

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

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

# Compte rendu

## Commission des affaires sociales

- Suite de l'examen des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale (n° 1297) (M. Olivier Véran, rapporteur général) ..... 2
- Présences en réunion ..... 43

Mercredi  
17 octobre 2018  
Séance de 9 heures 35

Compte rendu n° 10

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

Présidence de  
Mme Brigitte Bourguignon,  
*Présidente,*



## COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

**Mercredi 17 octobre 2018**

*La séance est ouverte à neuf heures trente-cinq.*

*(Présidence de Mme Brigitte Bourguignon, présidente)*

---

*La commission poursuit l'examen des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 (n° 1297) (M. Olivier Véran, rapporteur général).*

**Article 29 :** *Amplifier la portée du dispositif d'innovation du système de santé (article 51 LFSS 2018)*

*La commission examine l'amendement AS520 de Mme Martine Wonner.*

**Mme Martine Wonner.** L'année dernière, nous avons adopté le « fameux » article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018, relatif aux nouveaux projets d'expérimentation.

Ces projets sont déterminés par trois caractéristiques : qualité, performance, économie. Les expérimentations permettent non seulement de moderniser et de transformer les pratiques de santé, mais elles pourraient, à terme, conduire la sécurité sociale, et notamment ses branches maladie et vieillesse dans le cas de la télémédecine par exemple, à réaliser de conséquentes économies budgétaires.

Mon amendement vise à ce que le montant des économies permises par les projets, une fois mis en œuvre, alimente directement la sécurité sociale tout en bénéficiant aux organismes dont les innovations sont issues.

Il n'est pas question, au travers de cet amendement, d'établir de manière précise qui recevra combien puisqu'en fait, cette question relève du domaine réglementaire. Par contre, ce mécanisme « gagnant-gagnant », financé par les économies réalisées, créerait donc une nouvelle source de rentrées budgétaires pour la sécurité sociale et une prime à l'innovation pour les organismes dont les projets ont été expérimentés de manière fructueuse.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** L'article 29 a pour objectif d'élargir le périmètre de l'article 35 du PLFSS pour 2018, devenu article 51 de la LFSS pour 2018. Cet article porte sur les expérimentations des modalités de financement ville-hôpital à l' « épisode de soins » ou au « parcours de soins ».

J'ai souhaité faire le point avec la direction générale de l'offre de soins (DGOS) avant l'examen du texte actuel en commission, pour savoir ce qu'il est advenu de cet article 51 dans son application réelle, quelques mois après la promulgation de ce mode de financement. Nous en sommes à 270 lettres d'intention spontanées, soit 270 équipes médicales et paramédicales qui, sur l'ensemble du territoire national, ont fait connaître leur intérêt à expérimenter de nouvelles façons de soigner : ce n'est pas rien ! Cela représente plusieurs dizaines d'équipes par région. Les thèmes principaux concernent le cancer, l'obésité, mais également la santé mentale. Nous recensons même 170 porteurs de projets qui

ont répondu aux trois appels à manifestation d'intérêt dans le secteur des épisodes de soins en chirurgie, de paiement en équipes en ville et de prise en charge partagée en ville.

On entendait dire, l'année dernière, qu'il y avait une attente importante des professionnels de terrain ; nous en voyons, en quelques mois seulement, les premières expressions. J'entends quelques reproches qui sont faits, ici et là, par des équipes, sur la lourdeur de la mise en place pratique des protocoles expérimentaux, mais cela porte généralement sur des projets d'envergure, qui justifient tout de même qu'il y ait des temps et des moments de rencontre.

Vous souhaitez que l'article 51 de la LFSS pour 2018 permette « *le versement d'un intéressement économique collectif lié à la performance médico-économique des innovations mises en œuvre, aux acteurs de coopérations interprofessionnelles en santé dont les prestataires de service et distributeurs de matériels* ».

Sur la forme, il y a un problème de rédaction. Vous visez en effet l'article L. 6133-1 du code de la santé publique, qui est relatif aux groupements de coopération sanitaire, et qui ne peut donc s'appliquer aux prestataires de service et aux distributeurs de matériels.

Sur le fond, l'article 51 permet déjà le versement d'un intéressement collectif aux acteurs de santé. Le présent article 29, quant à lui, vise à s'assurer de l'effectivité de cet intéressement pour les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et pour les groupements de coopération sanitaire. Nous sommes en train d'étendre le périmètre de l'article 51 à d'autres structures que les seules structures ville-hôpital conventionnelles.

Pour ces deux raisons, je vous invite donc à retirer votre amendement. À défaut, j'y serai défavorable.

**Mme Martine Wonner.** Je suis d'accord pour le retirer. Peut-on imaginer de le retravailler en vue de la séance, afin de rendre possible une extension du dispositif ? Pour certains projets centrés sur la télémédecine qui sont en train de se mettre en place, cela permettrait d'obtenir un retour sur investissement.

*L'amendement est retiré.*

*La commission examine l'amendement AS610 de M. Bernard Perrut.*

**M. Bernard Perrut.** Cet amendement vise à perfectionner l'article 51 qui offre la possibilité de déroger aux règles de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Car cet article lève, certes, certaines rigidités financières, mais ne règle pas le problème de tous les cloisonnements nuisibles à la pertinence des accompagnements de patients.

Les nouvelles dérogations concerneraient, d'une part, les règles d'organisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux, afin de favoriser les innovations organisationnelles et permettre d'expérimenter de nouvelles formes de coopération entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires au service du parcours de santé et de vie des personnes.

Elles concerneraient, d'autre part, les modalités de classement des actes en actes d'aide et actes de soins, dans le cadre d'un accompagnement par un établissement ou service social ou médico-social, afin de rompre avec l'étanchéité des missions entre aides à domicile

et aides-soignants, étanchéité qui nuit à la qualité et à la pertinence de l'accompagnement dans son objectif de préservation ou de renforcement de l'autonomie des personnes. On constate en effet que le maintien de ces frontières structurelles et arbitraires est néfaste à l'accompagnement et génère des ruptures graves dans le parcours des personnes. En expérimentant de nouvelles répartitions entre actes d'aide et actes de soins en fonction des besoins des personnes elles-mêmes, lors d'un accompagnement par un établissement ou service social ou médico-social, il sera possible d'identifier les « transférabilités de compétences » en fonction des situations.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Un certain nombre d'entre vous souhaitent renforcer la place du médico-social dans les dispositifs législatifs. Mais il me semble que l'amendement est satisfait, puisque l'article 51 prévoit déjà la possibilité d'expérimenter des coopérations et des délégations de tâches entre professionnels de santé, et que les nouvelles modalités d'articulation prévues au présent article permettent de souscrire complètement aux objectifs qui sont les vôtres.

En tout état de cause, nous aurons bientôt l'occasion de débattre longuement de l'article 51.

Je vous invite donc à retirer l'amendement. À défaut, j'y serai défavorable.

**M. Bernard Perrut.** Je comprends que vous vous engagez à ce que nous évoquions le sujet en séance publique. Si les établissements expriment de pareilles attentes, c'est bien qu'elles ne sont pas satisfaites, me semble-t-il. Évoquons-les donc.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** En ce qui concerne le débat que je vous annonçais, je faisais référence à l'examen ultérieur du présent texte en commission.

*L'amendement est retiré.*

*La commission examine les amendements identiques AS65 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS114 de M. Alain Ramadier, AS183 de M. Stéphane Viry, AS306 de Mme Annie Vidal et AS462 de M. Brahim Hammouche.*

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Il s'agit d'ajouter, à l'alinéa 7, le mot « *tarification* » après le mot « *organisation* ».

Cet amendement permet d'amplifier la portée de l'article 51 pour le secteur médico-social. Il permet, pour la mise en œuvre des expérimentations, de déroger aux règles de tarification, mais également d'organisation, applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, afin de favoriser les innovations organisationnelles.

**M. Alain Ramadier.** Mon amendement vise également à amplifier la portée de l'article 51 de la LFSS pour 2018, au profit du secteur médico-social.

En effet, tel qu'il est rédigé, cet article cantonne le renforcement des innovations organisationnelles entre acteurs de santé au seul secteur sanitaire. À écouter les professionnels qui interviennent au domicile des personnes âgées, il semble qu'aucune coordination n'existe entre ces intervenants, par ailleurs impliqués et compétents, ce qui nuit à l'évaluation de l'état de santé des personnes suivies, à l'adaptation de leur environnement et de leur habitat.

Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, les professionnels hospitaliers préconisent souvent un placement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), qui pourrait être préconisé en amont s'il existait une véritable coordination entre tous les acteurs participant au maintien à domicile. Tel est le but de cet amendement.

**M. Stéphane Viry.** Mon amendement a le même objet, mais peut-être une motivation complémentaire. Chacun a bien saisi qu'il convenait de privilégier la coordination entre acteurs et que, en termes de rémunération, il fallait aller vers le forfait. Or, dans la version initiale de ce PLFSS, le champ nous paraît effectivement réduit aux seuls établissements de santé et à deux pathologies. Une extension au secteur médico-social me paraît encore à réaliser.

**Mme Annie Vidal.** Mon amendement vise à étendre le champ de l'article 51 au secteur médico-social, qui pourra ainsi expérimenter non seulement de nouvelles règles de tarification, mais aussi de nouveaux modèles organisationnels. Décloisonner les financements et organisations facilitera la coopération entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, au service de l'optimisation du parcours des personnes prises en charge.

**Mme Michèle de Vaucouleurs.** Mon amendement est identique. Il vise à déroger aux règles de tarification et d'organisation applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, dans le cadre de la mise en œuvre des expérimentations d'innovation du système de santé.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Avis favorable. Certes, l'amendement n'ajoute rien de concret au dispositif de l'article 51, tel que nous l'avons voté l'an dernier, mais il ne lui ôte rien non plus. Si vous estimez que cela peut rendre le texte plus compréhensible pour les fédérations, qui vous ont manifestement tous sollicités au sujet des protocoles expérimentaux dans le secteur médico-social, cela ne me pose aucune difficulté.

*La commission adopte les amendements.*

*Puis elle adopte l'article 29 modifié.*

### **Après l'article 29**

*La commission examine l'amendement AS535 de M. Francis Vercamer.*

**M. Francis Vercamer.** Il est demandé aux agences régionales de santé (ARS) de justifier de l'utilisation des financements publics devant le Parlement et les citoyens. Cet amendement vise donc à inclure, dans le bilan annuel de suivi de l'utilisation des dotations affectées au Fonds d'intervention régional (FIR), une évaluation de l'impact de ces financements sur la situation sanitaire régionale.

L'Académie de médecine a récemment poussé un cri d'alarme au sujet de la situation sanitaire dans la région Hauts-de-France. Nous ne prenons pas assez en compte aujourd'hui les besoins des territoires. S'il n'existe pas de manière de répartir entre eux les moyens financiers, nous n'arriverons pas à combler les écarts. Cet amendement vise donc à s'assurer que le FIR est bien réparti en fonction des besoins des territoires.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il existe déjà un récapitulatif annuel, publié par chaque ARS avant le 15 octobre, de l'utilisation du FIR. Cela permet à chacun de se rendre compte de ce que vont financer ou non les ARS.

Si je comprends le sens de votre amendement, vous souhaitez qu'il y ait une sorte d'étude d'impact sur chaque ligne budgétaire, c'est-à-dire chaque sous-objectif du FIR, région par région. Cela me paraît une procédure trop lourde, et je vous invite donc à retirer votre amendement. À défaut, j'y serai défavorable.

**M. Francis Vercamer.** Cela fait plusieurs années que je dépose des amendements de ce type. À chaque fois, on me répond que c'est compliqué. Je comprends bien que ce puisse être compliqué au niveau administratif, la santé des populations est plus importante que la difficulté administrative. J'aimerais bien qu'un jour ou l'autre on se penche sur ce problème, que j'évoque depuis sept ans. Les Hauts-de-France ne sont pas la seule région concernée : les autres régions désindustrialisées sont également en train de « plonger » au niveau sanitaire.

*L'amendement est retiré.*

*La commission examine l'amendement AS444 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin.** Je reviens, moi aussi, sur un sujet évoqué il y a un an et qui ne semble pas « en marche », mais plutôt en train de faire du sur-place... (*Sourires.*)

La législation actuelle sur la télémédecine ne permet pas de s'assurer que les actes de téléradiologie, qui ne sont pas couverts par les textes régissant la télémédecine, soient réalisés conformément à la réglementation. Au côté de sociétés respectant la réglementation, des entreprises *low-cost* sont apparues, qui ne garantissent pas le respect de la réglementation et de la déontologie – ni d'ailleurs les tarifs médicaux réglementaires.

Il paraît ainsi qu'une société basée à Monaco vend des interprétations d'actes pour dix euros ! Cela pose des questions de responsabilité, mais aussi d'éthique, du fait du risque de transfert de données. Ces sociétés *low-cost* peuvent en outre multiplier les actes sans se soucier de leur pertinence.

C'est pourquoi je propose, par cet amendement, que la définition des actes de téléradiologie ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière soient fixées par décret. Cela permettrait de définir des règles communes, comme par exemple celles inscrites dans la charte de la téléradiologie élaborée par le conseil professionnel de la radiologie et cosignée par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

Force est de constater, en effet, que les premiers désenchantés de la télé-imagerie apparaissent ; il ne faut pas que la téléradiologie soit un cache-misère fournissant un service dégradé. Face aux inégalités territoriales et à un accès plus difficile aux soins, il ne faudrait pas qu'elle éloigne encore davantage les patients d'un service de qualité.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il n'existe pas d'actes de téléradiologie en tant que tels. La télémédecine comprend cinq types d'actes médicaux, dont la téléradiologie ne fait pas partie.

Vous exprimez une inquiétude au sujet de sociétés *low-cost* qui proposent, vraisemblablement depuis l'autre bout de la Terre, des interprétations d'actes d'imagerie ne présentant pas de garantie en termes de qualité et de sécurité des soins.

Faire respecter l'éthique et la déontologie est plutôt une responsabilité ordinale, de même que la répartition entre sociétés *low-cost* et sociétés qui ne sont pas *low-cost*. Cela ne se décrète pas, et cela s'inscrit encore moins dans la loi.

Quant à la valeur des actes, elle ne relève pas non plus du décret, mais fait plutôt l'objet d'une négociation conventionnelle entre les syndicats libéraux et l'assurance maladie. C'est dans ce cadre conventionnel que sont fixés des tarifs, qui doivent être respectés puisque la convention a force de loi en la matière. Il ne me semble donc pas nécessaire de préciser par décret ce qui relève de la voie conventionnelle ou de la compétence ordinale.

En revanche, nous devons veiller, sur l'ensemble du territoire, à éviter que ne se développent des centres *low-cost* de téléradiologie qui pourraient nuire à la qualité des soins pour les malades. Pour l'heure, cependant, je n'ai pas recueilli d'informations quant à l'existence de telles dérives dans notre pays. Ce sont plutôt des groupes extrêmement sérieux qui sont en train de se constituer, souvent à partir de centres hospitaliers universitaires (CHU), et qui sont de nature à résoudre un certain nombre de difficultés dans l'accès aux soins spécialisés d'imagerie.

