'accès financier aux soins des personnes en situation de handicap et de précarité. J'apporterai une rectification avant la séance publique pour inclure aussi la manière dont ces personnes sont soignées, par exemple lorsqu'elles se présentent à l'hôpital : le handicap nécessite des prises en charge spécifiques auxquelles tous les services ne sont peut-être pas préparés.

M. Joël Aviragnet. Je défends l'amendement AS349 pour les mêmes raisons, en soulignant que les personnes en situation de handicap ont des besoins spécifiques, concernant souvent des produits non remboursables, car considérés comme des produits de confort.

M. le rapporteur général. Comme pour d'autres demandes de rapports, j'ai regardé ceux qui existent déjà et je n'en ai pas trouvé beaucoup qui soient récents sur ce sujet. Par ailleurs, la demande est faite par plusieurs groupes politiques, d'orientations différentes, et concerne une question sensible. Avis favorable.

M. Gilles Lurton. Je remercie le rapporteur général, en insistant de nouveau sur la nécessité d'inclure la question des soins prodigués aux personnes en situation de handicap, par exemple lorsqu'elles se présentent à l'hôpital.

L'amendement AS76 est retiré.

La commission adopte les amendements identiques AS181, AS219 et AS349, à l'unanimité.

Puis elle examine l'amendement AS368 de Mme Éricka Bareigts.

Mme Éricka Bareigts. Par cet amendement, nous proposons que le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur la mise en œuvre de l'intégration du dispositif d'aide médicale d'État (AME) dans l'assurance maladie. En effet, nombre de personnes en situation de précarité n'ont pas accès à leurs droits, soit parce que les démarches administratives sont

trop complexes, soit parce que, face à des dispositifs très différents, elles ne comprennent pas à quoi elles ont droit. Elles renoncent alors à se soigner, de sorte que leur santé se dégrade et que leur prise en charge, lorsqu'elle intervient, est plus coûteuse pour le système de santé.

Parmi les solutions envisagées pour remédier à cette situation, diverses institutions, notamment l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), l'Inspection générale des finances (IGF) et le Défenseur des droits, se prononcent en faveur d'une fusion des différentes prestations. Un rapport sur ce sujet permettrait en tout cas d'y voir plus clair et d'identifier les différentes pistes de réflexion que nous pourrions explorer, dont celle que je viens de mentionner.

M. le rapporteur général. L'accès aux soins des personnes en situation de précarité qui se trouvent hors des systèmes classiques de sécurité sociale est un sujet important, sur lequel nous avons peu de données, mais qui fait l'objet de nombreux non-dits et croyances. Cependant, la solution ne consiste pas forcément à fusionner l'ensemble des dispositifs. Du reste, j'interprète votre amendement comme un appel à une réflexion approfondie sur ce sujet, qui soulève un certain nombre de questions.

Outre l'AME, qui relève davantage de la solidarité nationale que de la sécurité sociale – puisque celle-ci est fondée sur le principe de la cotisation –, on peut citer, parmi les dispositifs concernés, la protection universelle maladie (PUMA), les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) hospitalières, qui fonctionnent parfois difficilement, le rôle des centres de santé dans certains territoires ou celui d'ONG telles que Médecins du monde qui, sur le territoire national, luttent contre le renoncement aux soins. Dans ma circonscription, par exemple, j'ai eu la chance de pouvoir compter sur la générosité et l'enthousiasme de dentistes libéraux qui se sont rassemblés au sein d'une structure de soins dentaires, Solident – créée par un dentiste formidable, dont je tiens à saluer l'action –, pour offrir des soins dentaires aux personnes précaires.

Il existe, nous le savons, de nombreux trous dans la raquette, notamment outre-mer. Pour prendre l'exemple de La Réunion, l'isolement géographique et la précarité des populations en provenance de Mayotte, notamment, ont des conséquences sur le système de soins et représentent un coût pour les établissements de santé. Tout cela doit faire l'objet d'une réflexion générale sur la notion globale de précarité plutôt que sur un régime ou une population en particulier. Je suis donc favorable à votre amendement.

M. Thomas Mesnier. Le groupe La République en Marche a réfléchi à un amendement similaire que nous n'avons pas déposé en commission car il nous semblait nécessaire de débattre de cette question avec la ministre. Néanmoins, nous soutenons l'amendement de Mme Bareigts.

La commission adopte l'amendement à l'unanimité.

Puis elle examine l'amendement ASI24 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. Nous sommes nombreux à nous réclamer du camp du progrès, mais il serait intéressant de savoir quel sens chacun d'entre nous donne à ce mot. En tant que députés du groupe La France insoumise, nous pensons, quant à nous, que l'instauration d'une sécurité sociale intégrale et universelle serait un véritable progrès. La France, cinquième puissance économique mondiale, doit être le porte-étendard du progrès humain et social.

Alors qu'un Français sur deux refuse de se soigner en raison du coût des soins, le remboursement à 100 % des actes médicaux et des dépenses de santé répond à une impérieuse nécessité de santé publique. Il s'agit bien évidemment d'aller à rebours de la logique que vous contribuez à imposer, logique selon laquelle les complémentaires et les assurances privées assument la hausse du forfait hospitalier et le financement de l'assurance maladie. C'est une alternative radicale à ce recul que nous vous proposons.

Une évaluation du coût d'une telle mesure pour les finances sociales est évidemment indispensable, car il n'est pas question de « raser gratis ». Nous demandons donc au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport évaluant le coût pour les finances publiques de l'instauration d'un système de couverture aussi ambitieux.

Si nous sommes conscients du grand nombre de rapports sur lesquels les administrations vont devoir travailler, nous estimons néanmoins qu'un tel projet d'extension du périmètre de la Sécurité sociale, qui changerait la vie de millions de Français, doit faire l'objet d'un rapport. C'est pourquoi nous maintiendrons cet amendement.

M. le rapporteur général. L'évolution de la place de chaque acteur dans le financement de la protection sociale, voilà un autre beau sujet ! Les complémentaires ont tout leur rôle à jouer, les mutuelles forment un réseau de solidarité et il y a des dizaines de milliers d'emplois à la clé : le problème est extrêmement complexe. Plusieurs options se présentent. Si l'on crée une complémentaire santé publique, par exemple, le droit européen de la concurrence imposerait que l'on fixe des prix administrés. Je sais que cela ne vous fait pas peur, madame Fiat, mais une telle réforme emporterait des conséquences qui iraient bien au-delà de la question de la couverture. Cela ne signifie pas pour autant qu'il ne faut pas y réfléchir. Quant à la méthode, est-il besoin que le Gouvernement y consacre un rapport ? Non. Si la question vous intéresse, vous pouvez, en tant que parlementaire, vous impliquer dans cette réflexion. N'attendez pas des administrations centrales qu'elles vous rendent, sur un tel sujet, un rapport « aux petits oignons » qui irait dans votre sens.

Encore une fois, cette question n'est pas inintéressante, quelles que soient nos opinions personnelles. Une telle étude permettrait de réfléchir à l'évolution future de notre système de protection sociale. Par exemple, les accords nationaux interprofessionnels, parce qu'ils ont voulu généraliser l'accès aux complémentaires santé sur la base du travail, ont exclu une partie des étudiants, une partie des retraités et une partie des chômeurs des dispositifs d'assurance complémentaire. Il faudrait également se pencher sur la question des coûts de gestion, dont je sais qu'elle vous est chère. Bref, de nombreux points doivent être étudiés. Ce n'est pas l'objet d'un rapport, mais je vous propose que nous y réfléchissions collectivement, sur le fond.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS11 de Mme Bérengère Poletti.