**M. Jean-Pierre Door.** Je comprends la réponse du rapporteur à notre collègue Bazin, mais il faut être très prudent vis-à-vis de la télémédecine et de la téléradiologie. On voit se développer, ici ou là, des sociétés annexes qui sont des sociétés *low-cost* ou tournées exclusivement vers le profit, émanant notamment de compagnies d'assurances et de mutuelles.

Je comprends que le Conseil de l'Ordre et la CNAM ont un rôle à jouer, mais il faudra probablement définir, soit dans la loi, soit par décret, des règles précises pour éviter de sortir du cadre normal de la médecine à la française.

**M. Thibault Bazin.** La nuit, dans certains centres, on peut difficilement compter sur la présence de radiologues car, contrairement aux urgentistes, ils reprennent le travail à huit heures le lendemain matin... Aussi les établissements qui sont en difficulté financière peuvent-ils être tentés de faire appel à des sociétés *low-cost*. Ce n'est donc pas une simple question ordinale.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS109 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.*

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Il est proposé de transposer aux masseurs-kinésithérapeutes le dispositif existant pour les infirmières, qui prévoit, avant toute installation en secteur libéral, une durée minimum d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un établissement de santé. Cela permettrait notamment de répondre au manque de masseurs-kinésithérapeutes dans certains établissements, et donc à la surcharge de travail de ces praticiens découragés.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Vous avez raison de souligner que l'on manque de kinésithérapeutes à l'hôpital, et notamment à l'hôpital public, qui a perdu 40 % de son effectif de kinésithérapeutes ces dernières années. Pas moins de 80 % des kinésithérapeutes exercent aujourd'hui en secteur libéral, et 20 % en secteur public.

Mais les études de kinésithérapie prennent cinq ans. Si, à l'issue de ces cinq ans, vous commencez une carrière hospitalière, vous démarrez à 1 350 euros par mois... Peut-être

faut-il se poser aussi des questions de cet ordre avant d'imposer à de jeunes kinésithérapeutes diplômés d'aller rendre service à la population, au sein des hôpitaux, avant de s'installer dans un cabinet de ville...

Comment valoriser, comment considérer les kinésithérapeutes dans notre système hospitalier ? Telle est la question. Je vous propose donc de retirer l'amendement, qui me semble injuste et pas forcément efficace. En revanche, je suis naturellement prêt à ce que l'on travaille à améliorer le statut de ces professionnels de santé.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** C'était exactement ce que je voulais vous entendre dire !

*L'amendement est retiré.*

*La commission examine l'amendement AS90 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.*

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Par cet amendement, je propose de permettre aux fédérations hospitalières privées de participer aux commissions qui définissent le tarif de secteur pour les médecins salariés.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Je suis d'accord avec vous sur le principe, non sur l'application.

Vous souhaitez que les fédérations hospitalières privées participent à la négociation conventionnelle, qui réunit aujourd'hui les médecins libéraux, l'assurance maladie et les organismes de mutuelle complémentaire santé, mais n'y a pas de consultations et d'actes externes dans le seul secteur privé : il y en a aussi dans le secteur public, ainsi que dans le secteur privé non lucratif.

C'est une demande récurrente, depuis un certain nombre d'années, de l'ensemble des fédérations hospitalières que de disposer d'un droit de regard sur la fixation de tarifs qui s'appliquent aussi bien à l'hôpital qu'à la médecine de ville. Mais notre cadre historique, renforcé par la création de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), prévoit que les négociations conventionnelles et le dialogue social mené dans le cadre conventionnel sont exclusivement réservés aux syndicats représentatifs des médecins libéraux, à l'assurance maladie et aux organismes complémentaires.

Les fédérations hospitalières ont d'autres lieux pour faire valoir leurs droits et leurs revendications. Encore une fois, sur le principe, je ne trouverais pas du tout choquant, et encore moins anormal, que les hôpitaux puissent dire leur mot, voire avoir un droit de regard, sur des tarifs qui leur sont appliqués. Mais, par respect pour le dialogue conventionnel, j'émet un avis défavorable.

J'ajoute que votre amendement mentionne la seule « *fédération hospitalière privée* », ce qui est une forme de taquinerie vis-à-vis des autres fédérations...

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Mon amendement n'évoque pas la seule « *fédération hospitalière privée* », mais les « *fédérations représentatives* ».

*La commission rejette l'amendement.*



*Elle examine ensuite les amendements identiques AS209 de M. Gilles Lurton, AS385 de Mme Jeanine Dubié et AS482 de M. Francis Vercamer.*

**M. Alain Ramadier.** L'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 avait introduit dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 162-21-2 qui, selon l'étude d'impact du PLFSS pour 2018, « a posé le principe selon lequel tous les transports inter-établissements devraient être pris en charge par les établissements de santé à compter du 1<sup>er</sup> mars 2018, et ce en lieu et place d'une facturation directe à l'assurance maladie ».

Or, le coût précis de cette réforme pour chaque établissement demeure encore aujourd'hui inconnu car, selon leur régime financier, leurs tarifs de prestations ou leur dotation annuelle ne comportent pas le montant représenté par les transports inter-établissements qu'ils sont censés assumer désormais.

C'est pourquoi le présent amendement tend à prévoir, d'une part, que ce montant figure expressément dans les arrêtés relatifs aux dotations et tarifs de tous les établissements de santé et, d'autre part, qu'une évaluation du dispositif permette de revoir les tarifs calculés en 2018, et de prendre en compte les facteurs d'augmentation des coûts des transports.

**M. Francis Vercamer.** La LFSS pour 2018 a reporté au 1<sup>er</sup> octobre 2018 l'entrée en vigueur du principe édicté par la précédente LFSS, mais les difficultés constatées demeurent : les tarifs et dotations aux établissements de santé ne sont pas publiés ; la réforme ne prend pas en compte les territoires, et notamment les territoires qui posent des problèmes de circulation, par exemple les territoires de montagne, où la distance à parcourir et, partant, le coût du transport – peut varier du simple au double.

C'est pourquoi je propose que le Gouvernement évalue financièrement le coût de ces transports, afin d'effectuer un ajustement des tarifs.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Le transport inter-établissements est un vrai sujet. Les fédérations sont extrêmement sensibles sur ce point. C'est une réforme complexe. Vous parlez de transparence ? Eh bien, tout le monde est sur le pont pour l'assurer, car il y a une vraie prise de conscience des difficultés que cela peut poser. Une réflexion est en cours.

Ce que vous proposez ne relève cependant pas de la loi. Améliorer la transparence sur l'intégration des transports et sur leur tarification n'est pas du domaine législatif. Je ne peux donc accepter l'amendement en l'état, même si je surveille de très près cette situation, qui peut avoir des conséquences économiques sur l'ensemble des établissements de santé.

*La commission rejette les amendements.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS659 du rapporteur général.*

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** L'activité des services d'urgences des établissements de santé en France augmente de 2 % à 3 % par an en moyenne actuellement. Ce sont 23 millions de patients qui frappent chaque année à la porte des urgences. Certaines études estiment cependant qu'entre 25 % et 30 % des patients pris en charge aux urgences ne relèvent pas du tout de ce type d'accueil, et ressortent d'ailleurs de l'établissement sans avoir subi le moindre examen complémentaire – ni imagerie, ni rien qui fasse appel un plateau technique – et sans faire l'objet d'un diagnostic de sévérité.

Il s'agit pour une large part de patients qui peinent à trouver un médecin en ville ou à l'hôpital et qui se rendent aux urgences faute d'autre solution. Parfois ils appellent SOS Médecins, parfois ils essaient d'appeler leur généraliste, parfois ils vont directement aux urgences. Pour un certain nombre de patients entre aussi en ligne de compte le fait qu'il n'y a ni reste à charge ni ticket modérateur à payer.

Quoi qu'il en soit, cette explosion de l'activité de médecine d'urgence met en grande difficulté les équipes médicales et paramédicales, qui sont saturées. Quiconque a fait l'expérience de se rendre aux urgences y aura trouvé un personnel dévoué, mais aura eu sans doute la mauvaise expérience de patienter plusieurs heures sur un brancard avant de pouvoir quitter l'établissement... Cela pose un véritable problème.

C'est pourquoi, pour ces six millions de personnes qui ne relèvent pas des urgences mais qui s'y présentent, nous avons mis en place, depuis quelques années, des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) ou des centres de soins urgents non programmés en ambulatoire, censés éviter aux personnes concernées de devoir se rendre aux urgences.

Or, le système actuel de financement « à l'activité » n'incite pas les établissements de santé à réorienter les patients ni à travailler davantage en coopération avec ces structures ambulatoires de soins urgents non programmés, lorsque ces structures existent. J'ai moi-même rencontré des urgentistes ou des infirmières d'accueil qui m'expliquaient que proposer à un patient qui a une otite d'aller plutôt à la maison de santé qui se trouve à 500 mètres revenait à « se tirer une balle dans pied », puisque ce type de patient ne prendra pas beaucoup de temps aux équipes des services d'urgences, mais « rapportera » à l'établissement.

Permettez-moi un exemple. J'ai vu le cas d'un hôpital qui a mis en place, dans ses urgences pédiatriques, une structure de consultations externes où vont exercer des pédiatres et des médecins généralistes libéraux. Cette structure d'urgence recevait à peu près 30 000 enfants par an dans ses urgences sur-saturées. Désormais, ses équipes ont réussi à réorienter 5 000 enfants vers la structure ambulatoire. Les enfants sont donc pris en charge tout de suite, sans délai. Cela permet de réduire la surcharge de travail au sein des urgences.

Eh bien, que s'est-il passé ? L'assurance maladie a évidemment payé les consultations médicales pour les 5 000 enfants dans la maison médicale de garde, mais, de ce fait, n'a plus donné de forfait au service des urgences, au motif qu'il n'avait pas soigné. Ainsi, l'hôpital a perdu 400 000 euros. Or il n'avait pas suffisamment réduit son activité pour réduire son équipe soignante... Il faut arriver à casser ce cercle non vertueux.

C'est pourquoi j'avance une proposition qui peut paraître originale, mais qui a du sens, et qui a été mise en place dans d'autres pays avec un succès jamais démenti.

Le principe est le suivant : si le patient qui arrive avec une otite aux urgences repart avec un rendez-vous en ville ou à l'hôpital, on alloue à celui-ci, au lieu du forfait d'urgence qui est actuellement d'une centaine d'euros, un « forfait de réorientation ». Je précise que la décision de réorientation est prise par un médecin urgentiste ou, pourquoi pas, par un infirmier ou une infirmière d'accueil, dans le cadre d'un protocole bien arrêté avec les équipes médicales.

Ensuite, ce forfait de réorientation est financé par le fait que, s'il y a une solution alternative, l'hôpital ne percevra certes plus, pour le patient arrivé aux urgences pour une otite sans gravité, le tarif d'une consultation d'urgence, mais percevra tout de même celui d'une

consultation spécialisée, si bien que le dispositif n'est absolument pas coûteux ; il n'y a pas de perdants.

Troisième étage de la fusée : on parerait aux cas de renoncement aux soins pour raisons financières : si un patient est réorienté des urgences vers la médecine de ville ou vers une consultation hospitalière, il n'y aura pas de reste à charge ni de ticket modérateur.

Enfin, j'y insiste, le patient aura toujours le droit de refuser la réorientation et de dire qu'il souhaite malgré être traité aux urgences. Voilà, c'était un peu long, mais le sujet est technique et, je pense, important.

**Mme Delphine Bagarry.** Merci, monsieur le rapporteur, de nous proposer cet amendement vertueux et bénéfique à toutes les parties.

J'aurais cependant souhaité le sous-amender, mais n'ai pu le faire à cause des règles de recevabilité financière de l'article 40. J'ai à l'esprit les hôpitaux de proximité qui, souvent, accueillent et réorientent les patients vers un cabinet, une maison de santé ou une structure de soins coordonnée. Peut-être faudra-t-il suggérer à la ministre qu'elle réfléchisse à une reconnaissance de ces hôpitaux de proximité et de la mission de service public qu'ils honorent, en les faisant bénéficier de cette aide que vous proposez.

**M. Jean-Pierre Door.** Le rapporteur a raison dans son diagnostic : au moins 60 % des urgences ne sont pas réellement justifiées.

Mais le diable se cache dans les détails car, pour orienter ou réorienter, il est absolument nécessaire d'avoir des garanties sur l'organisation d'une prise en charge en ville. Or vous connaissez l'état démographique actuel de la médecine de ville... La vraie réponse est donc à chercher du côté de la réorganisation de de l'offre de soins : c'est ce que nous faisons tous, en développant les maisons médicales de garde, les maisons pluridisciplinaires de santé, les plateformes de téléconsultation...

Quant au forfait de réorientation, il revient à rémunérer l'hôpital pour avoir renvoyé le patient : ce n'est pas ce que l'on attend d'un service public, et cela me choque donc un peu.

**M. Jean-Louis Touraine.** Je suis tout à fait d'accord avec les constatations et les objectifs du rapporteur, mais je serais d'avis de préciser que le renvoi ne puisse avoir lieu qu'après avis d'un médecin du service d'urgence.

En effet, que se passera-t-il lorsqu'un malade, après avoir été reçu, sera réorienté sur décision d'un agent administratif ou d'un soignant qui n'aura pas eu le temps de l'examiner, et qu'on se rendra compte plus tard qu'il s'agissait d'une femme frappée d'un infarctus du myocarde asymptomatique, c'est-à-dire peu manifeste, ou affectée par telle autre variété de symptôme non évident ? On dira que l'hôpital n'a pas rempli sa mission et ne s'est pas rendu compte de la gravité de la situation. Il faut donc qu'il y ait, au niveau du service d'urgence, un médecin pour prendre la responsabilité d'orienter le malade. Sans cela, la chaîne de responsabilité sera extrêmement difficile à établir et nous aurons sur la conscience le fait que quelqu'un n'aura pas bénéficié du plateau technique de l'hôpital, alors qu'il aurait dû en bénéficier malgré une symptomatologie trompeuse.

Le médecin urgentiste est tout à fait capable de savoir si, derrière un symptôme trompeur, il peut y avoir quelque chose qui mérite quand même des examens à l'hôpital. Je

crois que c'est une garantie qu'il faudrait ajouter, pour être sûrs qu'il n'y aura pas demain un scandale sanitaire.

**M. Pierre Dharréville.** Je nourris de nombreuses réserves à l'endroit de cet amendement, dont on ne mesure sans doute pas bien tous les effets, y compris financiers.

Je crains qu'il n'apporte pas de vraie solution au problème qui nous occupe, et je ne crois pas qu'on puisse régler celui-ci par le biais d'incitations ou de sanctions financières.

Je ne crois pas non plus qu'on puisse dire les gens se rendraient à l'hôpital de façon abusive. Je suis également sceptique envers l'idée de payer les hôpitaux pour renvoyer les gens ailleurs : cela me semble de nature à renforcer encore le renoncement aux soins, mais aussi à créer des problèmes tels que ceux que vient d'évoquer notre collègue Jean-Louis Touraine.

Il y a tout de même une responsabilité médicale : lorsqu'on se rend aux urgences, ce n'est pas pour en être renvoyé, mais pour être vu par un médecin. Les équipes sont formées pour accueillir, de manière inconditionnelle, tous ceux et toutes celles qui viennent frapper à leur porte. Par votre amendement, vous modifiez la philosophie de l'accueil au sein des urgences. Je pense que c'est extrêmement problématique et que cela ne peut, en tout cas, se faire au détour d'un simple amendement au PLFSS.

Le problème est un problème de démographie médicale, que cet outil ne va pas régler. Il s'agit d'une mauvaise solution.

**M. Thomas Mesnier.** Monsieur le rapporteur, vous avez parfaitement posé le problème. Pour bien connaître le terrain – j'étais encore il y a quelques mois médecin urgentiste – et avoir beaucoup travaillé le sujet dans le cadre d'une mission pour l'amélioration des soins non programmés, je confirme que le biais créé par le financement à l'activité dans les services d'urgence est criant. Le système tourne en rond à cause du financement.

Certains services d'urgence procèdent déjà à la réorientation des patients, qui est permise par le code de la santé publique mais découragée par le financement actuel du système hospitalier. Cet amendement permettra de remettre du bon sens et de la vertu dans le système, de soutenir sur le terrain les services d'urgence et de retisser le lien avec la médecine de ville. Tout le monde y trouvera son compte, professionnels de santé comme patients.

**M. Brahim Hammouche.** Cet amendement me semble plutôt aller à contresens que dans le bon sens ! Il s'agit bien des services d'accueil et d'urgence, mais le terme « *accueil* » a disparu de l'appellation courante. Lorsqu'une personne se présente à l'hôpital, elle s'attend à y être accueillie, puis auscultée, diagnostiquée et se voir proposer un traitement ; elle ne s'attend pas à ce qu'on l'invite à retourner en ville consulter un médecin. Ce n'est pas le sens de sa demande.

**Mme Gisèle Biémouret.** Cet amendement soulève deux problèmes, à commencer par celui des déserts médicaux : où renvoyer le patient lorsque les médecins manquent en ville ? Par ailleurs, les services des urgences des hôpitaux en milieu rural accueillent tout le monde, et avec plaisir car cela permet de maintenir un taux d'occupation et de préserver le service, nécessaire pour les urgences vitales. Mieux vaudrait garantir le maintien des urgences dans des centres hospitaliers en milieu rural, quel que soit le nombre de passages dans leur service.

**M. Alain Bruneel.** Nous le constatons tous, il y a un monde fou aux urgences, dans les zones d'accueil et d'orientation, et les conditions sont épouvantables. J'ai visité plusieurs centres où personnes âgées et enfants, femmes et hommes se trouvaient dans la même salle, sans intimité. Il manque environ 750 médecins urgentistes. Si cet amendement a le mérite de provoquer la réflexion sur cette question, il ne réglera pas tout, ni le fait que 30 % de personnes renoncent aux soins, vous l'avez souligné, ni le déficit de personnel. La première urgence est de recruter des médecins urgentistes.

**M. Francis Vercamer.** Monsieur le rapporteur, vous traitez d'un sujet très important, celui des urgences et de l'habitude qu'ont les Français de les utiliser en premier recours. Dans ma circonscription, le service d'urgence de l'hôpital de Roubaix est saturé par les visites de premier recours. Votre amendement est intéressant mais je ne pense pas qu'il soit mûr pour passer dans le PLFSS.

Pourquoi ? Nous avons tous à l'esprit la mort scandaleuse d'une femme qui, ayant appelé le SAMU, a été réorientée vers la médecine de ville. Cela a entraîné fort légitimement une polémique par voie de presse et soulevé des questions dignes d'intérêt. C'est précisément pour éviter ce genre de situations que la réorientation doit passer par un diagnostic. Cela a un coût, qui doit être facturé par l'hôpital.

Par ailleurs, je pense qu'une telle mesure ne peut être que transitoire, l'objectif étant de traiter les déserts médicaux. Si les gens vont aux urgences en premier recours, c'est aussi parce qu'ils ne trouvent pas de médecins de ville à proximité de chez eux.

**Mme Martine Wonner.** Cet amendement est tout à fait intéressant et, dans la suite du rapport de Thomas Mesnier, propose une solution pour réduire le nombre de personnes accueillies dans les services d'urgence. Je rappelle que les mesures du plan de transformation en profondeur de notre système de santé, « ma santé 2022 » portent plutôt sur l'amont, pour éviter que les gens n'arrivent aux urgences. Je crains que cette proposition de forfait fige, ou avalise un système dont on ne veut plus aujourd'hui. Enfin, pour rebondir sur les propos de Mme Delphine Bagarry, le parcours du patient, en amont des urgences, pourrait aussi passer par les établissements de santé communautaires.

**M. Adrien Quatennens.** Nous craignons que le virage ambulatoire que vous appelez de vos vœux ne devienne, avec cet amendement, une ligne droite vers le fossé. Le fait que, demain, les urgentistes puissent faire le tri et renvoyer les patients vers la médecine libérale, alors qu'un délai dans la prise en charge peut être crucial, voire mortel, nous inquiète particulièrement.

C'est prendre le problème par le mauvais bout. Les causes menant à la saturation des services d'urgence ont été identifiées, analysées et commentées sur les différents bancs de notre assemblée. Elles tiennent aux déserts médicaux mais aussi au fait que trois Français sur dix renoncent à se soigner pour des raisons financières. Les renvoyer vers des services libéraux qui factureront ces prestations pose problème.

Si ce PLFSS avait été le cadre d'une régulation, si vous aviez fait vôtre notre proposition pour lutter contre les déserts médicaux – instaurer un corps de médecins fonctionnaires, dont les études seraient financées, et qui s'installeraient à certains endroits –, si votre objectif était de lutter contre la précarité financière, qui fait que beaucoup de nos concitoyens n'accèdent aux soins que par les services d'urgence, notamment parce que les dépassements d'honoraires sont trop nombreux, peut-être serions-nous amenés à vous suivre

dans cette logique. Sans mesures de régulation, vous passez à côté des causes profondes de la saturation des urgences. Ce n'est certainement pas en faisant de la sélection que vous réglerez le problème.

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** La question est de savoir qui procédera au tri. Un tel amendement pourrait permettre de fluidifier le système intra-hospitalier, puisque les patients pourront être adressés à un service spécialisé, mais je ne vois pas l'hôpital renvoyer un patient vers le secteur libéral sans qu'un diagnostic ait été posé. Et ce diagnostic doit être payé.

**M. Gilles Lurton.** Mme Biémouret s'étant parfaitement exprimée, je nous ferai gagner du temps en ne reposant pas la question.

**M. Bernard Perrut.** On connaît le constat : les urgences sont engorgées à tout moment du jour et de la nuit. Si votre intention est louable, monsieur le rapporteur, il manque un certain nombre d'éléments pour que l'on puisse vous suivre sur cette proposition, ne serait-ce que sur l'organisation sur le terrain. Pour que les médecins soient en capacité de recevoir le plus rapidement possible les personnes qui se présentent aux urgences, il faut une organisation territoriale, et pour cela travailler en amont sur la mise en place des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Celles-ci permettent justement aux médecins de s'organiser, en lien avec les hôpitaux. Le Président de la République lui-même a appelé il y a quelques semaines les professionnels à se structurer.

N'est-ce pas là la priorité ? Les hôpitaux doivent savoir vers quels médecins il faut renvoyer les patients. Par ailleurs, les conditions dans lesquelles s'effectuera cette réorientation posent la question de la responsabilité, dans la mesure où le pronostic vital peut être engagé dans les minutes qui suivent la sortie des urgences. Votre amendement est un appel, mais il ne peut en aucune manière résoudre le problème. D'autres éléments doivent être mis en place au préalable.

**Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.** Le problème des urgences est certainement lié à la démographie médicale, mais recruter plus d'urgentistes n'est pas une réponse immédiate, dans la mesure où former un urgentiste demande douze ans. Il faut donc agir dans l'intervalle et impulser le changement.

Certains intervenants ont posé la question du coût : il est vrai que la réorientation, le conseil prennent du temps, et que cela se valorise.

Dans les équipes, il n'y a pas que des médecins : d'autres professionnels de santé peuvent prendre part à la réorientation. Un protocole bien carré permet de savoir si un cas relève ou non d'une urgence. Et, cela a été dit, il faut compter avec les CPTS et les mesures du plan « ma santé 2022 » : on ne renverra pas les personnes dans la nature, elles seront prises en charge par les acteurs d'un réseau.

On ne le dit pas, mais les personnes accueillies aux urgences sont souvent très angoissées, sans que leur état de santé le justifie forcément, parce qu'elles n'ont pas toujours l'éducation qui leur permet d'en juger. Donnons des outils à la population pour gérer sa propre santé, et l'engorgement des services sera moindre. Mes collègues médecins généralistes le diront : les gens pourraient prendre en charge eux-mêmes bien des choses.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Ce n'est pas une proposition qui « sort du chapeau ». Elle s'inspire de plusieurs missions sur le financement des hôpitaux publics et des

urgences, ainsi que de pratiques dans les pays voisins, où le nombre de patients admis aux urgences, contrairement à ce qui s'est passé en France, n'a pas augmenté de façon massive. C'est fort de ces observations et de ces discussions, depuis plusieurs années, que je fais cette proposition.

Je rappelle que j'ai interrogé la ministre de la santé la semaine dernière sur ce point. Elle a affirmé son soutien à cette proposition et souhaité qu'elle intervienne dans le cadre de ce débat. D'ailleurs, si cela n'avait pas été le cas, je n'aurais pas pu présenter cet amendement, qui aurait pu être considéré comme une dépense.

Jean-Louis Touraine, notamment, a expliqué que le patient devait être vu par un médecin. Cela sera bien sûr le cas, sauf lorsqu'un infirmier, peut-être en pratique avancée, pourra le recevoir dans un cadre protocolisé. Mais je n'imagine pas, pour avoir fait un paquet de gardes aux urgences, que l'on puisse conseiller à une personne se présentant aux urgences avec une douleur thoracique d'aller consulter le lendemain en ville. Nous parlons bien de la petite bobologie, de l'entorse bénigne qui ne nécessite pas de radiologie, de l'otite, de petites choses évidentes. Nous sommes à dix mille lieues, monsieur Vercamer, du drame survenu à Strasbourg où une femme se plaignant d'une douleur thoracique et disant au SAMU qu'elle se sentait mourir n'a pas été prise en charge.

Nous ne parlons pas des 23 millions de patients qui arrivent aux urgences, mais des 6 millions qui en sortent sans avoir reçu le moindre acte complémentaire. Le coût moyen d'un patient accueilli aux urgences s'élève à 161 euros. S'il présente une otite ou une entorse bénigne, cela représente une part de financement non négligeable pour l'hôpital. Très clairement, celui-ci n'est pas incité à renvoyer le patient vers une consultation de ville.

La réorientation ne consiste pas à mettre à la porte un patient. C'est une équipe aux urgences qui prend son téléphone, trouve un rendez-vous avec un médecin libéral ou à l'hôpital et remet ce rendez-vous de consultation au patient. Elle doit répondre précisément à sa demande, dans les délais nécessaires. C'est effectivement un travail de fond : le patient n'est certainement pas laissé à lui-même, encore moins à la rue.

Madame Bagarry, vous avez raison de dire que les hôpitaux de proximité n'ont pas de service d'urgence mais reçoivent des patients de façon spontanée. Il n'existe pas de tarification au forfait ou à l'activité aux urgences. Il me semble intéressant de réfléchir à adapter le modèle pour les hôpitaux de proximité, pour valoriser cette activité. Je vous propose que nous en discutions directement avec la ministre en séance.

Les tarifs ne sont pas fixés dans la loi. Les fédérations seront consultées pour la mise en place du dispositif. J'ai moi-même commencé cette concertation pour trouver le juste niveau de rémunération, faire en sorte qu'il n'y ait pas de perdant avec ce dispositif. Le texte prévoit que celui-ci sera évalué à échéance de deux ans, donc à très court terme, pour vérifier sa faisabilité, son efficacité, et les conséquences sur l'offre de soins urgents non programmés pour l'ensemble des patients.

Si vous en doutez encore, interrogez un urgentiste ou un médecin qui travaille dans une maison médicale de garde : il ne lui est pas naturel de dire à un patient qui ne nécessite pas une prise en charge d'aller à 300 mètres consulter un médecin. Le système actuel n'y incite pas du tout. Je m'adresse à la gauche : cette proposition, d'une certaine manière, permet de sortir du financement à l'activité aux urgences, qui est le système de financement le plus pervers que l'on puisse trouver, lié au financement à l'activité à l'hôpital.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle est saisie des amendements identiques AS87 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS390 de Mme Jeanine Dubié.*

**M. Paul Christophe.** Les établissements publics de santé sont largement majoritaires dans l'attribution annuelle des dotations au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Cette situation, qui laisse aux autres catégories d'établissements de santé moins de 2 % de l'enveloppe nationale dédiée aux MIGAC, n'est conforme ni à la lettre de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, qui ouvre cette possibilité pour toutes les catégories d'établissements, ni aux nécessités du système de santé, qui impliquent une prise en compte plus équilibrée de l'action des établissements privés dans le champ couvert par la MIGAC.

C'est la raison pour laquelle cet amendement tend à poser un principe d'attribution équitable de ces dotations entre les différentes catégories d'établissements de santé.

**Mme Jeanine Dubié.** Une répartition très inégalitaire des dotations au titre des MIGAC ayant été constatée, cet amendement organise une attribution plus équitable entre les différentes catégories d'établissements de santé, comme le prévoit d'ailleurs l'article L. 162-22-13 du code de la Sécurité sociale.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** On retrouve ces amendements chaque année lors de l'examen du PLFSS. La loi ne favorise pas telle ou telle catégorie d'établissements de santé. La plupart des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation sont assurées dans leur définition propre par les établissements et services publics. Par voie de conséquence, les dotations sont davantage attribuées au secteur public. Toutefois, tout est un jeu d'équilibre et ce qui est donné à l'un sous une forme peut être donné à l'autre, sous une forme différente. Avis défavorable.

*La commission rejette les amendements.*

*Puis elle examine les amendements identiques AS98 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS389 de Mme Jeanine Dubié.*

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Le code de la sécurité sociale ne mentionne pas expressément la mise en œuvre des politiques européennes en matière sanitaire comme pouvant donner lieu à compensation au titre des MIGAC.