M. Bernard Perrut. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) a entériné une augmentation justifiée des tarifs des consultations des médecins généralistes et spécialistes, lesquelles sont désormais différenciées. Ainsi, les consultations dites « complexes » seront au tarif de 46 euros ; une majoration de 16 euros pourra être appliquée pour certaines pathologies ; les consultations dites « très complexes » seront au tarif de 60 euros ; enfin, les consultations « longues » passent de 56 à 70 euros.

La hausse de ces tarifs est une bonne nouvelle pour les médecins, car elle remet à plat la tarification et détermine la rémunération en fonction du temps de travail et du service rendu au patient. Les médecins auront ainsi davantage de temps à consacrer à la prévention et seront rémunérés en conséquence. L'important reste que le remboursement pour les patients soit constant et que ces nouveaux tarifs n'aient pas d'impact sur le portefeuille des Français.

Cependant, cette revalorisation est entachée, pour le moment, d'une réelle injustice puisqu'elle ne s'applique pas aux tarifs des sages-femmes. Pourtant, consultations pour la contraception de l'adolescente, dépistage et prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) font partie intégrante de leurs compétences et de leurs prescriptions quotidiennes. Bien que, depuis plusieurs années, les pouvoirs publics affirment vouloir faire de la sage-femme un acteur principal de la prévention, notamment pour pallier le manque de plus en plus important de médecins, celles-ci sont les grandes oubliées de cette revalorisation de la tarification des actes.

Aussi proposons-nous, par cet amendement, que le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur la possibilité d'une revalorisation des tarifs des consultations complexes des sages-femmes. Il y va de la justice et de l'égalité.

M. le rapporteur général. Je comprends que, plus qu'un rapport, vous souhaitez appeler notre attention sur la nécessité de revaloriser la tarification des consultations complexes des sages-femmes. Il s'agit, là encore, d'un très beau sujet, qui relève du dialogue conventionnel. Du reste, les négociations ont commencé.

Parmi les gynécologues, on distingue, vous le savez, les gynécologues-obstétriciens et les gynécologues médicaux. La filière de la gynécologie médicale n'a jamais été complètement asséchée, mais les professionnels formés chaque année à cette spécialité sont au nombre d'une quinzaine. De fait, les pouvoirs publics envisagent, depuis quinze ou vingt ans, une amélioration de la coopération entre maïeuticiens et gynécologues obstétriciens. Il est donc important de reconnaître l'exercice des sages-femmes dans toute sa complexité et sa diversité, mais cela relève de la convention médicale. Encore une fois, un rapport n'est pas adapté à cet enjeu. Au demeurant, je crois que votre message est passé. Je vous suggère donc de retirer votre amendement.

M. Bernard Perrut. J'accepte de le retirer, monsieur le rapporteur. Mais le problème est repoussé année après année, et les sages-femmes attendent un signal fort. Si vous pouviez vous-même évoquer cette question en séance publique, ce serait pour nous une manière de nous faire entendre.

L'amendement est retiré.

Article 45 : *Déploiement de la facturation individuelle des établissements de santé pour les prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire autres que les actes et consultations externes*

L'amendement AS279 de Mme Caroline Fiat est retiré.

La commission adopte l'article 45 sans modification.

Article 46 : *Suppression de la dégressivité tarifaire*

La commission adopte l'article 46 sans modification.

Article 47 : *Report de l'entrée en vigueur de l'intégration des dépenses de transports inter-établissements dans le budget des établissements de santé*

La commission examine les amendements identiques AS113 de M. Jean-Pierre Door et AS176 de Mme Élisabeth Toutut-Picard.

M. Stéphane Viry. L'amendement AS113 a pour objet d'abroger l'article 80 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017, qui comporte, selon nous, plusieurs risques majeurs pour les établissements. Certes, il nous est proposé de reporter l'application du dispositif au 1^{er} octobre 2018, mais la situation reste floue et complexe. Les fédérations hospitalières s'interrogent notamment quant aux effets et au périmètre du transfert de dépenses opéré par cet article. Les conditions techniques de mise en œuvre de celui-ci n'étant pas réunies, la mesure nous paraît, en l'état, inapplicable.

Mme Élisabeth Toutut-Picard. L'amendement AS176 a également pour objet d'abroger l'article 80 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017. Cet article vise en effet à transférer, au 1^{er} mars 2018, les dépenses de transports interhospitaliers du budget de l'assurance maladie vers le budget des établissements de santé. Or, ce transfert risque de freiner les coopérations entre établissements et de nuire à la fluidité des parcours de soins, puisque tout transport sera à la charge de l'établissement prescripteur, alors qu'aujourd'hui, la facturation se fait entre le transporteur et l'assurance maladie. Un volume important de factures devra donc, demain, être traité par les établissements de santé.

En outre, dans la mesure où les tarifs fixés ne prennent pas en compte le volume des transports réalisés, la situation financière de l'établissement prescripteur pourrait être fragilisée et il pourrait devenir réfractaire à l'idée d'hospitaliser des patients susceptibles d'être transférés dans un second temps. L'application de cette mesure irait ainsi à l'encontre de l'intérêt à coopérer des établissements et s'opposerait au principe de subsidiarité mis en avant par les groupements hospitaliers de territoire (GHT). C'est pourquoi nous vous proposons d'abroger la disposition législative qui prévoit le transfert des dépenses de transport interhospitalier aux établissements de santé.

M. le rapporteur général. On ne peut pas dire que le système actuel soit satisfaisant. Il n'est pas clair et peut provoquer des situations absurdes : une circulaire dénombre plus de soixante-dix cas de figures différents. Ainsi, pour un trajet entre deux hôpitaux, les frais sont à la charge de l'établissement d'origine si le séjour dans l'établissement d'accueil dure de moins de deux nuits et à la charge de l'assurance maladie s'il est plus long. Et les règles sont encore différentes pour les établissements privés... Je vous renvoie à mon rapport si vous souhaitez savoir en détail qui paye quoi, par catégorie de transports sanitaires.

Ensuite, le système actuel n'est pas efficient. La dualité prescripteur-payeur n'incite pas du tout les établissements à maîtriser des dépenses qui ne sont pas à leur charge. On assiste ainsi à une banalisation de la prescription de transports sanitaires. Cependant, j'ai conscience que, dans le secteur privé, un directeur d'établissement n'a pas la main sur la prescription, par les médecins qui exercent dans son établissement, de transports médicalisés et que, dans le secteur public, il n'est pas évident de recommander de prescrire ces transports avec modération.

Il est vrai également que, sur le plan pratique, cette disposition emporte des conséquences telles que la situation n'est pas parfaitement satisfaisante. Mais j'appelle votre

attention sur le fait que renoncer à ce transfert de responsabilité aurait des conséquences financières importantes. Or, vous avez pu constater que, depuis le début de nos travaux, je suis attaché au fait que l'on s'en tienne à un budget proche de celui que nous a présenté le Gouvernement, afin de maintenir les équilibres. Je suis donc défavorable à ces deux amendements, tout en reconnaissant que nous pourrions avoir, sur ce sujet, une discussion avec la ministre en séance publique, afin qu'elle nous précise les conditions dans lesquelles cette mesure va s'appliquer, l'évaluation qui en sera faite et les garanties que nous avons qu'elle n'emportera pas de conséquences supplémentaires pour les finances des établissements.

Je précise que mon avis sera le même pour les amendements suivants qui ont pour objet de reporter l'entrée en vigueur de la mesure.

La commission rejette ces amendements.

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS220 de M. Gilles Lurton, AS317 de M. Francis Vercamer et AS114 de M. Jean-Pierre Door.