Cette proposition d'amendement vise à élargir la portée de ce texte. Cela fait suite à une note d'information du ministère des solidarités et de la santé « *visant à rappeler aux pharmacies d'officine et aux établissements de santé leurs obligations prévues par le règlement délégué (UE) 2016/161* ». Cette note d'information énonce que « *la mise en œuvre du règlement délégué nécessite des adaptations techniques et informatiques, voire organisationnelles qu'il est nécessaire d'anticiper dès maintenant pour sa mise en application effective à partir du 9 février 2019 [...] La vérification des dispositifs de sécurité constituera une opération nouvelle pour les pharmaciens d'officine et de pharmacie à usage intérieur – PUI. Elle impose que les pharmacies d'officine et les établissements de santé soient équipés d'un système permettant de vérifier l'identifiant unique de chaque boîte de médicaments* ».



La mise en œuvre du règlement délégué du 2 octobre 2015 nécessitera des réorganisations d'ampleur dans la plupart des établissements concernés, générant un surcoût important. Il importe que celui-ci soit compensé en tout ou partie par une dotation financière adaptée, au titre des aides à la contractualisation.

**Mme Jeanine Dubié.** Cet amendement concerne les conditions de mise en œuvre du règlement délégué du 2 octobre 2015, qui nécessitera des réorganisations d'ampleur dans la plupart des établissements concernés. Il importe que le surcoût important qui en découlera soit compensé en tout ou partie par une dotation financière adaptée, au titre des aides à la contractualisation. Comme l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale ne mentionne pas expressément la mise en œuvre des politiques européennes en matière sanitaire comme pouvant donner lieu à compensation au titre des MIGAC, cet amendement vise à en élargir la portée.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il est vrai que les crédits MIGAC sont attribués pour accompagner la mise en place de normes locales. Considérant que la mise en œuvre des normes européennes peut engendrer des coûts, comme ce sera le cas de la sérialisation des médicaments, vous proposez d'accompagner les établissements. Sachez que les fédérations et le ministère de la santé travaillent actuellement à la réduction des coûts de la sérialisation des médicaments.

À titre personnel, je ne suis pas défavorable à une modification des règles d'attribution des MIGAC. Ecrire dans la loi que l'on peut tenir compte des normes européennes permettrait d'augmenter les indications d'attribution. Je ne vois pas de raison de rejeter ces amendements, mais je ne suis pas certain que cette possibilité aura un impact. En séance, la ministre présentera peut-être des arguments plus étayés en défaveur de ces amendements. Pour le moment, je m'en remets à la sagesse de la commission.

*La commission adopte les amendements.*

*Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS88 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS192 de M. Stéphane Viry et AS259 de M. Jean-Carles Grelier.*

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Il s'agit de demander aux ARS de venir devant la représentation nationale pour justifier des dépenses.

**M. Jean-Carles Grelier.** Nous proposons effectivement d'inciter et d'inviter les ARS à rendre des comptes devant la représentation nationale sur l'usage qui est fait des deniers du contribuable. Je n'irai pas jusqu'à dire que la personne du député est sacrée, mais de grâce, monsieur le rapporteur, ne me faites pas la même réponse qu'à M. Vercamer en arguant de difficultés administratives !

**M. Jean-Pierre Door.** Il serait bon que les parlementaires puissent siéger aux conseils de surveillance des ARS. Une modification de la loi en ce sens permettrait de disposer des documents et notamment de connaître, ce qui est important pour les élus locaux, le détail de l'utilisation du fonds d'intervention régional et des missions d'intérêt général.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Toutes les données sont déjà publiées : l'annexe IV du rapport sur le financement des hôpitaux remis chaque année au Parlement collige la totalité de l'utilisation des MIGAC. La difficulté n'est pas administrative, elle réside

simplement dans la lecture quelque peu âpre de ce document. Je vous suggère de retirer ces amendements, faute de quoi l'avis sera défavorable.

*La commission rejette les amendements.*

*Puis elle examine l'amendement AS660 du rapporteur général.*

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Depuis un peu plus de dix ans, les établissements de santé se voient accorder des autorisations pour certains types de prise en charge, notamment la chirurgie carcinologique, dite « lourde ». Ces autorisations sont fondées sur des critères de qualité, de sécurité, mais surtout d'activité, tenant compte de seuils.

Le rapport de Guy Vallancien a démontré il y a une quinzaine d'années que lorsqu'une équipe n'a pas suffisamment de pratique en chirurgie cancérologique, le risque de complications pour le patient opéré augmente de façon sensible. Des seuils ont donc été mis en place dans les établissements de santé, ce qui a permis, avec une politique d'accompagnement des établissements, une concentration des plateaux techniques susceptibles d'opérer les malades atteints d'un cancer. Beaucoup d'établissements qui opéraient des patients ne le font plus.

Toutefois, cela n'est pas suffisant. Il faut savoir que, pour le cancer du sein, et pour ne citer que celui-ci, 4 % à 5 % des patientes, soit 2 000 femmes, sont encore opérées dans des centres qui ne disposent pas d'une autorisation, et dont l'activité est insuffisante pour garantir la sécurité et la qualité des soins. Sur 500 centres hospitaliers accueillant des patientes atteintes d'un cancer du sein, une centaine ne sont pas autorisés à le faire.

Or, avec le développement sur l'ensemble du territoire des centres de lutte contre le cancer et l'organisation de plateaux techniques dotés d'équipes très expérimentées et matures dans la prise en charge du cancer, il existe une offre. De surcroît, il ne s'agit pas d'une prise en charge en urgence, comme dans le cas d'une infection virale, puisque plusieurs semaines peuvent s'écouler entre le moment où l'indication chirurgicale est posée et l'intervention. Toute patiente peut donc être orientée. Elle peut aussi, si elle hésite sur le choix de la filière de soins, prendre conseil auprès du centre de lutte contre le cancer.

Les conséquences sont importantes. Il est attesté que la mortalité à un an et à deux ans après la chirurgie d'un cancer du sein est multipliée par 2, voire par 2,5, si la patiente a été opérée dans un centre qui n'avait pas une activité suffisante.

Or on constate qu'il n'y a pas de communication aujourd'hui entre la main gauche, qui accorde l'autorisation, et la main droite, qui finance : un établissement qui n'est pas autorisé à exercer cette activité continue de percevoir les financements qui y sont liés.

Cet amendement ne vise en aucun cas à dérembourser le patient, qui n'y est pour rien et qui n'a de surcroît aucun moyen de savoir si l'équipe qui va l'opérer est autorisée à le faire – il arrive que celle-ci ne le sache pas non plus.

Il prévoit que l'assurance maladie pourra récupérer auprès de l'établissement de santé les sommes indûment facturées au titre de la chirurgie de ces cancers. Ce remboursement n'est pas systématique, car il arrive que, dans un établissement non autorisé, des patients soient opérés en urgence – on peut découvrir au bloc un cancer de l'ovaire chez une patiente admise pour une péritonite, par exemple. Dans ce cas, l'établissement ne sera pas pénalisé. Il peut aussi arriver que, dans un établissement dont l'activité n'est pas suffisante

pour assurer la qualité et la sécurité des soins, un patient en fin de vie subisse une chirurgie compassionnelle pour le soulager de grandes douleurs, et sans avoir à attendre plusieurs semaines.

En revanche, des équipes continuent d'opérer des malades alors qu'elles ont été averties et que les risques de complications sont avérés. Dans ces cas, la désincitation financière *via* le remboursement des sommes facturées est une solution.

Cet amendement a reçu de très nombreux soutiens, notamment de la part du président de l'institut national du cancer (INCa), de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), de l'assurance maladie et de la présidente de la Ligue contre le cancer.

Il ne s'agit pas de stigmatiser qui que ce soit, mais d'améliorer l'offre de soins de qualité et la sécurité. Les seuils sont bas au regard de ce qui existe à l'étranger, et nous avons une tolérance à la pratique bien plus élevée que chez nos voisins. Pour certains cancers, les seuils sont même inexistantes. Cela ne relève pas de la loi, mais des travaux sont en cours du côté de l'INCa pour fixer des seuils là où ils n'existent pas. En chirurgie du cancer de l'ovaire, l'application d'un tel seuil ferait que 60 % des patientes actuellement traitées le seraient dans des centres sans autorisation. Vous le constatez, on peut vraiment progresser.

**Mme Gisèle Biémouret.** On ne peut être que d'accord avec vous, monsieur le rapporteur, mais avez-vous une idée des raisons pour lesquelles ces personnes se rendent dans ces établissements où elles courent de grands risques ? Est-ce seulement lié à un manque d'information ou les raisons peuvent-elles être financières ? Peut-être oriente-t-on plus facilement les plus exclus vers ces établissements qui ne sont pas « performants » – je tiens aux guillemets – parce qu'ils ne savent pas poser les bonnes questions ?

**Mme Caroline Fiat.** Il m'est difficile d'entendre parler de « performance » dans les hôpitaux. Nous sommes tous d'accord sur le fait que c'est bien la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), dont vous n'êtes pas responsables, qui a fait que les hôpitaux ont opéré de plus en plus pour survivre. La disparition de la T2A devrait permettre de remédier à cette situation.

Il faut aussi penser au fait que les plateaux techniques sont parfois très éloignés et que les patients préfèrent être opérés dans des établissements où leurs proches pourront plus facilement leur rendre visite. Je crains que des dispositions telles que celles-ci ne hâtent la fin des hôpitaux de proximité, même si la ministre a affirmé qu'ils ne disparaîtront pas.

**M. Jean-Pierre Door.** Monsieur le rapporteur, les services de chirurgie oncologique bénéficient d'autorisations délivrées par les ARS, mais aussi par les groupements hospitaliers de territoire (GHT). Cette disposition ne vise-t-elle que les établissements privés ? On voit mal, en effet, comment un établissement public pourrait rembourser un acte de chirurgie à l'assurance maladie.

**Mme Stéphanie Rist.** Cet amendement très intéressant permettra d'appuyer les projets médicaux des GHT, puisqu'il faut une graduation de la prise en charge dans les projets médicaux partagés. Pour soutenir ces projets médicaux, il est important de faire cesser le paiement là où les patients sont moins bien pris en charge.

**Mme Audrey Dufeu Schubert.** Cet amendement fort pertinent renforce la qualité et la sécurité des soins pour les patients. J'ai entendu tout à l'heure dire qu'il ne fallait pas parler

de performance dans nos hôpitaux. Je pense au contraire qu'une démocratie sanitaire digne de ce nom doit donner la même chance d'accéder aux savoir-faire techniques et à des soins de qualité quel que soit le lieu de résidence du patient. On ne peut que soutenir un tel amendement lorsque l'on sait que le taux de survie peut être deux fois moindre en fonction de l'établissement où la personne a été opérée.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Pourquoi les patients se rendent-ils dans ces établissements ? D'abord, ils ne savent pas que l'établissement n'est pas autorisé, car ce n'est pas affiché à l'entrée. Il faut que nous prenions conscience collectivement du manque de transparence existant, que nous devons combler. La semaine dernière encore, une connaissance m'a appelé pour me demander de lui conseiller un chirurgien pour un membre de sa famille – comme si des données implicites circulaient parmi les blouses blanches, les sachants, qui n'étaient pas accessibles aux patients.

Il n'y a pas d'intention de nuire ou de mal faire de la part des équipes, et loin de moi l'idée de les stigmatiser. Mais les seuils d'activité doivent être reconnus comme un indicateur de sécurité et de qualité des soins à l'échelle du territoire – la mortalité peut doubler dans les centres qui ont une activité trop faible par rapport aux centres qui ont une forte activité, grâce à l'expertise des équipes médicales et paramédicales.

C'est une chose que l'on voit dans d'autres domaines. J'étais neurologue vasculaire, et je peux vous dire que pour augmenter les chances de survie sans handicap d'un patient qui a fait un accident vasculaire cérébral, il vaut mieux qu'il soit hospitalisé dans une unité de soins intensifs neuro-vasculaires que dans un service d'ophtalmologie, ou même de neurologie générale. On le sait, l'expertise des équipes est déterminante – et c'est heureux.

La chirurgie est souvent une étape clé de la prise en charge du cancer, notamment du cancer de l'ovaire – si l'intervention rate, si un reliquat cancéreux demeure, les risques de complication et de mortalité explosent. C'est la raison pour laquelle des seuils ont été mis en place. Il faudra encore renforcer la transparence, sans doute plus à l'échelle des équipes qu'à celle des établissements.

Mme Fiat a soulevé la question de la proximité. J'avais proposé, dans le PLFSS pour 2016, de mettre en place des hôtels hospitaliers. Cela permettait de casser les inégalités territoriales d'accès aux soins spécialisés. Les femmes qui ont subi une chirurgie du sein et qui doivent montrer leur pansement tous les jours pendant huit jours sortiront plus rapidement si elles habitent à 2 kilomètres de l'hôpital ; celles qui habitent à 80 kilomètres de là resteront hospitalisées, avec les risques d'infections nosocomiales, l'inconfort et la séparation d'avec l'entourage que cela entraîne. La mise en place des hôtels hospitaliers permet de démedicaliser des prises en charge qui ne relèvent pas d'une hospitalisation à proprement parler, mais nécessitent une proximité avec les structures hospitalières. À l'époque, je n'avais pas reçu beaucoup de soutien de la part de certains groupes parlementaires, mais ce sera avec plaisir que j'en reparlerai avec vous si vous le souhaitez.

Enfin, monsieur Door, tous les établissements sont concernés. Le seuil n'est pas l'apanage d'un secteur ; c'est le critère le plus neutre que vous puissiez trouver, parce qu'il n'y a pas de convergence entre les secteurs publics et privés. Les seuils sont universels.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS83 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.*

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Le dispositif de dotation prudentielle appliqué aux établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de psychiatrie est complexe et coûteux en termes d'organisation car il nécessite une réduction des prix de journée en début d'année puis une restitution par dotation en fin d'année pour les établissements de santé concernés. Un coefficient prudentiel aurait l'avantage de rendre le mécanisme de réserve prudentielle plus lisible pour l'ensemble des parties sans modifier les éléments tarifaires. Ce changement de dispositif pourrait être réalisé sans surcoût pour l'année 2019.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Vous soulevez un vrai problème, madame la députée, mais les services informatiques de l'assurance maladie ne savent pas faire ce que vous proposez.

Le ministère de la santé planche sur une solution qui passerait non par le biais d'un coefficient prudentiel mais par la campagne tarifaire. Elle serait mise en œuvre dès la prochaine campagne, en 2019.

Je vous propose de retirer votre amendement. À défaut, j'y serai défavorable.

*L'amendement est retiré.*

*La commission examine les amendements identiques AS92 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS174 de Mme Stéphane Viry, AS260 de M. Jean-Carles Grelier et, AS381 de Mme Jeanine Dubié.*

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a opportunément permis la création d'un dispositif d'expérimentations dérogatoires au droit commun du secteur sanitaire et médico-social destiné à favoriser l'innovation dans le système de santé.

Les premiers mois de son application ont montré que les fédérations hospitalières les plus représentatives étaient dans l'impossibilité de candidater comme porteurs de projets d'expérimentation au sens des dispositions de l'article R. 162-50-5 et suivants du code de la sécurité sociale. Or, de nombreux établissements adhérents à ces fédérations trouveraient un intérêt certain à ce qu'elles-mêmes puissent, pour leur compte, candidater à de tels projets. Cela contribuerait au succès du dispositif et permettrait aux acteurs du système de santé de mieux se l'approprier.

Notre amendement consiste donc à offrir cette possibilité aux fédérations. Les modalités seraient renvoyées à un arrêté ministériel dans lequel le Gouvernement pourrait définir un mécanisme conforme aux aspirations de la réforme.

**Mme Jeanine Dubié.** Il nous paraît important que les fédérations hospitalières puissent accéder aux modalités d'expérimentation ouvertes par l'article 51 de la LFSS pour 2018.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Les fédérations hospitalières accompagnent de très nombreux projets relevant de l'article 51. Qu'elles puissent elles-mêmes porter des projets pose problème.

D'abord, les protocoles expérimentaux sont mis en place au niveau des établissements et non des fédérations. Juridiquement il serait très compliqué qu'elles engagent

leur responsabilité. Il vaut donc mieux que l'établissement soit accompagné par une fédération.

Ensuite, l'esprit de l'article 51 est de faire porter les projets par les professionnels et les structures pour être au plus près du terrain.

La participation des fédérations transpire à tous les niveaux. Il ne me semble pas utile d'aller plus loin.

**M. Gérard Cherpion.** Je suis d'accord avec votre argumentation, mais il y a souvent une convergence entre les établissements et les fédérations hospitalières.

*La commission rejette les amendements.*

*Puis elle est saisie en discussion commune des amendements identiques de Mme Claire Pitollat et de M. Thomas Mesnier.*

**Mme Claire Pitollat.** Je vais retirer mon amendement AS349 au profit de notre amendement de groupe AS525.

Il vise à étendre le champ d'expérimentation de l'article 51 de la LFSS pour 2018 aux initiatives encourageant la participation des patients à leur parcours de soins, notamment à travers l'éducation thérapeutique. Sur le plan préventif comme curatif, il est indispensable d'initier un travail de vulgarisation portant sur l'organisation de notre système de santé. Comme elle repose de plus en plus sur une logique de parcours de soins, on peut penser que si ce parcours est bien compris, il sera davantage accepté et que le patient pourra contribuer à le rendre plus pertinent et mieux adapté.

Dans la même logique, au-delà du rôle de conseil et de prescription que remplissent les personnels de santé, nous devons nous montrer plus ambitieux en matière d'éducation thérapeutique. Il s'agit d'un levier essentiel tant pour l'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins que pour la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Le cadre de l'expérimentation de l'article 51 constitue un vecteur idéal pour encourager des innovations en ce sens.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** L'éducation thérapeutique, la prévention primaire, secondaire et tertiaire font partie intégrante des protocoles expérimentaux. On ne peut pas penser la prise en charge d'une maladie chronique sans prendre en compte ces dimensions. Faut-il le préciser explicitement dans le texte ? Cela rendrait la loi bavarde. Maintenant, un tel ajout ne nuirait pas à la compréhension du projet de loi. Sagesse.

*L'amendement AS349 est retiré.*

*La commission adopte l'amendement AS525.*

*Elle en vient à l'amendement AS355 de M. Cyrille Isaac-Sibille.*

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** Depuis des années, il est question de prévention. Depuis quelques mois, le Gouvernement a rappelé qu'il s'attachait à promouvoir un système de santé fondé sur la prévention, qui est l'un des seuls leviers pour assurer la pérennité de notre système de santé.

Maintenant, il faut arrêter de se payer de mots et passer aux actes.

Nous souhaitons que la loi précise que 20 % du budget du Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) devront être consacrés à la prévention, à la promotion de la santé et à l'éducation thérapeutique.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Je partage totalement votre objectif, monsieur Isaac-Sibille. La prévention primaire, secondaire et tertiaire transpire littéralement dans l'article 51. La prise en charge des maladies chroniques ne peut se penser en dehors de la prévention.

S'agissant de la méthode, je suis opposé à ce qu'une partie du FISS soit fléchée spécifiquement pour la prévention. Pourquoi vouloir recréer des normes et des critères alors que le dispositif est décentralisé et repose sur l'initiative des acteurs de santé ? L'idée de leur confier une enveloppe globale pour la prise en charge d'un patient repose sur le pari que la prévention coûtant moins cher que le curatif, elle sera davantage mise en avant. La proportion consacrée à la prévention ira bien au-delà des 20 % que vous visez, vous le verrez.

Fixer une proportion se heurte à des obstacles pratiques. Prenons le cas d'une personne à qui l'on a posé une prothèse de la hanche. Les dépenses liées à la visite d'un ergothérapeute pour l'aménagement de son domicile feraient-elles ou non partie des 20 % ? Il est très difficile de le déterminer.

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** La prévention n'a pas beaucoup « transpiré » jusqu'à présent, monsieur le rapporteur général. Certes, il est difficile de séparer les soins de la prévention et c'est l'une des raisons pour lesquelles 98 % du financement vont aux soins. D'où la nécessité d'envoyer un signal fort en inscrivant ce pourcentage de 20 %.

**M. Francis Vercamer.** Notre groupe soutiendra cet amendement, que je considère avant tout comme un amendement d'appel. La prévention est un parent pauvre dans notre société alors qu'elle est décisive pour éviter la survenue des maladies. J'ai même déposé un amendement pour que soit créé un ONDAM dédié à la prévention au sein du budget de la sécurité sociale.

**M. Stéphane Viry.** Hier, monsieur le rapporteur, vous avez déclaré qu'il était toujours possible de revenir sur une disposition adoptée par amendement si on se rendait compte qu'elle était trop contraignante. Pour fixer un cap, il me semble important que nous inscrivions le principe d'un fléchage d'une partie du fonds vers la prévention.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Pardon d'être un peu dur, mais votre amendement, monsieur Isaac-Sibille, aurait pour effet de « flinguer » le dispositif. Comment déterminer quelles sont les dépenses qui relèvent de la prévention ? Comment chiffrer les 20 % à l'intérieur d'un protocole de soins ? Vous savez le faire ? Moi, j'en suis incapable. Pour l'insuffisance cardiaque, par exemple, le protocole de prise en charge est financé de A à Z. Si les frais liés à la partie curative, les coûts techniques notamment, allaient au-delà de 80 %, l'application de votre norme reviendrait à invalider le financement. Je veux bien réfléchir avec vous aux moyens d'instaurer des critères pour que la prévention soit partie intégrante du dispositif mais je ne peux accepter cette norme. Elle est rigide, inévaluable, inquantifiable et inapplicable.

**M. Francis Vercamer.** L'amendement a pour but de flécher des crédits vers la prévention. Il n'entend nullement chiffrer ce qui relève de la prévention et ce qui n'en relève pas.

**M. Brahim Hammouche.** Cet amendement s'inscrit pleinement dans le champ du PLFSS. Flécher des crédits, c'est établir des priorités. Mettre l'accent sur la prévention s'inscrit dans la logique de la réforme « Ma santé 2022 ».

**M. Alain Bruneel.** Effectivement ! Le Président de la République, en présentant ce plan, n'a-t-il pas dit que le système de santé devait « *mieux prévenir* » ? Je rejoins mes collègues pour dire qu'il faut qu'une ligne budgétaire soit spécialement consacrée à la prévention.

**M. Thomas Mesnier.** Après les explications du rapporteur général, nous voyons bien que cet amendement pose problème. Nous vous proposons d'en rediscuter d'ici à la séance. Pour l'heure, nous voterons contre.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS111 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS376 de Mme Jeanine Dubié.*

**M. Paul Christophe.** L'amendement AS111 vise à soumettre pour avis préalable aux fédérations hospitalières publiques et privées les mesures conventionnelles qui ont des répercussions significatives sur le pilotage et la gestion des établissements de santé, dans le cadre des concertations précédant le mécanisme d'approbation tacite ou d'opposition expresse du ministre chargé de la sécurité sociale.

**Mme Jeanine Dubié.** Il faut savoir que les fédérations ne sont pas consultées et qu'elles ne sont parfois même pas informées des discussions engagées dans ce cadre alors qu'elles sont directement concernées par les résultats de ces négociations qui ont un impact pour la construction du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et sa valorisation dans le cadre de la tarification à l'activité, qui repose sur la classification commune des actes médicaux.

Il importe que les fédérations hospitalières puissent être consultées en amont de l'élaboration des conventions, annexes et avenants conclus entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les professionnels de santé.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Avis défavorable pour les raisons invoquées auparavant au sujet d'amendements semblables.

*La commission rejette les amendements.*

*Elle en vient aux amendements identiques AS104 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS199 de M. Stéphane Viry et AS386 de Mme Jeanine Dubié.*

**M. Paul Christophe.** La publication des tarifs des établissements de santé, qui doit intervenir chaque année le 1<sup>er</sup> mars, accuse régulièrement des retards. Cela a été le cas les deux années précédentes avec pour conséquence une tension sur la trésorerie des établissements.



En l'absence du nouvel arrêté tarifaire, la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ne peut en effet accepter les factures émises pour les patients à compter du 1<sup>er</sup> mars de l'année concernée tant que la nouvelle classification n'est pas publiée. Selon les années, des dispositifs d'avances sont consentis à l'initiative des caisses ou à la demande des établissements et/ou de leurs fédérations représentatives.

Il importe d'inscrire dans la loi une disposition pérenne et claire afin de mettre fin à cette situation d'incertitude qui désorganise chaque année la gestion des établissements. Par cet amendement, nous proposons de créer un dispositif automatique d'avance de trésorerie dans le cas où les tarifs ne sont pas publiés au 1<sup>er</sup> mars.

**M. Stéphane Viry.** Cette mauvaise pratique a une incidence fâcheuse pour la trésorerie des établissements. Si nous instaurons un dispositif d'avances, cela contraindra les autorités de tutelle à publier les tarifs à temps. Si le retard persiste, les établissements disposeront de quoi assurer une meilleure gestion. Cet amendement va dans la bonne direction.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Nous voyons là encore que la fédération de l'hospitalisation privée a proposé une rédaction reprise par divers groupes. Comme j'ai moi aussi reçu ce texte, j'ai eu l'occasion de dire à cette fédération que la disposition envisagée relevait du domaine réglementaire. La loi prévoit déjà que les tarifs doivent être fixés avant une certaine date. En cas de retards et de délais, les accords avec les caisses d'assurance maladie permettent de répondre aux demandes formulées par les établissements privés. Avis défavorable.

**Mme Jeanine Dubié.** Si cet amendement revient régulièrement, ce n'est pas un hasard. Ce n'est pas parce que la loi prévoit la publication pour le 1<sup>er</sup> mars que cette échéance est respectée. Ces retards affectent aussi bien les établissements de santé que les établissements médico-sociaux. Il est de notre responsabilité de permettre à ces structures de continuer à fonctionner sans problème de trésorerie quand l'administration ne se conforme pas aux délais.

**M. Paul Christophe.** Monsieur le rapporteur général, si, d'année en année, il y a des retards, c'est que le dispositif est défaillant. On ne saurait s'en satisfaire. Il est de notre responsabilité, comme le dit Mme Dubié, de sensibiliser les pouvoirs publics à ce problème qui pénalise lourdement les établissements.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Je ne suis pas en mesure de vous dire si un dispositif fonctionne ou pas. Ce ne sont pas des directeurs d'établissement privé que j'ai rencontrés, mais les responsables d'une fédération. Quand je dis que quelque chose ne fonctionne pas, c'est que j'ai pu le vérifier par moi-même. Je vous propose de retirer ces amendements. Nous pourrions revenir dessus et si vous pensez que toutes les garanties nécessaires ne vous ont pas été apportées, vous le redéposerez pour en discuter avec la ministre en séance.

*La commission rejette les amendements.*

*Elle en vient à l'amendement AS106 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.*

**M. Paul Christophe.** Nous proposons d'instaurer une seule échelle tarifaire pour les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), qu'ils soient publics ou privés,

pendant la période de transition de la réforme du financement de l'activité SSR. Cela n'impliquerait ni augmentation de l'ONDAM ni modification des fondamentaux du financement de chacun des deux secteurs.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Avis défavorable, comme l'année dernière sur le même sujet.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle est saisie des amendements identiques AS207 de M. Gilles Lurton et AS383 de Mme Jeanine Dubié.*

**M. Gilles Lurton.** Aux termes de l'article D. 6124-304 du code de la santé publique, les structures de soins autorisées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation complète « sont tenues d'organiser la continuité des soins en dehors de leurs heures d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés ». Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires doivent ainsi s'organiser en interne pour ce faire.

Toutefois, dans le cas où l'une de ces structures ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, ce même article prévoit qu'« elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé accueillant en hospitalisation à temps complet des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure ».

Cette disposition limite inutilement aux seuls établissements autorisés en hospitalisation complète la participation à la continuité des soins des patients admis dans des structures alternatives à l'hospitalisation complète.

Le présent amendement vise donc à favoriser, en dépit de la formulation restrictive de l'article précité, l'implication des établissements d'hospitalisation à domicile dans cette prise en charge.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) a fait en 2016 un excellent rapport sur l'hospitalisation à domicile, qui évoque en partie la question de l'articulation entre services de soins infirmiers à domicile et hospitalisation à domicile. J'ai bien peur qu'un rapport du Gouvernement ne nous apprenne rien de plus, malheureusement.

**M. Gilles Lurton.** Monsieur le rapporteur général, ce n'est pas parce qu'il y a un rapport de la MECSS que le problème est résolu.

*La commission rejette les amendements.*

*Elle en vient à l'amendement AS85 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.*

**M. Paul Christophe.** Il s'agit d'un amendement de repli par rapport au précédent.

Le dispositif de dotation prudentielle appliqué aux établissements de SSR et de psychiatrie est complexe et coûteux en termes d'organisation car il nécessite une réduction des prix de journée en début d'année puis une restitution par dotation en fin d'année pour les établissements de santé concernés. Un coefficient prudentiel aurait l'avantage de rendre le mécanisme de réserve prudentielle plus lisible pour l'ensemble des parties sans modifier les

éléments tarifaires. En outre, ce changement de dispositif pourrait être réalisé sans surcoût pour l'année 2019.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Le Gouvernement travaille à une solution qui devrait entrer en vigueur avec la prochaine campagne tarifaire. Ce rapport risque donc d'arriver après la bataille. Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle rejette ensuite l'amendement AS410 de M. François Ruffin.*

*La réunion est suspendue de onze heures trente-cinq à onze heures cinquante.*

**Article 30 : Simplification de l'exercice libéral à titre accessoire pour les médecins remplaçants**

*La commission examine l'amendement AS661 du rapporteur général.*

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** L'article 30 crée un régime simplifié inspiré du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) pour les médecins ou étudiants non « thésés » exerçant des remplacements de manière très occasionnelle. Afin d'éviter les abus, le présent amendement précise que pour être éligible à ce nouveau régime social « micro-PAMC », le médecin ou l'étudiant doit exercer dans le cadre de la convention médicale.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 30 modifié.*

**Article 31 : Étendre l'objet des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) aux pratiques avancées**

*La commission est saisie de l'amendement AS471 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin.** Au lieu de créer des assistants médicaux salariés par l'assurance maladie, dont le rôle apparaît encore confus, il conviendrait d'assouplir les modalités de l'exercice pluriprofessionnel pour les différentes professions médicales existantes. L'urgence est de soulager les professionnels de santé exerçant déjà, de leur permettre de libérer du temps médical et d'expérimenter les coopérations de leur choix, sans pour autant qu'ils aient à passer par les maisons de santé. Dans ma circonscription, j'ai l'exemple de deux infirmières libérales qui aimeraient travailler ensemble en dehors d'une maison de santé mais qui se heurtent à de multiples difficultés.