M. Gilles Lurton. Pour ma part, j'estime que la date du 1^{er} mars 2018 prévue pour l'entrée en application du dispositif de l'article 80 de la LFSS pour 2017 est beaucoup trop proche ; nous l'avons d'ailleurs indiqué l'année dernière. Nous vous proposons donc, par cet amendement de repli, de reporter cette application au 1^{er} octobre 2019.

J'ajoute que la ministre a récemment annoncé à la télévision qu'elle allait engager une réflexion générale sur les transports sanitaires car elle estime, à juste titre, que des économies importantes peuvent être réalisées dans ce domaine. Je trouve donc dommage que l'on prenne une telle mesure au moment où la ministre fait cette annonce. Enfin, j'ai demandé que le rapport que la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale a consacré à ce sujet il y a deux ans lui soit transmis, car il est regrettable que les rapports parlementaires ne soient pas utilisés, surtout quand ils sont bons.

M. Francis Vercamer. Je relève que le rapporteur général, comme le Gouvernement, reconnaît que le dispositif prévu dans la LFSS pour 2017 est inapplicable en l'état, compte tenu des risques qu'il comporte. Nous proposons donc, quant à nous, d'en reporter l'application au 1^{er} janvier 2020, car il nous paraît raisonnable de laisser le temps aux établissements hospitaliers de réaliser les études techniques nécessaires. La Cour des comptes a fait état à plusieurs reprises de l'envolée des coûts de transport. Il est donc nécessaire de régler ce problème. C'est pourquoi le groupe Les Constructifs n'a pas déposé d'amendement de suppression ; nous proposons uniquement de reporter l'application du dispositif.

M. Stéphane Viry. Par l'amendement AS114, qui est de repli, nous proposons de reporter la date d'application du dispositif au 1^{er} mars 2020.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette successivement ces amendements.

Puis elle adopte l'article 47 sans modification.

Article 48 : Déploiement de la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation

La commission examine l'amendement AS115 de M. Jean-Pierre Door.

M. Bernard Perrut. L'article 48 reporte l'application du modèle cible du nouveau financement des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) au 1^{er} janvier 2020, afin d'en assouplir la montée en charge.

Soumis à un cadre réglementaire commun issu de deux décrets du 17 avril 2008, les établissements de santé ayant une activité de SSR, qu'ils soient publics ou privés, doivent respecter les mêmes conditions d'implantation et les mêmes conditions techniques de fonctionnement pour leur activité. Depuis le 1^{er} mars 2017, les établissements de SSR sont soumis à un modèle transitoire, fondé sur l'application combinée des anciennes et nouvelles modalités de financement. Concernant ces nouvelles modalités, l'article 78 modifié de la LFSS pour 2016 prévoit la possibilité de mettre en place deux grilles tarifaires nationales distinctes entre catégories d'établissements, concrétisées par un premier arrêté ministériel en mai 2017. Ces tarifs nationaux correspondent à un périmètre de remboursement identique à toutes les catégories d'établissements. Par ailleurs, pour ceux d'entre eux faisant appel à des intervenants libéraux, le mécanisme prévoit déjà une adaptation des tarifs, c'est-à-dire une minoration.

Dès lors, au regard de l'exposé des motifs de l'article 48, qui précise que « *la mesure a également pour objectif de simplifier certains aspects du dispositif et prévoit la possibilité d'introduire plus de souplesse dans la montée en charge du modèle* », cet amendement prévoit une dérogation temporaire. Il a ainsi pour objet de permettre aux établissements de SSR privés de bénéficier, pendant la période transitoire, de l'accès à la même échelle tarifaire que celle prévue pour les établissements SSR publics et assimilés.

M. le rapporteur général. Avis défavorable. L'enjeu réside moins aujourd'hui dans l'échelle tarifaire que dans la possibilité pour le secteur public de combler une partie du retard qu'il a accumulé, faute de bénéficier des mêmes règles de financement que le secteur privé. Je ne m'inscris pas du tout dans une concurrence entre les secteurs mais, s'agissant des soins de suite et de réadaptation, le secteur public est payé dans le cadre d'une dotation globale correspondant à une enveloppe fermée, alors que le secteur privé est payé en prix de journée. Ainsi, lorsque le nombre des lits de SSR augmente dans le secteur public, la dotation reste identique, alors que lorsqu'il augmente dans le secteur privé, l'augmentation des financements est proportionnelle – vous reconnaîtrez qu'en matière d'égalité, nous sommes assez loin du compte.

De fait, le nombre des établissements de SSR diminue dans le public tandis qu'il augmente dans le privé. Ainsi, de nombreux projets sont freinés dans les territoires, faute de financement. La réforme des SSR, qui doit s'appliquer progressivement, permettra de restaurer l'équité et de développer de belles structures de soins de suite et de réadaptation.

Il est proposé de reporter l'application de la réforme pour affiner notre connaissance des SSR spécialisés afin que les tarifs correspondent à la complexité des pratiques qui s'y exercent. Quoi qu'il en soit, on ne peut ni revenir sur cette réforme ni repousser davantage son entrée en vigueur. Toutefois, dans le rapport que j'ai consacré au financement des établissements de santé, j'avais proposé que l'on envisage de créer une dotation modulée en fonction de l'activité en soins de suite et de réadaptation, car l'immense majorité des coûts liés aux démarches de rééducation sont des coûts fixes et des coûts de structure. Ainsi une réforme consistant à ajouter à cette importante part fixe une part discrètement modulée en fonction de l'activité semble plus intéressante que la mise en œuvre de la T2A. Mais, pour

cela, les établissements ont besoin d'un peu de temps. En tout état de cause, laissons le secteur des SSR public se développer. Pour ces différentes raisons, je vous suggère, monsieur Perrut, de retirer l'amendement.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 48 sans modification.

Après l'article 48

La commission examine l'amendement AS127 de Mme Hélène Vainqueur-Christophe.

Mme Hélène Vainqueur-Christophe. L'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale sert de base à la fixation, chaque année, des tarifs nationaux des prestations, des modalités de détermination du montant des forfaits annuels et des coefficients géographiques pour le financement des établissements de santé. Cet article dispose que les coefficients géographiques s'appliquent aux tarifs nationaux, aux forfaits annuels et à la dotation complémentaire en tenant compte d'éventuels facteurs spécifiques pour les établissements implantés dans certaines zones.

Par cet amendement, nous proposons de préciser que les critères de ces facteurs spécifiques sont l'éloignement, l'insularité, les risques naturels, la dépendance économique vis-à-vis d'un petit nombre de produits et le surcoût lié aux dépenses de personnel. En effet, dans les départements d'outre-mer, les hôpitaux font face à des surcoûts liés à l'insularité, aux sur-rémunérations des personnels, aux frais d'approche et de transport, aux évacuations sanitaires et à la mise aux normes des bâtiments en matière sismique et cyclonique. Or, les coefficients géographiques tels qu'ils sont actuellement appliqués dans les outre-mer ne compensent pas les charges pesant sur les hôpitaux. C'est ainsi que, chaque fin d'année, une aide exceptionnelle de trésorerie est accordée *a posteriori* aux établissements de santé.

L'adoption de cet amendement permettrait d'assurer un financement réaliste et adapté à la situation des outre-mer et d'étendre l'application du coefficient géographique à l'ensemble des enveloppes.

M. le rapporteur général. Je vous suggère de retirer cet amendement. Je sais, pour m'être rendu à La Réunion dans le cadre de ma mission sur le financement des établissements de santé et pour y avoir rencontré l'ensemble des acteurs hospitaliers des secteurs public et privé, que les surcoûts liés aux difficultés propres aux établissements d'outre-mer soulèvent une véritable question.

Du reste, si l'on voulait être exhaustif, il faudrait ajouter les surcoûts immobiliers et les sur-dépenses liées à la précarité des populations. La Réunion, par exemple, compte 55 % de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Par ailleurs, très peu de prestations hôtelières sont payées par les complémentaires santé. C'est pourquoi j'ai précisé, dans mon rapport sur le financement des établissements de santé, que le coefficient géographique, même s'il est important, ne prend pas en compte la complexité de ces surcoûts qui grèvent le financement des établissements de santé outre-mer. Toutefois, cette question relève du règlement, et non de la loi. Il me semble donc préférable d'approfondir la réflexion sur l'évolution des modes de financement des établissements qui sont dans des territoires sous tension financière.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS346 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement d'appel vise à attirer l'attention du Gouvernement sur l'augmentation de 2 euros du forfait hospitalier. Celui-ci, qui était de 20 francs lors de sa création, en 1983, soit 3,05 euros, atteint aujourd'hui 18 euros alors que, s'il avait suivi l'inflation, il serait de 7 euros. Or, son augmentation sera répercutée sur les patients, notamment les plus modestes d'entre eux, qui pâtissent déjà de l'inégalité de l'accès aux soins. Nous appelons donc le Gouvernement à revenir sur cette mesure.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Puisqu'il s'agit d'un amendement d'appel, monsieur Aviragnet, comptez-vous le maintenir ?

M. Joël Aviragnet. Je le retire.

L'amendement est retiré.

L'amendement AS135 de M. Jean-Pierre Door est également retiré.

La commission examine l'amendement AS265 de M. Thomas Mesnier.

M. Thomas Mesnier. Il s'agissait, par cet amendement, de demander au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport sur la prise en charge des frais directs ou indirects liés à une pathologie cancéreuse, notamment sur le reste à charge lié à une chirurgie réparatrice dans le cas de cancers du sein.

M. le rapporteur général. Je relève que vous parlez de votre amendement au passé... Une enquête menée par la Ligue contre le cancer en 2014 relève en effet l'existence d'un reste à charge très important après une mastectomie, qui peut aller jusqu'à 1 391 euros pour une reconstruction mammaire. Dans cette enquête, une femme sur deux ayant eu une mastectomie évoque avoir eu des difficultés financières pour faire face à ce reste à charge et, parmi elles, 15 % ont eu recours à une aide extérieure pour couvrir ces frais. Toutefois, plutôt que de demander un rapport au Gouvernement, il vaut mieux travailler sur la réduction de ce reste à charge avec l'assurance maladie et les complémentaires.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS341 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Nous proposons de demander au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport sur les conditions de mise en place d'une indemnité compensatrice de perte de salaire pour les personnes dialysées lorsque leur traitement entraîne une interruption partielle de travail. Actuellement, en effet, ces personnes n'ont pas d'autres possibilités que de demander un arrêt maladie ou, en cas d'aggravation de la maladie, de recourir à des dispositifs d'invalidité qui les précipitent hors du monde du travail et les excluent davantage.

M. le rapporteur général. Là encore, ne devons-nous pas réfléchir collectivement à cette question plutôt que de demander – une fois de plus ! – un rapport au Gouvernement ? Cette question entre dans le périmètre de notre mission d'évaluation et de contrôle. Je vous tends donc la main, même si la liste de mes engagements commence à s'allonger : travaillons ensemble sur ce sujet.

M. Julien Borowczyk. Il me semble en effet qu'un travail commun serait intéressant, car il existe désormais de nouvelles techniques de dialyse à domicile moins invalidantes et qui nuisent donc moins à la vie sociale du patient.

M. Joël Aviragnet. Je suis d'accord pour que nous travaillions en commun sur cette question ; je retire l'amendement.

M. le rapporteur général. J'ajoute qu'une indemnité compensatrice de perte de salaire en cas de traitement de l'insuffisance rénale chronique par dialyse à domicile est déjà prévue par un arrêté du 26 octobre 1995. Nous pouvons donc commencer par nous pencher sur l'application de cette disposition dans le cadre de nos travaux parlementaires.

L'amendement est retiré.

Article 49 : Évolution des compétences financières des Agences régionales de santé (ARS)

La commission examine les amendements identiques AS116 de M. Jean-Pierre Door et AS187 de Mme Nathalie Elimas.

M. Stéphane Viry. L'objet de l'article 49 est d'apporter plus de souplesse dans l'utilisation du financement des agences régionales de santé afin de renforcer l'efficacité des dépenses. Si nous sommes d'accord sur le principe, nous souhaiterions que la transparence soit également renforcée et que l'ARS puisse justifier l'utilisation des deniers publics devant les citoyens. C'est pourquoi nous proposons, par l'amendement AS116, de donner aux acteurs de santé une meilleure visibilité concernant les modalités d'attribution des fonds par les ARS.

M. Brahim Hammouche. L'amendement AS187 vise également à renforcer la transparence s'agissant de l'utilisation des deniers publics par les ARS.

M. le rapporteur général. Il me semble que la publicité actuelle de l'exécution des budgets et des comptes est plus efficace qu'une éventuelle publication au recueil des actes administratifs. Je vous suggère donc de retirer vos amendements.

Mais, puisque vous me tendez une perche, j'ajoute qu'il serait intéressant de faciliter la fongibilité des financements au sein des fonds d'intervention régionaux (FIR), de façon à permettre aux ARS, lorsqu'elles procèdent à la restructuration d'unités hospitalières, d'urgence par exemple, de conserver le financement correspondant dans le cadre du FIR et de le réinvestir pour développer les soins d'urgence non programmés en ambulatoire. Ma réflexion sur ce point n'était pas encore suffisamment aboutie pour que je puisse vous proposer un amendement en commission, mais j'espère pouvoir le faire la semaine prochaine. Sous son aspect technique, cette modification serait très importante et permettrait d'améliorer la structuration de l'offre de soins dans les territoires.

M. Stéphane Viry. Compte tenu de la proposition qui nous sera faite la semaine prochaine, je retire l'amendement AS116.

M. Brahim Hammouche. Je retire également l'amendement AS187.

Les amendements sont retirés.

La commission adopte l'article 49 sans modification.

Après l'article 49

La commission examine l'amendement AS328 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Cet amendement vise à préciser les modalités de la répartition des crédits affectés aux Fonds d'intervention régionaux – dont j'ai remarqué qu'elle ne prenait pas suffisamment en compte la démographie régionale et les besoins de santé recensés sur le territoire –, afin que les régions qui connaissent les difficultés les plus importantes aient davantage de moyens que les autres.

M. le rapporteur général. Le code de la santé publique prévoit déjà de manière explicite, à l'article L. 1435-8, que le FIR doit concourir à la permanence des soins et à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire. Il me semble donc que votre amendement est satisfait par le droit existant.

M. Francis Vercamer. Ce n'est pas tout à fait la même chose : il s'agit ici de la prise en compte de l'état sanitaire de la population et non de la répartition des médecins. Je constate chaque année que les Hauts-de-France, où le taux de mortalité est l'un des plus élevés de France, reçoit moins de crédits que les autres régions.

M. le rapporteur général. Dans la pratique, la répartition de ces crédits tient compte de la démographie régionale, mais aussi d'indicateurs de santé publique tels que la précarité, la mortalité, le taux de personnes atteintes d'affection de longue durée... Je vous assure que votre amendement est satisfait.

M. Francis Vercamer. Je le maintiens néanmoins, car il n'est pas satisfait dans la réalité.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS326 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Voici un amendement que nous déposons chaque année depuis une quinzaine d'années. Il s'agit de relancer la réflexion sur les objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie (ORDAM), c'est-à-dire une déclinaison régionale de l'ONDAM, afin que la situation de chaque territoire soit mieux prise en compte.