Je propose donc de supprimer l'article 31.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Cet article que vous voulez supprimer offre aux maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) la possibilité de salarier des infirmiers en pratique avancée, conformément à une demande qui émane des professionnels de terrain. Ce renforcement de l'offre médicale disponible contribuera à structurer l'offre de soins ambulatoires et à lutter efficacement contre les déserts médicaux. On estime que les médecins pourront dégager 15 % à 20 % de leur temps grâce aux assistants médicaux, ce qui leur permettra de se recentrer sur leur cœur de métier, les soins prodigués aux patients.

Je suis donc défavorable à votre amendement.

**M. Jean-Pierre Door.** Les rémunérations des coordonnateurs de maisons de santé ou de sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) sont prises en charge dans les budgets des agences régionales de santé, souvent dans le cadre des fonds d'intervention régionaux (FIR). Pourquoi le salaire des assistants médicaux dépendrait-il de la sécurité sociale ?

**M. Thomas Mesnier.** Le développement des pratiques avancées et des auxiliaires médicaux en ville constitue aujourd'hui un puissant levier d'amélioration de l'accès aux soins. Cet article permet une diversification des modes de rémunération au sein des structures libérales. Dans les maisons de santé, il lève ce qui était un frein au développement des prises en charge en soins primaires. Il prévoit aussi que l'assurance maladie pourra rémunérer, par le salariat, un nouveau mode d'exercice. Nous n'y voyons que des éléments positifs de nature à améliorer l'accès aux soins, notamment pour les patients atteints de pathologies chroniques.

Le dispositif des auxiliaires médicaux a fait ses preuves. J'ai pu rencontrer certains d'entre eux dans la région Pays-de-la-Loire. Le gain de temps médical pour les médecins généralistes est manifeste.

L'un des enjeux du plan santé annoncé par le Président de la République est de soutenir le développement de cette nouvelle profession.

**M. Thibault Bazin.** Le dispositif des pratiques avancées n'est quand même pas clair. Et je crains qu'il ne traduise un profond mépris pour la médecine libérale. Que les rémunérations des assistants médicaux relèvent de la sécurité sociale et non de l'assurance maladie fait entrevoir le risque d'une nationalisation de tout notre système de santé. Si c'est cela que vous voulez, il faut aujourd'hui débattre de ce choix. Certains professionnels qui exercent déjà sortent du cadre des pratiques que vous voulez mettre en place. Si nous voulons être efficaces, nous devons d'abord voir comment ils peuvent travailler et ce qu'ils souhaitent faire en matière de coopération.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS361 de Mme Claire Pitollat et AS530 de M. Thomas Mesnier.*

**Mme Claire Pitollat.** Les pratiques avancées nous paraissent constituer un instrument prometteur pour lutter contre les déserts médicaux et améliorer l'accès aux soins. Les premières années de mise en œuvre du nouveau statut d'infirmiers en pratique avancée doivent être l'occasion de dresser un bilan afin d'évaluer non seulement leur impact en termes sanitaires et financiers mais aussi l'opportunité d'une extension à d'autres domaines de compétences et à d'autres professions de santé.

Nous souhaiterions que le ministre en charge de la santé remette au Parlement avant le 31 décembre 2020 un rapport à ce sujet.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il est très important de pouvoir évaluer le dispositif des infirmiers en pratique avancée, et je suis favorable à un tel rapport. Toutefois, je vous proposerai de le rectifier en repoussant la date de sa remise au 31 décembre 2021. Cela nous permettra d'avoir au moins un an de recul car le 31 décembre 2020, les infirmiers issus des premières promotions n'exerceront que depuis deux mois.

**M. Francis Vercamer.** Je me demande si ce rapport ne ferait pas double emploi avec le rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

**Mme Audrey Dufeu Schubert.** Le rapport envisagé irait plus en profondeur que le rapport annuel. Il ne se situerait pas sur un simple plan comptable mais tenterait de comprendre l'appropriation subjective de l'exercice en pratique avancée. Il serait donc beaucoup plus complet.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Acceptez-vous la rectification proposée par le rapporteur général, madame Pitollat ?

**Mme Claire Pitollat.** Bien sûr.

*L'amendement AS361 est retiré.*

*La commission adopte l'amendement AS530 ainsi rectifié.*

*Puis elle adopte l'article 31 modifié.*

**Article 32 :** *Renforcer l'usage du numérique et le partage d'information pour améliorer la qualité de la prise en charge*

*La commission est saisie des amendements identiques AS9 de M. Paul Christophe et AS223 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Paul Christophe.** La convention pharmaceutique signée par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire prévoit la transmission du numéro du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) du prescripteur hospitalier par le pharmacien « *dès lors que cette donnée figure sur la prescription* ». En avril 2018, plus de 62 % des ordonnances étaient déjà transmises par les pharmaciens d'officine à l'assurance maladie, et ce taux est en constante progression.

Néanmoins, il reste encore beaucoup d'ordonnances où le numéro RPPS n'est pas indiqué. Dans ces conditions, il paraît difficilement envisageable d'appliquer une sanction aux pharmacies d'officine. Elle pourrait entraîner une impossibilité d'appliquer le tiers payant aux assurés sociaux et alourdirait le travail administratif des caisses.

Nous proposons donc dans notre amendement de supprimer pour cette année l'obligation faite aux pharmaciens de transmettre ce numéro.

**M. Jean-Pierre Door.** Pourquoi sanctionner les pharmaciens d'officine pour un oubli des prescripteurs hospitaliers ? Beaucoup d'ordonnances rédigées à l'hôpital ne comportent aucune identification. Elles peuvent être rédigées par les chefs de service, même si c'est rare, par les internes ou les externes, voire par les personnels infirmiers.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Si l'on veut s'assurer que le numéro RPPS figure sur l'ordonnance du début à la fin de la chaîne, on ne peut exempter les pharmaciens de cette obligation car ils constituent un maillon essentiel de cette chaîne.

Pour dissiper toute ambiguïté, je précise que si, sur l'ordonnance transmise au pharmacien, le numéro RPPS ne figure pas ou s'il est erroné, c'est l'établissement de santé qui sera bien sûr sanctionné.

*La commission rejette les amendements.*

*Puis elle adopte l'article 32 sans modification.*

### **Après l'article 32**

*La commission examine les amendements identiques AS123 de M. Pierre Dharréville et AS562 de M. Joël Aviragnet.*

**M. Pierre Dharréville.** Le phénomène de la désertification médicale ne cesse de s'amplifier malgré de nombreuses mesures incitatives comme les aides à l'installation ou le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles. Ces dispositifs, que le Gouvernement entend renforcer dans le cadre de son plan d'accès aux soins, ont montré leurs limites.

Afin de lutter efficacement contre les déserts médicaux, le présent amendement vise à étendre aux médecins libéraux le dispositif de régulation à l'installation qui existe déjà pour plusieurs autres professionnels de santé – pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, orthophonistes.

Les agences régionales de santé (ARS) définiraient en concertation avec les syndicats médicaux des zones dans lesquelles il existe un fort excédent en matière d'offre de soins : un nouveau médecin libéral ne pourrait s'y installer en étant conventionné avec l'assurance maladie que si un autre médecin libéral cesse son activité. Le principe de la liberté d'installation demeurerait donc mais le conventionnement ne serait possible que de manière sélective.

L'adoption d'un tel principe permettrait de compléter utilement les dispositifs d'incitation à l'installation dans les zones sous-dotées mis en place dans le cadre du pacte territoire santé. Je ne prétends pas qu'il s'agit d'une solution miracle mais pour lutter contre les déserts médicaux, il est urgent de mobiliser l'ensemble des solutions disponibles, surtout lorsqu'elles ont déjà fait leurs preuves pour d'autres professions de santé.

**M. Joël Aviragnet.** Si vous me le permettez, madame la présidente, je défendrai en même temps les amendements AS562, AS565 et AS566.

Nous souscrivons totalement à l'argumentaire développé par M. Dharréville. Monsieur le rapporteur général, je suppose que vous allez m'expliquer qu'on manque partout de médecins et que le conventionnement sélectif ne résout pas le problème de la désertification. Nous assistons à un déni de la réalité de ce phénomène.

Vous avez défendu tout à l'heure un amendement destiné à inciter les personnes qui s'adressent aux urgences à se tourner vers la médecine de ville. Mais il faut bien voir que si certains de nos concitoyens vont aux urgences, c'est qu'ils ne peuvent avoir en ville des rendez-vous dans des délais raisonnables. Certains médecins ne prennent plus de nouveaux patients et il y a de longues listes d'attente.

L'an dernier, Mme la ministre m'expliquait qu'elle allait régler la question. Certes, un plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires a été élaboré. Mais un an après, je n'ai pas le sentiment que la situation soit réellement améliorée. J'en veux pour preuve que dans ma circonscription de Saint-Gaudens, il y aura quatorze médecins à la fin de l'année, contre trente-deux en 2015. Trente professionnels de santé ont créé une association afin de

développer un projet de maison de santé pluridisciplinaire. Mais vous ne me croirez pas si je vous dis que Saint-Gaudens n'est pas classée en zone non dotée. Je ne sais pas pourquoi... Cela veut dire que si un médecin veut s'installer dans cette future maison de santé pluridisciplinaire, il ne bénéficiera pas des aides de l'État à l'installation.

Vous allez certainement m'expliquer aussi que la suppression du *numerus clausus* résoudra en partie ou totalement le problème, mais je n'en suis pas persuadé. Je me souviens en effet qu'on pensait que l'accueil des médecins européens, il y a quelques années, permettrait de régler le problème des déserts médicaux puisque tous ces praticiens s'installeraient dans les zones où on en avait besoin. Mais ils ont fait comme les autres : ils se sont installés dans les villes et les zones prioritaires, en Occitanie, là où il y a la plus forte concentration de médecins, autrement dit à Toulouse, à Montpellier et au bord de la Méditerranée. Il va donc falloir faire preuve de courage politique, mais j'ai quelques inquiétudes quand je vois que ce gouvernement a reculé devant la généralisation du tiers payant. Aujourd'hui, il n'a plus beaucoup de marge de manœuvre. Je m'appête donc à revenir sur cet amendement chaque année jusqu'à la fin de cette législature.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Avis défavorable sur ces amendements.

Je ne referai pas le débat de fond que nous avons chaque année, et qui change de camp au rythme des majorités puisque Mme la ministre Marisol Touraine avait clairement exprimé son opposition à cette mesure qu'elle jugeait inefficace, injuste, et porteuse d'effets délétères sur l'organisation des soins et l'offre de soins dans les territoires.

Je signale que c'est l'actuelle majorité qui a supprimé le *numerus clausus*, qui va augmenter le nombre de centres de santé, qui crée les postes d'assistants médicaux pour épargner le temps médical et réduire les tâches administratives, et qui développe un plan d'accès aux soins. À cet égard, je vous rappelle que notre collègue M. Thomas Mesnier a remis cette semaine un rapport à Mme la ministre Agnès Buzyn, et je salue au passage les travaux importants de Mme Stéphanie Rist, dans le cadre de la mission qu'elle a conduite sur la formation initiale des médecins et la suppression du *numerus clausus*.

Je crois que les solutions existent et qu'elles sont devant vous. Répartir la pénurie d'un endroit à un autre, en déshabillant Paul pour habiller Jacques quand Paul et Jacques sont aussi peu vêtus l'un et l'autre, n'est pas un gage d'efficacité.

**M. Thomas Mesnier.** Ce débat a déjà eu lieu lors de l'examen de la proposition de loi présentée par M. Guillaume Garot en début d'année. Depuis lors, vous n'avez pas changé de position ; nous non plus. La mesure que vous proposez est une fausse bonne idée. J'en veux pour preuve ce qui a été fait à l'étranger et la gestion de la démographie médicale qui est certes difficile aujourd'hui.

Monsieur Aviragnet, vous nous parlez de courage politique, et vous voulez reprendre votre amendement jusqu'à la fin du quinquennat. Pour ma part, je regrette que la majorité précédente dont vous faisiez partie ne l'ait pas défendu alors que vous étiez en position de le faire.

Mme la ministre de la santé a lancé l'année dernière un plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires. Ce plan, dont c'est le premier anniversaire cette semaine, commence à porter ses fruits avec le développement de l'exercice coordonné et le numérique en santé.

Comme l'a indiqué le rapporteur général, je viens de remettre un rapport à Mme la ministre. Certes, les choses ne vont pas encore assez vite. En raison de la non-augmentation du numerus clausus depuis des décennies, jusqu'en 2025 les médecins qui sortiront chaque année des facultés seront moins nombreux que ceux qui partiront à la retraite. Nous mettons en place un ensemble de mesures avec le plan pour l'égal accès aux soins, et avec le plan « Ma santé 2022 » annoncé par le Président de la République, afin de dégager du temps médical parce qu'il faut aujourd'hui parler non en nombre de médecins mais en temps médical. Par ailleurs, nous prenons un certain nombre de mesures dans le cadre de ce PLFSS, comme celle que l'on vient de voter à l'article 31 et d'autres le seront encore dans le cadre de la future loi de santé.

Nous voterons donc contre ces amendements.

**M. Boris Vallaud.** Si nous avons eu le sentiment que les réponses apportées par Mme la ministre avaient été de nature à répondre au déficit de médecins, nous aurions souscrit à votre analyse.

Je n'ai jamais cru que ce soit en limitant le nombre de médecins qu'on limite le nombre d'actes, et nous considérons que la suppression du numerus clausus est une bonne idée. Cela dit, cette mesure produira ses effets dans huit à onze ans. Mais à cette époque, si vous laissez les médecins supplémentaires s'installer dans les zones surdotées, vous ne résoudrez pas le problème.

Aujourd'hui, dans les départements ruraux, c'est l'alarme, et la population met plusieurs mois avant d'obtenir un rendez-vous chez un spécialiste, voire chez un généraliste. L'argument que vous nous opposez selon lequel nous aurions dû le faire plus tôt est un peu court. Au bout de dix-huit mois, les choses finissent par être votre bilan. Or il n'est pas toujours celui attendu.