M. le rapporteur général. Je vous renvoie, monsieur Vercamer, à l'excellent rapport que Jean-Pierre Door a consacré à cette question à l'occasion de la présentation d'une proposition de loi organique en 2014, ainsi qu'au rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) de 2011.

Sur le fond, je ne suis pas favorable aux ORDAM. Nous ne sommes pas prêts et il ne s'agit pas d'un objectif en soi. Il est déjà complexe d'élaborer un ONDAM, alors le décliner au niveau des régions... En outre, pour qu'elles puissent piloter des ORDAM, il faudrait que les ARS deviennent de véritables paquebots. Enfin, l'article 35, qui permet d'expérimenter de nouvelles façons de payer les soins dans les territoires, me semble déjà être une étape très importante. Je vous propose donc de retirer l'amendement.

M. Francis Vercamer. Je le maintiens. Vous dites que l'on n'est pas prêt, mais cela fait quinze ans que nous déposons cet amendement : je pense que l'on a eu le temps de se préparer...

La commission rejette l'amendement.

Article 50 : *Mesure d'efficacité et d'adaptation de l'offre aux besoins du secteur médico-social*

La commission examine l'amendement AS297 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. Les contrats pluriannuels d'objectif et de moyens (CPOM) s'inscrivent dans une logique d'austérité, cette logique comptable dont tous les professionnels de santé vous diront qu'elle tue leur travail et en détruit le sens, en particulier dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Il est plus que temps de se libérer de ce carcan budgétaire. Or, cet article franchit une étape supplémentaire en permettant à ces contrats de déroger aux conventions collectives des salariés des EHPAD. On sait que la majorité n'a pas pour priorité d'améliorer les conditions de travail des travailleurs de ce pays, mais tout de même ! Nous avons auditionné les syndicats des EHPAD, et le constat est largement partagé. Dans le contexte actuel, les conditions de travail sont rudes, dangereuses pour la santé et psychologiquement éreintantes. L'opposabilité des conventions collectives doit donc à tout prix être maintenue pour que le droit du travail soit sanctuarisé, au moins là où se trouvent les soignants qui supportent les insuffisances de votre politique dans le secteur médico-social.

Par respect pour le travail de ces salariés et l'énergie qu'ils déploient pour accueillir nos anciens, nous vous demandons de supprimer cet article.

M. le rapporteur général. Avis défavorable. À cette occasion, je pourrais vous parler de ce qu'il est courant d'appeler désormais la « CPOMisation », néologisme que je trouve assez affreux mais qui signifie simplement que des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens vont être signés dans les établissements médico-sociaux. Ces contrats remplaceront les conventions tripartites négociées sur une base qui n'était pas toujours transparente. Les accords collectifs nationaux seront toujours agréés et donc pris en compte dans la construction de l'ONDAM médico-social. Nous avons ainsi prévu certaines garanties. Il faut toujours rester vigilant quant aux moyens globaux alloués aux établissements médico-sociaux. Ce qui est en cause, c'est le niveau des moyens alloués et non pas le CPOM qui n'est qu'un outil de répartition de ces moyens au sein d'un établissement médico-social. Bref, oui à la « CPOMisation », mais non à la précarisation.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine l'amendement AS77 de M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. L'article 50 prévoit de mettre fin à l'opposabilité des conventions collectives dans le cadre de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Pour autant, le décret budgétaire n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 permet la reprise des excédents des CPOM obligatoires « handicap », ce qui induit *de facto* l'effet inverse.

Aussi, cet amendement vise à garantir, dans le cadre d'un dialogue de gestion rénové avec les financeurs, la libre affectation des résultats des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens relevant de l'article L. 313-122 du code de l'action sociale et des familles (CASF), à la suite de leur généralisation par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

En l'état actuel du droit, le CPOM est l'outil le plus adapté pour mener les évolutions nécessaires de l'offre médico-sociale, contrairement à ce qu'a affirmé Mme Fiat. Les

chantiers actuels de réforme de la tarification formalisent un besoin, partagé par tous, de souplesse et de simplification. Il est nécessaire de garantir au gestionnaire, dans le cadre d'un dialogue de gestion, une libre affectation des résultats. C'est à cette condition que les gestionnaires pourront répondre avec plus de réactivité et plus de souplesse aux besoins, non ou mal couverts, qu'ils constatent sur le terrain.

M. le rapporteur général. Votre amendement, tel qu'il est rédigé, est satisfait par un décret en vigueur.

M. Gilles Lurton. En êtes-vous sûr ?

M. le rapporteur général. Oui. Il s'agit très précisément de l'article R. 314-43 du code de l'action sociale et des familles, qui dispose que le CPOM prévoit les modalités d'affectation de ces résultats en lien avec ses objectifs.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Maintenez-vous votre amendement, monsieur Lurton ?

M. Gilles Lurton. Je le retire.

L'amendement est retiré.

La commission aborde l'amendement AS161 de M. Pierre Dharréville.

M. Alain Bruneel. Dans le même esprit que l'amendement défendu par Mme Fiat, nous souhaitons revenir sur la suppression, prévue à l'article 50, de l'opposabilité des conventions collectives aux établissements du secteur médico-social, suppression qui avait déjà été opérée pour les EHPAD dans la LFSS pour 2009.

M. le rapporteur général. La suppression de l'opposabilité des conventions n'est que la conséquence de la fin de la procédure d'agrément de ces conventions. Pour les mêmes raisons que celles que j'ai indiquées à Mme Fiat tout à l'heure, j'émetts un avis défavorable à votre amendement.

La commission rejette l'amendement.

Elle étudie les amendements identiques AS350 de M. Francis Vercamer et AS351 de M. Joël Aviragnet.

M. Francis Vercamer. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens encouragent la responsabilisation des organismes gestionnaires dans le cadre d'une tarification à la ressource et portent sur une période de gestion de cinq ans. Cette démarche leur permet d'appréhender leurs projets et investissements à moyen terme.

L'objectif de cet amendement est de leur reconnaître parallèlement une latitude de gestion leur permettant la constitution de provisions pour charges *via* l'affectation de leurs excédents d'exploitation éventuels. Il s'agit de les aider à assumer les responsabilités de gestion qui leur sont confiées et de leur éviter de se retrouver durablement en difficulté. Ils pourront ainsi faire face aux dépenses plus lourdes auxquelles ils pourraient être exposés en cours d'exécution du CPOM.

M. Joël Aviragnet. Je voudrais faire une observation. Quand ce type d'établissement est en déficit, ce déficit est reporté deux années plus tard, en année « n + 2 ». Par contre, lorsqu'il y a un excédent, il peut être repris par les autorités. Il serait important que les excédents de ces établissements puissent « remonter en haut de bilan », comme on dit, à titre de provisions. Je rappelle qu'il existe trois types de réserves : les réserves pour investissements, les réserves pour éventuels déficits à venir et les réserves permettant de couvrir des situations ou événements exceptionnels.

M. le rapporteur général. C'est un vrai sujet.

Vous souhaitez, monsieur Vercamer, que soit consacré le principe de libre affectation des résultats des établissements et services médico-sociaux signataires d'un CPOM obligatoire. Quelle est la situation actuelle ? Dans le cadre de la procédure de tarification, l'autorité de tarification reçoit également le compte administratif de l'établissement médico-social, c'est-à-dire le budget réalisé. Si elle constate un résultat déficitaire, elle le reprend, c'est-à-dire qu'elle majore le financement de l'année d'après pour compenser le déficit de l'année précédente. Elle peut d'ailleurs faire l'inverse si le résultat est excédentaire. Même lorsque le résultat n'est pas « repris », l'établissement n'est pas libre d'affecter le résultat excédentaire comme il le veut : c'est l'autorité de tarification qui décide. Elle peut notamment l'affecter à une réserve d'investissement ou à une réserve de trésorerie.

Sur le fond, je suis donc plutôt d'accord avec vous : il serait cohérent que les établissements ayant signé un CPOM obligatoire, qui les responsabilise et instaure une vision pluriannuelle, puissent au moins affecter leurs résultats comme ils le souhaitent. C'est d'ailleurs déjà possible dans les EHPAD.

Mais, dans la forme, votre amendement pose un double problème. D'abord, il ne vise que les établissements privés non lucratifs ; pourquoi ces établissements seraient-ils les seuls concernés ? Ensuite, pour les EHPAD, cette liberté d'affectation des résultats est déjà prévue à l'article R. 314-43 du code de l'action sociale et des familles. Introduire au niveau législatif une disposition spécifique aux autres établissements rendrait le système illisible, alors qu'il suffirait d'étendre à tous les établissements la disposition qui existe déjà au niveau réglementaire. Par ailleurs, je ne suis pas sûr que les règles comptables de ces établissements aient leur place dans la loi.

Je suis donc défavorable à votre amendement. Je vous propose de le retirer et de discuter de sa réécriture en vue de le réexaminer en séance publique

M. Francis Vercamer. Si l'amendement vise les établissements privés non lucratifs, c'est tout simplement parce que j'ai fait un rapport sur l'économie sociale et solidaire en 2010 et que cette proposition y figurait.

La commission rejette les amendements AS350 et AS351.

Puis elle adopte l'article 50 sans modification.

Article 51 : *Transfert des missions de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) à la Haute Autorité de santé (HAS)*

La commission examine l'amendement AS163 de M. Pierre Dharréville.

M. Alain Bruneel. L'article 51 prévoit d'intégrer l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) au sein de la Haute Autorité de santé (HAS). Son exposé des motifs ne précise pas quelles seront les conséquences du transfert pour les personnels de l'ANESM. En outre, une part des missions assurées par l'ANESM risque de disparaître. La situation des EHPAD montre, à l'inverse, la nécessité de conserver cette instance.

En conséquence, nous demandons la suppression de l'article.

M. le rapporteur général. Avis défavorable. L'ANESM compte trente salariés qui seront transférés à la HAS. Toutes les garanties sont inscrites au premier alinéa de l'article 51. Les deux agences partageant déjà les mêmes locaux, la fusion n'aura donc pas de conséquence pour les salariés en termes de mobilité géographique. Les contractuels de droit public conserveront le bénéfice des stipulations de leur contrat, et un contrat de droit public sera offert aux contractuels de droit privé.

Monsieur Bruneel, vous pouvez donc être rassuré sur les conditions dans lesquelles cette fusion s'opère et, si vous l'acceptez, retirer votre amendement.

La commission rejette l'amendement.

Elle est saisie de l'amendement AS256 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. L'article 51 vise à rationaliser le pilotage des politiques publiques *via* l'intégration de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux au sein de la Haute autorité de santé.

Une question de forme se pose, car cette décision a été prise de façon unilatérale sans associer toutes les parties prenantes. Cette méthode est regrettable et forcément vecteur d'inquiétude chez les acteurs du social et du médico-social.

Sur le fond, il est crucial que la Haute autorité de santé dont le champ de compétence est déjà vaste puisse pleinement intégrer les spécificités de ce nouveau secteur, d'autant qu'il est particulièrement étendu : structures de protection de l'enfance, des personnes âgées ou en situation de handicap, services d'aide et d'accompagnement à domicile, ou d'accueil des migrants... Il me semble donc utile d'apporter des précisions et des modifications à la gouvernance même de la HAS. La représentation et l'intégration des acteurs du social et du médico-social en son sein, dans le cadre d'une nouvelle architecture statutaire, me paraissent indispensables.

M. le rapporteur général. Avis défavorable. Votre souhait d'intégrer des représentants du monde médico-social au sein de la HAS vous honore, mais cette précision relève du niveau réglementaire.

En revanche, un membre de la HAS est désigné par le président de l'Assemblée nationale. Il ne tient qu'à vous de lui faire partager votre préoccupation.

Par ailleurs, la loi prévoit déjà que les membres du collège sont choisis en raison de leur expertise et de leur expérience dans les domaines de compétence de la Haute Autorité de santé ; sa composition va donc nécessairement évoluer.

La commission rejette l'amendement.

Puis, elle **adopte** l'article 51 sans modification.

Après l'article 51

La commission examine l'amendement AS257 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Cet amendement vise à obtenir un rapport d'évaluation sur les conséquences de la fusion de l'ANESM et de la Haute Autorité de santé. Ce rapport est utile non seulement dans l'intérêt des personnes transférées, qu'elles soient statutaires ou en contrat à durée indéterminée – celles-là ne doivent pas servir de variable d'ajustement budgétaire –, mais aussi pour apprécier la continuité de l'énergie déployée dans les établissements et services du champ social et médico-social afin d'assurer l'amélioration de la qualité des pratiques aux côtés des personnes accueillies et accompagnées. Au regard des bouleversements engendrés et du contexte de concertation des plus limitées, ce rapport a donc sa pertinence.

M. le rapporteur général. Encore une demande de rapport ! « *Dans un délai de six mois à compter de la promulgation* » du projet de loi, l'ANESM et la HAS n'auront fusionné que depuis environ cinquante jours. Il faudrait donc que la rédaction du rapport que vous appelez de vos vœux sur les conséquences de la fusion commence aux premiers jours de celle-ci, ce qui n'a pas grand sens. Je vous suggère de retirer votre amendement.

L'amendement est retiré.

Article 52 : *Dotation de l'assurance-maladie au FMESSP, à l'ONIAM, et de la CNSA aux ARS*

La commission adopte l'article 52 sans modification.

Chapitre V

Dispositions relatives aux dépenses de la branche maladie

Article 53 : *Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès*

La commission adopte l'article 53 sans modification.

Article 54 : *ONDAM et sous-ONDAM*

La commission examine, en discussion commune, les amendements AS134 de M. Jean-Pierre Door, AS258 de Mme Caroline Fiat et AS347 de M. Joël Aviragnet.

M. Bernard Perrut. L'amendement AS134 vise à rééquilibrer les efforts demandés à la médecine de ville et aux établissements de santé publics, privés non lucratifs et privés de statut commercial.

La nouvelle convention médicale conclue en 2016 se traduit par des augmentations importantes des charges. Cette évolution est cohérente avec l'indispensable virage ambulatoire annoncé, mais il reste à s'assurer que ces dépenses nouvelles auront des effets réels, réorganisateurs, limitant véritablement les hospitalisations évitables, et ne se cantonnant pas à de simples mais très coûteux effets en revenus additionnels.

De ce point de vue, il manque encore un dispositif prudentiel sur la médecine de ville, à la hauteur de la sur-exécution de l'ONDAM 2016, de celle très probable de l'ONDAM 2017, et des forts risques de dépassements en 2018.

Pour autant, il n'y a pas lieu que les efforts qui ne sont pas demandés à la médecine de ville soient consentis en totalité par les établissements de santé publics, privés non lucratifs et privés de statut commercial. Ces établissements se verraient ainsi privés complètement d'une possibilité de percevoir une part des crédits mis en réserve en début d'année, avec un débasage pérenne de l'ONDAM 2018 qui se traduirait par des tarifs sévèrement négatifs, au titre tout d'abord de la sur-exécution de 2017, qui ne pourra être effacée par une réserve prudentielle ayant disparu, ensuite au titre d'un taux d'évolution 2018 réel qui sera donc de 1,89 %, au regard de la base votée 2017, et qui se traduirait mécaniquement par un rabotage des tarifs et budgets de l'ordre de 2 % au minimum dans certains champs.