**M. Pierre Dharréville.** Monsieur le rapporteur général, nous proposons une disposition assez pragmatique qui pourrait avoir des effets assez visibles dans nos territoires. J'ai pris la précaution de dire que ce n'était pas la solution miracle, mais qu'elle pouvait venir en complément d'autres dispositions. Vous vous êtes livré à un long plaidoyer, vous avez énoncé tout ce que votre majorité avait fait de formidable et je ne vous en fais pas le reproche.

Nous demandons depuis de nombreuses années la suppression du numerus clausus.

**Mme Monique Iborra.** C'est ce que nous faisons aujourd'hui !

**M. Pierre Dharréville.** Je l'ai bien compris, mais cela ne suffit pas. Encore faut-il se donner les moyens de former davantage de médecins. Or je n'ai pas le sentiment d'avoir de réponse en la matière.

Je le dis franchement : la suppression du numerus clausus est une bonne mesure, mais cela ne doit pas se limiter à un effet d'annonce. Or nous sommes habitués à la politique du slogan.

Nous aurons également une discussion sur les centres de santé qui jusqu'à présent ont été écartés du périmètre des assistants médicaux et il nous faudra aussi revenir sur la fonction véritable de ces assistants médicaux.



**Mme Delphine Bagarry.** Je me suis toujours demandé comment réguler cette profession libérale qui n'en est peut-être pas une puisqu'elle a une mission indéniable de service public. Avec une telle mesure, on pourrait peut-être aussi inciter malheureusement, au vu de cette démographie médicale qui baisse, certains praticiens à ne pas accepter ce conventionnement et de fait créer une médecine à deux vitesses, ce que nous ne voulons pas. Du coup, dans certains territoires, comme on n'a pas le choix, on consultera le médecin qui n'est pas conventionné et de fait on ne sera pas remboursé. Telle est la réflexion que je souhaitais vous soumettre, en vous précisant que je n'ai pas de réponse.

*La commission rejette les amendements.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette successivement les amendements AS565 et AS566 de M. Joël Aviragnet.*

**Article 33 :** *Une santé sans frais en optique, aides auditives et prothèses dentaires*

*La commission est saisie des amendements identiques AS62 de M. Gilles Lurton, AS210 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS328 de Mme Nathalie Elimas et AS512 de Mme Fadila Khattabi.*

**M. Gilles Lurton.** L'amendement AS62 prévoit que tout devis remis par un professionnel de santé à un assuré lors de la vente comporte obligatoirement les modalités de prise en charge par les organismes d'assurance maladie complémentaire. En effet, dans le cadre de la mise en place du « 100 % santé », les organismes complémentaires se sont engagés à améliorer la lisibilité des contrats et leur comparaison afin de faciliter un choix éclairé du consommateur. Ils se sont ainsi engagés à ce que tous les contrats comportent un tableau de garanties avec des libellés communs pour les grands postes de soins et un tableau d'exemples de remboursement exprimés en euros. Toutefois, dans son avis rendu en juin 2018, le Comité consultatif du secteur financier (CCSF) regrettait le caractère non contraignant de cette mesure ainsi que l'absence de toute disposition visant à permettre à l'assuré de connaître le montant de son remboursement par sa mutuelle au moment du choix de son équipement correcteur.

**Mme Fadila Khattabi.** L'amendement AS512 propose de renforcer la lisibilité des contrats et des devis transmis par les complémentaires santé à leurs assurés pour tout ce qui concerne la vente d'appareillage auditif et optique. Ainsi que cela a été rappelé ce matin, l'accès à certains soins et équipements, comme les lunettes et les aides auditives, s'avère encore compliqué pour un grand nombre de nos concitoyens pour différentes raisons : des restes à charge souvent élevés, mais aussi un manque de transparence et d'information de la part de certaines complémentaires santé.

À la suite d'une préconisation de la Cour des comptes et en cohérence avec les mesures annoncées par le Gouvernement qui propose de renforcer l'accès aux soins optiques, dentaires et d'audiologie, cet amendement propose de contraindre toutes les complémentaires santé à indiquer de manière claire sur les devis délivrés aux assurés le montant de la prise en charge.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Je tiens à saluer l'article 33 du PLFSS pour 2019 qui est la concrétisation dans la loi d'un engagement présidentiel mis en œuvre par Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, et qui fera date puisqu'il s'agit du fameux dispositif du « reste à charge zéro » ou « 100 % santé ». Il s'agit de permettre demain

à tous les assurés de pouvoir s'équiper en audio-prothèses pour pouvoir bien entendre, en prothèses dentaires pour pouvoir bien manger et pouvoir sourire, et en optique pour pouvoir bien voir. Actuellement, le reste à charge est supérieur à 4 milliards d'euros, avec un renoncement aux soins qui est extrêmement important dans certains secteurs, notamment dans le secteur de l'audiologie.

Cet engagement trouve une concrétisation à travers le PLFSS qui prévoit dans cet article 33 plusieurs dispositions : le relèvement des bases de remboursement de la sécurité sociale, c'est-à-dire la participation de l'assurance maladie au « 100 % santé », la fixation de prix limite de vente sur le panier « 100 % santé », qui s'adresse aux professionnels des secteurs concernés, et la couverture obligatoire du reste à charge par les complémentaires santé dans le cadre des contrats responsables, pour les produits du panier « 100 % santé ».

Vous nous présentez une série d'amendements identiques qui ont moins de rapport avec le « 100 % santé » qu'avec l'obligation de renforcer la transparence dans les contrats des complémentaires santé. Si j'en partage l'objectif, ces amendements ne me semblent pas permettre d'y répondre. Tout d'abord la mention « *le cas échéant* » que vous voulez supprimer signifie en réalité « *si l'information est disponible pour l'opticien* », ce qui peut ne pas être le cas si l'assuré n'a pas de complémentaire ou si l'organisme refuse de transmettre l'information à l'opticien. Or la transmission d'informations ne saurait être rendue obligatoire, car rendre systématique la mention de la part complémentaire risquerait de renforcer les pratiques inflationnistes qui consistent à tarifer à hauteur du plafond de prise en charge de la complémentaire.

Par ailleurs, des actions sont en cours pour améliorer la lisibilité des contrats et des garanties parce qu'il est clair que l'on partait de très loin.

Récemment, le 19 juin 2018, le Comité consultatif du secteur financier (CCSF) a approuvé un dispositif de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) permettant d'harmoniser la présentation des conditions de prise en charge des complémentaires santé.

Je vous propose donc de retirer ces amendements.

**M. Boris Vallaud.** Nous soutenons le « 100 % santé », mais j'ai bien compris qu'il s'agissait non d'un « 100 % sécurité sociale », mais d'un « 100 % après intervention des complémentaires santé ». Cette mesure concerne-t-elle 100 % des Français, sachant qu'un certain nombre de personnes ne bénéficient pas d'une complémentaire santé ?

Par ailleurs, la mesure est-elle vraiment juste sur le plan social, dans la mesure où l'on sait que les primes et les cotisations pèsent davantage sur les ménages modestes que sur les ménages aisés ? La bonne mesure sociale n'aurait-elle pas été une prise en charge à 100 % par la sécurité sociale ?

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** La notion même de reste à charge est supprimée sur des paniers de soins de qualité dans le domaine de l'optique, des aides auditives et des prothèses dentaires. Je comprends que cela puisse surprendre, car il s'agit d'une mesure d'ampleur qui concerne tous les assurés.

La question de la réduction des inégalités sociales fera l'objet de l'article 34 relatif à cette très belle proposition de transformation de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire

santé (ACS) en une couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) étendue, qui renforce les droits pour les plus fragiles.

*L'amendement AS512 est retiré.*

*La commission rejette les amendements AS62, AS210 et AS328.*

*Elle en vient à l'amendement AS226 de M. Pierre Dharréville.*

**M. Alain Bruneel.** Pour une meilleure efficacité du dispositif du reste à charge zéro, il convient d'en mesurer l'impact sur les familles, de le réévaluer si besoin, et de vérifier si le taux de renoncement aux soins évolue. Au vu des résultats, il conviendra de prendre les mesures adéquates.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il est en effet important de pouvoir évaluer le dispositif du reste à charge zéro pour s'assurer de sa mise en œuvre effective, ce que prévoit l'article 33 à travers une évaluation et un suivi de la qualité de la prise en charge des assurés et des produits du panier « 100 % santé ». Seront notamment évalués la satisfaction des patients à travers des questionnaires, et le respect de l'obligation pour les fabricants et les distributeurs de proposer ou de disposer de produits ou de prestations du panier « 100 % santé ». Ce dispositif de suivi sera d'ailleurs précisé par décret avec la mise en place de trois instances chargées de suivre la mise en œuvre de la réforme sur l'accès aux soins et le coût des complémentaires notamment. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sera partie prenante de cette évaluation.

Aussi votre amendement est-il pleinement satisfait. Je vous demande donc de le retirer. À défaut, j'émetts un avis défavorable.

*L'amendement est retiré.*

*La commission étudie ensuite l'amendement AS2 M. Sylvain Maillard.*

**M. Sylvain Maillard.** Le projet de loi prévoit que les contrats collectifs d'entreprise devront se mettre en conformité avec les nouvelles dispositions du contrat responsable incluant le reste à charge zéro à compter de 2020, comme les contrats individuels. Or, pour les contrats collectifs les processus préalables de mise en conformité sont conséquents, car ils relèvent de la négociation collective de branche et/ou d'entreprise. En effet, pour se mettre en conformité, les contrats collectifs doivent notamment inclure des délais de négociation collective au sein des branches professionnelles ou au sein des entreprises. Nous proposons donc de repousser d'une année l'application de la mesure qui entrerait en vigueur au plus tard le 31 décembre 2021.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Lors des auditions, les représentants des organismes des complémentaires santé nous ont fait part de leurs craintes de ne pas être en mesure de mettre en place le dispositif en temps et en heure. Toutefois, différer l'entrée en vigueur de la mesure pénaliserait les plus fragiles qui ne verraient pas l'impact favorable du reste à charge zéro pendant un an supplémentaire.

Par ailleurs, cela fait maintenant plusieurs mois que les conditions sont connues, et il reste plus d'un an avant l'application concrète de la mesure puisque les organismes ont jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2020 pour mettre en œuvre les critères issus de la négociation collective des contrats.

Votre amendement ferait donc perdre un an aux Français qui attendent vraiment cette réforme pour pouvoir enfin s'équiper, bien voir, bien manger, bien sourire et bien entendre.

*L'amendement est retiré.*

*La commission est saisie des amendements identiques AS96 de Mme Isabelle Valentin, AS195 de M. Stéphane Viry et AS611 de M. Bernard Perrut.*

**Mme Isabelle Valentin.** Compte tenu des nouvelles obligations afférentes à ce changement et des délais impartis pour les réaliser, il est essentiel de laisser aux entreprises le temps nécessaire de mettre en forme ces nouvelles dispositions, notamment pour les plus petites entreprises.

**M. Stéphane Viry.** L'amendement de M. Maillard me plaisait bien car il visait aussi bien l'intérêt des salariés que de l'entreprise. Chacun sait que le délai est contraint. Dans un souci d'efficacité de la mesure et par respect pour les entreprises, et notamment les plus petites d'entre elles, il faut savoir parfois reporter d'une année une vraie belle réforme, puisque vous la décrivez comme telle. Je me mets à la place des entreprises qui sont souvent contraintes, qui ont parfois le sentiment qu'on ne se préoccupe pas vraiment d'elles. Si elles ne sont pas à jour au 1<sup>er</sup> janvier 2020, elles s'exposeront à des pénalités.

C'est la raison pour laquelle, au-delà des arguments développés par M. Maillard, je propose de substituer l'année 2021 à l'année 2020.

**M. Bernard Perrut.** Mon amendement vise à donner du temps aux entreprises.

Nous sommes face à une très belle réforme, puisqu'il s'agit de donner à tous les Français un accès à des soins pris en charge à 100 % dans les domaines optique, audiologique et dentaire, avec des conséquences pour les entreprises sous la forme de nouvelles décisions unilatérales des employeurs ou d'accords collectifs d'entreprise renégociés afin de pouvoir continuer à bénéficier d'exonérations sociales liées aux contrats frais de santé.

Si les entreprises ne sont pas prêtes à la date voulue, elles perdront le bénéfice de l'exclusion de l'assiette des cotisations au financement patronal, l'application du taux réduit de taxe de solidarité additionnelle (TSA) et le crédit d'impôt de TSA dans le cadre de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Par conséquent, il est bon de se donner le temps pour que cette réforme d'ampleur puisse être appliquée dans de bonnes conditions, et de faire confiance aux entreprises pour que tout soit prêt en 2021 et non en 2020.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Mêmes arguments que tout à l'heure. Avis défavorable.

**M. Jean-Pierre Door.** Monsieur le rapporteur général, le calendrier est très serré. Les organismes complémentaires estiment aussi qu'il faut se donner un peu de temps. Des négociations sur les contrats responsables vont avoir lieu et il conviendra qu'il y ait une montée en charge progressive. Vous ne savez pas, et nous ne savons pas si les cotisations auprès des assurés augmenteront ou non. C'est à eux d'y réfléchir, et ils nous le disent. Reporter l'entrée en vigueur de la mesure en 2021 constituerait peut-être une solution pour résoudre tous ces problèmes et rendre opérationnel votre projet.

*La commission rejette les amendements.*

*Puis elle examine l'amendement AS370 de M. Jean-Hugues Ratenon.*

**M. Jean-Hugues Ratenon.** La réforme induite dans cet article irait dans le bon sens si elle se faisait de façon indolore et sans atteinte à l'égalité face à l'offre de soins. Mais il ne semble pas que ce soit le cas. Dans son avis du 3 octobre dernier, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) déclare : « *Cette réforme aura des conséquences importantes en termes d'évolution des offres des complémentaires santé, de leurs systèmes de gestion mais aussi de remboursement de la part complémentaire et donc, in fine, de tarifs de nombreux contrats, notamment pour ceux dont les garanties sont moins couvrantes aujourd'hui* ».

Le cabinet de conseil Mercer estime quant à lui que « *le projet de reste à charge zéro aura inéluctablement un impact financier sur les contrats souscrits par les entreprises. Quelle que soit la solution retenue, la couverture du reste à charge actuel ne peut s'imaginer que par la seule négociation tarifaire avec les professionnels de santé* ». Comment alors croire en un miraculeux reste à charge zéro pour les assurés si la probabilité de voir les cotisations augmenter est forte ?

Il nous semble que pour aller jusqu'au bout de sa promesse, le Gouvernement doit garantir dans la loi que les négociations n'aurent pas de conséquences sur le coût des complémentaires. Tel est l'objet de cet amendement.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Ma réponse sur cet amendement vaudra aussi pour les deux suivants.