Mme Caroline Fiat. Dans le contexte de difficultés extrêmes du secteur hospitalier, il nous semble juste et pragmatique de lui attribuer davantage de moyens.

Nous ne sommes pas là pour faire pleurer dans les chaumières, mais pour rappeler ce que nos concitoyens, patients comme soignants, nous racontent tous les jours. On nous parle de personnels à bout de souffle, de patients installés dans des couloirs, de services d'urgence débordés... Tous ces dysfonctionnements méritent un correctif très rapide et déterminé.

Prenant acte de l'engorgement de l'hôpital, vous misez tout sur le virage ambulatoire, sorte de solution miracle qui consiste trop souvent à renvoyer les gens plus vite chez eux après une intervention, mettant parfois en péril leur sécurité. Cette évolution consiste aussi à diriger les patients vers les soins de ville, ce qui serait acceptable si ce choix s'accompagnait d'une politique volontariste de lutte contre les dépassements d'honoraires, mais rien ne semble prévu en la matière.

Le virage ambulatoire ne peut donc pas être l'unique réponse aux impératifs de santé de notre temps, s'il se fait au détriment du système hospitalier, qui reste un plus grand vecteur d'égalité que la médecine libérale. Le dépassement d'honoraires est moins répandu à l'hôpital, même si quelques praticiens s'y adonnent. La répartition des hôpitaux sur le territoire est plus équilibrée que celui de la médecine libérale qui dessine les fameux déserts médicaux.

Puisque les contraintes des lois de financement de la sécurité sociale ne donnent aucune possibilité d'augmenter l'objectif global de dépenses de l'assurance maladie, c'est avec regret mais détermination que nous vous proposons de prendre un peu aux soins de ville pour donner aux hôpitaux.

M. Joël Aviragnet. L'amendement AS347 vise à rapprocher les dépenses de soins de ville des dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité.

Le Gouvernement proposait d'augmenter de 800 millions d'euros l'écart entre les dépenses de soins de ville et les dépenses des établissements de santé ; nous proposons de rapprocher ces dépenses sans modifier le total des dépenses de l'ONDAM. Cette mesure permettrait d'éviter d'augmenter l'écart déjà existant entre les dépenses de santé relatives à la médecine de ville et les dépenses de santé relatives à l'hôpital.

M. le rapporteur général. Monsieur Perrut, je lis dans l'exposé des motifs de l'amendement AS164 qu'« *il manque encore un dispositif prudentiel sur la médecine de ville* » – autrement dit une enveloppe fermée de soins de ville au-delà de laquelle les médecins de ville seraient tenus de rembourser le dépassement. C'était le dispositif proposé par M. Juppé en 1995. Je pense que ce n'est pas ce que vous vouliez dire mais c'est ce qui est écrit dans votre exposé sommaire, et je donnerai un avis défavorable à cet amendement.

Avis également défavorable à l'amendement AS258, car il ne faut pas opposer l'ONDAM de ville et l'ONDAM hospitalier, mais tenir compte s'agissant notamment du premier, des nouvelles conventions médicales, du prix des traitements innovants et de l'accroissement de la demande. Comme vous, madame Fiat, j'aime l'hôpital ; nous en avons besoin et nous pouvons en être fiers. C'est un service qui fonctionne dans toutes les situations, quotidiennement comme lors de drames tels que les attentats. Il nous faut porter une attention particulière à l'hôpital qui, il ne faut pas le nier, a été soumis à de nombreuses réformes et auquel on a demandé beaucoup d'efforts de restructuration et d'amélioration de l'efficacité et de l'organisation. À la lecture de chaque rapport de la Cour des comptes, je dis : « Attention ! L'hôpital est puissamment moderne, mobile, capable de se transformer. » Nous porterons donc, ensemble, une attention toute particulière à la santé financière des établissements de santé.

Enfin, je suggère le retrait de l'amendement AS347 dont l'adoption aurait pour effet d'augmenter de 1,2 milliard d'euros et de diminuer de 1,9 milliard d'euros l'ONDAM de ville, ce qui entraînerait, involontairement je suppose, la réduction de 700 millions d'euros de l'ONDAM.

M. Joël Aviragnet. Ce n'était pas notre objectif. Je retire l'amendement.

L'amendement AS347 est retiré.

La commission rejette successivement les amendements AS134 et AS258.

Puis elle adopte l'article 54 sans modification.

TITRE V

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 55 : *Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)*

La commission adopte l'article 55 sans modification.

TITRE VI

Dispositions communes aux différentes branches

Article 56 : *Mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion (COG)*

La commission adopte l'article 56 sans modification.

Article 57 : *Renforcement des dispositifs de lutte contre la fraude*

La commission est saisie des amendements identiques AS164 de M. Pierre Dharréville et AS259 de Mme Caroline Fiat.

M. Alain Bruneel. L'article 57 prévoit d'accentuer la lutte contre la fraude aux prestations sociales versées aux assurés par les différentes branches de la sécurité sociale – famille, vieillesse et assurance maladie. Selon les chiffres de la délégation nationale de lutte contre la fraude pour 2015, cette fraude ne représente que 3 % – soit 672 millions d'euros – de la fraude détectée, la fraude fiscale en représentant 95 %, soit 21,2 milliards d'euros. Parallèlement, selon un rapport de la Cour des comptes de 2013, la fraude patronale aux cotisations sociales représenterait 20 milliards d'euros chaque année.

La disposition risque de stigmatiser une fois de plus les bénéficiaires des prestations sociales sans avoir d'effet significatif sur les finances publiques. Le rapport du Défenseur des droits, paru le 7 septembre 2017, le confirme en mettant en lumière les carences dans la définition de la fraude et les abus de cette lutte – suspension d'une prestation avant le jugement, ciblage des suspects... –, au mépris des droits des usagers. Pour ces raisons, nous proposons par l'amendement AS164 la suppression de l'article.

Mme Caroline Fiat. La fraude aux prestations sociales est pleinement répréhensible et doit être sanctionnée, mais l'application des sanctions doit rester conforme aux règles élémentaires de la justice : l'égalité et le contradictoire. Or, dans la lutte à la fraude aux prestations sociales, les organismes de sécurité sociale outrepassent ces normes, selon le rapport très documenté du Défenseur des droits. On y apprend que l'erreur est systématiquement assimilée à une fraude et que les organismes ont des objectifs chiffrés de détection des fraudes qui les poussent à une interprétation pour le moins extensive d'une fraude qui ne concerne que 0,3 % des usagers. On lit aussi dans ce rapport que *« les larges pouvoirs accordés aux organismes chargés d'une mission de protection sociale ont entraîné des dérives dans les procédures de contrôle, de qualification et de sanction de la fraude. Leurs effets peuvent être dramatiques et sont susceptibles de porter atteinte au principe d'égalité devant les services publics, à celui de dignité de la personne ou encore au principe du contradictoire »*.

L'article va renforcer ces dérives. Alors que les allocataires des minima sociaux sont largement stigmatisés, vous en ajoutez une couche en augmentant les pénalités pour dissuader ceux qui tenteraient de faire de fausses déclarations. Mais pensez-vous vraiment que celui qui a touché un trop perçu d'allocation « adulte handicapé » ou de RSA se sentira libre de partir deux ans en vacances, comme l'a dit le porte-parole du Gouvernement ? On est à rebours des propositions du Défenseur des droits, qui recommande une plus grande souplesse dans l'échelonnement du remboursement des sommes dues, des chartes d'information et de la prévention. Autant d'éléments dont il n'est pas question dans l'article car l'objectif cyniquement avoué est bien de renflouer les finances sociales par la détection de la fraude. Encore une fois, la lutte contre la fraude aux prestations est justifiée, mais elle sera d'autant plus ferme qu'elle sera juste. Un tel acharnement ressemble davantage à une justice de classe teintée de mépris qu'à la prévention et au contrôle qu'un service public de progrès devrait mener.

M. le rapporteur général. Nous ne sommes pas, madame Fiat, dans un monde où il y aurait « les gentils contre les méchants ». La lutte contre la fraude aux cotisations a fait l'objet d'un arsenal de dispositions continuellement renforcé au cours des dernières années. S'agissant de l'article 57, il ne s'agit pas d'alourdir aveuglément les sanctions : les quantums de certaines peines pécuniaires augmentent pour lutter contre la fraude d'entreprises et de professionnels que les sanctions actuelles ne dissuadent pas, et l'on cherche surtout à permettre à toutes les branches de la sécurité sociale de lancer des avertissements aux assurés plutôt que de prendre des sanctions financièrement disproportionnées.

Il me semble que, de manière inhabituelle, vous y allez un peu fort. (*Sourires.*) Je me suis entretenu avec le Défenseur des droits hier à l'Élysée, à l'occasion de la présentation par le Président de la République du plan de lutte contre la pauvreté. Il dit que ce n'est pas parce qu'il y a une erreur dans la perception ou dans la déclaration en matière de prestations d'assurance maladie qu'il y a forcément fraude, et il invite à réfléchir sur l'intentionnalité de la fraude plutôt que de partir du principe que toute erreur serait systématiquement frauduleuse. Il faut être capable de faire la distinction. C'est pourquoi j'ai prévu d'interroger la ministre des affaires sociales pour savoir comment elle entend mieux définir la notion de fraude dans le code de la sécurité sociale. Nous pouvons donc avancer, peut-être même ensemble, dans cette direction. Avis défavorable aux deux amendements.

La commission rejette les amendements.

Puis elle examine l'amendement AS227 de M. Jean-Hugues Ratenon.

Mme Caroline Fiat. Selon le Défenseur des droits, la fraude aux prestations sociales coûte environ 670 millions d'euros par an ; c'est beaucoup. Quant à la fraude aux cotisations réalisée par les entreprises, elle fait perdre environ 500 millions d'euros à la sécurité sociale, mais je ne vois pas qu'un article lui soit consacré. Enfin, la fraude fiscale, qui concerne financement social et finances de l'État, s'élève à 21 milliards d'euros. Alors que les fraudeurs aux prestations sont pourchassés par les organismes dans des conditions souvent arbitraires, les fraudeurs fiscaux qui nous coûtent trente fois plus cher ont toujours le verrou de Bercy au mieux, le tribunal au pire. La justice expéditive des pauvres que vous comptez aggraver contraste fortement avec celle que vous réservez aux riches exilés fiscaux. Quand existent de telles distorsions, comment faire ?

La meilleure lutte contre la fraude et les petits larcins consiste d'abord à établir une société globalement juste ; elle n'exclut ni la compassion, ni la prise en considération de la situation économique des fraudeurs réels ou présumés. En quoi cela sert-il la société française que la remise de dettes de gens ruinés soit désormais interdite dans toutes les branches de la sécurité sociale ? Quel est le véritable usage de cet article, sinon de contenter un électorat qui aime traiter le pauvre de « feignant », l'allocataire du RSA de « profiteur » et le bénéficiaire des allocations familiales de « magouilleur » ? (*Exclamations.*) Pourquoi ne pas déployer un maillage d'information et de sensibilisation des usagers en misant sur leur bonne foi plutôt que de chercher à tout prix la faute ? C'est ce que propose l'amendement.

Je conclurai en soulignant la courtoisie et la bienséance dont nous avons fait preuve au long de ces trois jours de débat sur le projet de PLFSS ; cela n'a pas toujours été le cas pour d'autres.

M. le rapporteur général. Je vous rejoins sur un point, madame Fiat : il y a effectivement fraude et fraude, et une tendance à stigmatiser les fraudeurs aux prestations sociales en oubliant l'ampleur des autres fraudes quotidiennes. Faire repeindre les murs de son salon par un ouvrier non déclaré a des conséquences cumulées, à l'échelle nationale, bien supérieures à la fraude commise par ceux qui bénéficieraient d'une couverture sociale particulière dont ils ne devraient pas relever. J'appelle donc l'attention de tous sur l'ampleur de certaines fraudes et sur la trop forte tentation de stigmatisation. Je vous l'ai dit, les dispositifs de lutte contre la fraude aux prestations sociales me semblent équilibrés et ce projet de loi ne les rend pas extravagants.

D'autre part, proposer, comme vous le faites dans l'amendement, de supprimer les alinéas 8 et 9 de l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale reviendrait à supprimer les sanctions administratives plafonnées prononcées par les organismes de sécurité sociale dans le cas de refus de communication des documents et informations nécessaires par les établissements bancaires et les plateformes numériques. Cela ne correspond pas à ce que vous avez expliqué. Je vous propose donc de retirer l'amendement, auquel je donnerai, sinon, un avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. L'amendement est maintenu.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 57 sans modification.

Elle adopte enfin l'ensemble du projet de loi modifié.

Informations relatives à la Commission

La Commission a désigné pour participer, en application de l'article 146-3 du Règlement, à la mission d'évaluation du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la prise en charge de l'autisme, les membres suivants :

– Mme Caroline Janvier (REM)

– M. Adrien Taquet (REM)

– M. Alain Ramadier (LR)

Puis la Commission a désigné, en tant que membres de la mission d'information commune relative aux produits phytopharmaceutiques :

– Mme Élisabeth Toutut Picard (REM)

– Mme Martine Wonner (REM)

– Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe (REM)

– et M. Bernard Perrut (LR)

La séance est levée à vingt heures quarante-cinq.



Présences en réunion

Réunion du mercredi 18 octobre 2017 à 16 heures 15

Présents. – M. Joël Aviragnet, Mme Delphine Bagarry, Mme Ericka Bareigts, M. Belkhir Belhaddad, Mme Justine Benin, M. Bruno Bilde, M. Julien Borowczyk, Mme Brigitte Bourguignon, M. Guillaume Chiche, M. Dominique Da Silva, M. Marc Delatte, M. Jean-Pierre Door, Mme Audrey Dufeu Schubert, Mme Catherine Fabre, Mme Caroline Fiat, Mme Agnès Firmin Le Bodo, Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel, Mme Albane Gaillot, Mme Carole Grandjean, Mme Florence Granjus, M. Jean-Carles Grelier, M. Brahim Hammouche, Mme Monique Iborra, M. Cyrille Isaac-Sibille, Mme Caroline Janvier, Mme Fadila Khattabi, Mme Fiona Lazaar, Mme Charlotte Lecocq, M. Gilles Lurton, M. Sylvain Maillard, M. Thomas Mesnier, M. Thierry Michels, M. Bernard Perrut, Mme Valérie Petit, Mme Michèle Peyron, M. Laurent Pietraszewski, Mme Claire Pitollat, M. Alain Ramadier, M. Jean-Hugues Ratenon, Mme Laëtitia Romeiro Dias, Mme Nicole Sanquer, M. Aurélien Taché, Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, M. Adrien Taquet, Mme Élisabeth Toutut-Picard, Mme Hélène Vainqueur-Christophe, 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 Jeanine Dubié, Mme Claire Guion-Firmin, M. Jean-Philippe Nilor, Mme Nadia Ramassamy

Assistaient également à la réunion. - M. Thibault Bazin, M. Bertrand Bouyx, M. Alain Bruneel, M. Vincent Ledoux