Vous avez une idée reçue selon laquelle ce sont les complémentaires santé qui seront les plus soumises à contribution dans le cadre du reste à charge zéro. D'après les chiffres dont nous disposons, les complémentaires santé devront consentir un effort de 250 millions d'euros environ, ce qui représente environ 0,45 % des 56 milliards d'euros de cotisations qu'elles reçoivent.

Le comité de suivi dont j'ai parlé tout à l'heure devra s'assurer de la bonne application de la réforme. Il sera extrêmement attentif à l'évolution éventuelle des primes des complémentaires santé.

L'autre idée reçue réside dans le fait que la sécurité sociale participerait peu ou pas à cet effort. Or, elle participera à hauteur de 750 millions d'euros, ce qui représente près des trois quarts de l'effort financier.

Je suis donc défavorable à cet amendement.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle en vient à l'amendement AS309 de Mme Annie Vidal.*

**Mme Annie Vidal.** Le plan « 100 % santé » est une mesure phare pour l'accès aux soins, notamment des plus modestes. Il est important de s'assurer de la bonne application des mesures prévues dans ce plan, à savoir un remboursement intégral des frais en optique, aides auditives et prothèses dentaires.

L'amendement propose la mise en place d'un comité de suivi qui aura notamment pour objet de proposer des analyses micro et macro-économiques de cette mise en place, de

caractériser les personnes qui auront pu bénéficier de cette offre, d'évaluer la qualité des prestations proposées ainsi que l'impact direct sur le pouvoir d'achat des Français, et enfin de mesurer l'évolution du renoncement aux soins et l'impact sur les finances publiques.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Je propose le retrait de cet amendement, pour les raisons évoquées à l'instant.

*L'amendement est retiré.*

*La commission examine l'amendement AS546 de M. Joël Aviragnet.*

**Mme Éricka Bareigts.** J'ai bien entendu ce que vient de nous dire le rapporteur général. Toutefois, nous souhaitons insister sur ce point car nous craignons que les prix des complémentaires santé n'augmentent, sachant que le poids de cette hausse sera bien évidemment plus important pour les revenus les plus modestes.

Voilà pourquoi nous souhaitons la mise en place d'un comité chargé du suivi de l'application de la mesure, le montant des complémentaires santé ayant augmenté depuis quelque temps.

**M. Pierre Dharréville.** Il nous semble important de bénéficier de dispositifs de suivi assez établis. Hier, on nous a parlé d'un montant de l'ordre de 250 millions d'euros, ce qui paraît exorbitant. De toute manière, ces 250 millions vont se répercuter inévitablement sur les assurés sociaux. Monsieur le rapporteur général, cela vous paraît peu de chose au regard de la masse globale, mais cela va réduire le pouvoir d'achat des Françaises et des Français.

Si le reste à charge zéro nous semble être une bonne idée, nous estimons qu'il devrait être pris en charge par la sécurité sociale. Nous souhaitons que sa mise en œuvre fasse l'objet d'une analyse précise car il faut éviter que ce soit un panier de soins *low cost* ou qu'il ait un impact sur le reste des dépenses de santé. Il convient donc d'être très attentifs aux effets collatéraux que pourrait avoir la mesure.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 33 sans modification.*

## **Chapitre I<sup>er</sup>**

### **Lever les obstacles financiers à l'accès aux droits et aux soins**

**Article 34 :** *Amélioration du recours aux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire santé*

*La commission est saisie de l'amendement AS350 de M. Cyrille Isaac-Sibille.*

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** Cet amendement vise à redéfinir les conditions de prise en charge des frais de santé des pensionnés résidant à l'étranger, en portant de quinze à trente ans la durée minimale d'assurance de l'assuré pour prétendre au remboursement de ses frais de santé par l'assurance maladie. Comme ces personnes résident à l'étranger, elles ne participent pas aux cotisations ni à l'effort national.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** L'article 34 est un très bel article du PLFSS qui vise à améliorer l'accès à une complémentaire santé pour les Français dont les revenus

sont trop importants pour qu'ils puissent avoir droit à la CMU complémentaire, tout en étant en dessous du seuil de pauvreté. Actuellement, entre 1 million et 1,5 million de personnes bénéficient de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Le taux de non-recours est important parce que le dispositif est complexe. En fait, vous devez prendre une complémentaire santé, l'État vous donnant un chèque pour payer une partie des frais. Étant donné que le reste à charge des bénéficiaires de l'ACS reste important et que le niveau de couverture n'est pas optimal, ce dispositif est supprimé. Tous ceux qui bénéficiaient de l'ACS relèveront désormais de la CMU complémentaire, dont le niveau de couverture est supérieur et le reste à charge inférieur. Cette réforme, qui représente un investissement important pour l'État, réduira le taux de non-recours, et améliorera la couverture des soins. Par exemple, avec ce nouveau mécanisme, un retraité modeste économisera environ 30 euros par mois sur sa complémentaire santé. Avec une pension inférieure à 1 000 euros par mois, nul besoin de faire un calcul pour savoir que cela représente un avantage important et une réduction des inégalités sociales de santé.

Or, cet article semble passer quasiment inaperçu puisqu'un seul amendement a été déposé, alors qu'il s'agit d'une réforme majeure qui réduira le non-recours aux soins, favorisera l'accès aux soins pour les personnes les plus modestes, notamment les retraités.

Monsieur Isaac-Sibille, vous proposez de porter à trente ans la durée minimale d'assurance pour bénéficier de la prise en charge des frais de santé lors d'un séjour en France. Une durée de quinze ans minimum me paraît plus équilibrée, comme le préconisait notre collègue Anne Genetet dans son rapport de juin 2018 consacré à la mobilité internationale des Français. La durée d'assurance de quinze ans avant de pouvoir bénéficier de la protection sociale lorsque vous partez vous installer à l'étranger peut être considérée comme le juste équilibre entre la solidarité nationale dont bénéficient certains retraités non-résidents et l'effort de contribution pour pouvoir bénéficier des prestations.

Je vous propose donc de retirer votre amendement. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

*L'amendement est retiré.*

**M. Pierre Dharréville.** Monsieur le rapporteur général, tout à l'heure vous avez expliqué que l'ensemble des assurés seraient concernés par le reste à charge zéro. Or, sachant que 4 millions de personnes n'ont pas de complémentaire santé, je n'ai pas bien compris quel dispositif vous permet de régler ce problème.

Je veux dire quelques mots sur l'article 34, car j'ai senti comme un appel de votre part. En la matière, nous avons plusieurs interrogations, voire des réserves. D'abord, les seuils retenus pour bénéficier du dispositif paraissent faibles, en dessous du seuil de pauvreté, à 60 % du revenu médian, qui est de 1 026 euros par mois. Ensuite, on peut se demander quel sera le périmètre du panier de soins faisant l'objet d'une prise en charge dans le cadre de la CMU-C rénovée. Enfin, cette réforme qui coûtera 580 millions d'euros jusqu'en 2022 sera en partie financée par les complémentaires santé *via* la TSA qui alimente le fonds CMU, ce qui aura nécessairement un impact sur les cotisations mutualistes. C'est un mode de financement qui met l'ensemble des cotisants mutualistes à contribution.

**Mme Michèle de Vaucouleurs.** L'article 34, qui prévoit l'extension de la CMU-C aux bénéficiaires de l'ACS dans un souci de simplification et afin de lutter contre un non-recours à cette aide trop important, répond à un objectif qu'il convient bien évidemment de

saluer. Toutefois, une interrogation subsiste quant à la qualité des soins proposés. Des organisations de professionnels de santé ont ainsi pointé le fait que les bénéficiaires de l'ACS ne bénéficieront pas du panier « 100 % santé » mais du panier CMU qui est moins bien loti. Si cela était confirmé, il semblerait dommage qu'au titre d'une simplification certes attendue, les bénéficiaires de l'ACS ne puissent accéder au panier « 100 % santé ». J'attends donc les explications du rapporteur général.

**Mme Charlotte Lecocq.** Il s'agit d'une vraie mesure de simplification qui permettra surtout de limiter très fortement le non-recours aux soins pour des raisons financières, en particulier pour les personnes âgées, les personnes retraitées, celles dont les frais de santé sont particulièrement élevés. Comme l'a souligné le rapporteur général, c'est une mesure forte et emblématique du plan pauvreté qu'il nous faut absolument soutenir.

**M. Boris Vallaud.** Je n'ai pas bien compris si ceux qui n'ont pas de complémentaire santé bénéficieront d'un remboursement à 100 % des frais de prothèses. Quel sera l'impact sur le niveau des cotisations des revenus les plus modestes ?

**M. Pierre Dharréville.** À partir de 735 euros de ressources et jusqu'à 991 euros par mois, les personnes pourront bénéficier d'une CMU contributive pour 30 euros par mois, ce qui est considérable eu égard à ce niveau de revenu.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Nous avons été quelques-uns à plaider pendant plusieurs années pour que soient renforcés les droits des bénéficiaires de l'ACS, qu'on remplace ce dispositif, et qu'on augmente le nombre de Français pouvant bénéficier d'une meilleure couverture grâce à la CMU-C. Je veux bien entendre des critiques de principe, mais on doit pouvoir aussi être capable de saluer une mesure qui renforce l'accès aux soins pour les plus fragiles. Cette mesure sociale est inattaquable.

Monsieur Dharréville, je précise qu'il s'agit de 30 euros maximum par mois, soit un euro par jour au maximum, et que ce maximum ne concernerait que les personnes âgées de soixante-quinze ans et plus. Cette somme sera bien inférieure pour l'immense majorité des bénéficiaires de la CMU-C.

Les personnes qui paieront 30 euros devaient déboursier jusqu'à présent plus de 60 euros pour avoir une moins bonne couverture. On ne peut donc que saluer, au-delà des clivages politiques que l'on peut avoir sur d'autres sujets, un dispositif qui permet de passer, en moyenne, de plus de 60 euros à moins de 30 euros de cotisations, tout en renforçant les droits et la couverture.

Madame de Vaucouleurs, la couverture de la CMU contributive est plus importante, donc plus avantageuse que celle du panier « 100 % santé ». Les aides auditives, les frais d'optique et les prothèses sont prises en charge à 100 %, les personnes en situation de handicap bénéficient également d'une prise en charge à 100 % des fauteuils roulants, des cannes et des orthèses. Tous les dispositifs pour les personnes qui ont une stomie sont également pris en charge à 100 %. On améliore ainsi le panier de soins pris en charge à 100 % pour l'ensemble des personnes aujourd'hui éligibles à l'ACS. Le plafond de ressources pour bénéficier de cette aide avait été relevé lors de la précédente législature, pour le porter au niveau du seuil de pauvreté. Le plafond reste le même. Vous demandez qu'un geste soit fait en direction de ceux qui sont un peu au-dessus du seuil de pauvreté. En la matière, on avance progressivement.



On peut saluer cette mesure qui permettra tout de même d'améliorer la couverture et l'accès aux soins de 1,5 million à 2 millions de Français. Encouragez-nous à aller plus loin : nous irons avec vous.

*La commission adopte l'article 34 sans modification.*

#### **Après l'article 34**

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement AS204 de M. Emmanuel Maquet.*

*Puis elle en vient à l'amendement AS424 de Mme Caroline Fiat.*

**M. Jean-Hugues Ratenon.** Avec un reste à charge estimé à 22 milliards d'euros par an, la France n'atteint pas l'objectif d'une santé accessible pour toutes et tous. Pourtant, le droit pour chacun d'accéder aux soins dont il a besoin est inscrit dans le préambule de la Constitution et réaffirmé dans le code de la santé publique.

Alors que le Gouvernement a tenu à fêter les soixante ans de la Constitution, les députés membres du groupe La France insoumise souhaitent faire respecter ce droit constitutionnel. C'est pour cette raison que nous proposons d'envisager la mise en place du « 100 % sécu ». La sécurité sociale prendrait ainsi en charge tout le coût des soins, part des complémentaires et reste à charge compris.

La socialisation des complémentaires permettrait d'amortir le coût de cette réforme en transférant à la sécurité sociale la part des cotisations aux complémentaires des salariés. Cette réforme permettrait aussi des économies importantes en matière de gestion administrative et de niches fiscales, lesquelles permettraient de financer le tiers de la reprise du reste à charge actuel.

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

**Article 35 :** *Exonération du ticket modérateur sur les soins de ville pour les personnes modestes à Mayotte*

*La commission adopte l'article 35, sans modification.*

#### **Après l'article 35**

*La commission est saisie de l'amendement AS575 de M. Joël Aviragnet.*

**M. Joël Aviragnet.** Cet amendement prévoit la généralisation du tiers payant. En termes de justice sociale, l'avance des frais au cabinet peut constituer un frein pour certains assurés. Le renoncement aux soins concerne une proportion croissante d'assurés, environ le tiers de nos concitoyens sont concernés. Le tiers payant permet de rétablir l'accès de chacun aux soins dont il a besoin.

Sur ce point, monsieur Mesnier, vous ne pourrez pas nous dire que nous n'avons rien fait pendant la législature précédente, puisque nous l'avons fait et que vous l'avez supprimé. Une fois de plus, sans paraphraser Nicolas Hulot, vous avez cédé devant les lobbies. C'est pour cela que je parle d'absence de courage politique.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Nous débattons du tiers payant généralisé, comme nous l'avons fait l'année dernière.

Rappelons que les personnes les plus fragiles bénéficient déjà du tiers payant généralisé : bénéficiaires de l'assurance maternité ; bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée ; bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, qui seront demain les bénéficiaires de la CMU-C étendue.

La généralisation du tiers payant reste bien un objectif à terme, comme l'a dit la ministre de la santé. Pour rappel, en 2016, c'est le Conseil constitutionnel qui a censuré la généralisation de la part complémentaire, prévue par la loi de modernisation de notre système de santé. Il a justifié sa censure par l'absence de garanties apportées aux professionnels quant à l'applicabilité réelle du tiers payant généralisé intégral.

À la fin de l'année 2017, un rapport de l'IGAS remis à la ministre de la santé faisait état de difficultés concrètes concernant l'application du tiers payant généralisé. Il concluait qu'il s'agit d'un chantier important, qui doit s'étaler sur plusieurs années.

Depuis, la concertation a permis de faire émerger un calendrier partagé de déploiement des outils techniques nécessaires qui permettront une mise en œuvre fiable pour les professionnels de santé.

Je propose donc un retrait des amendements sur la généralisation du tiers payant à la suite de ces explications. Autrement, avis défavorable sur l'ensemble de ces amendements.

*La commission rejette l'amendement n° 575.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette l'amendement AS435 de M. Jean-Hugues Ratenon.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS121 de M. Pierre Dharréville.*

**M. Pierre Dharréville.** Vous connaissez notre attachement au déploiement du tiers payant généralisé, et non « généralisable ». L'objet de cet amendement est plus modeste, il tend à instaurer le tiers payant généralisé sur les soins dentaires, optiques et les audioprothèses pris en charge dans le cadre du « 100 % santé ». Il paraît pertinent que les personnes qui en bénéficient soient également exonérées de l'avance des frais au moment de la consultation. La mise en place d'un tiers payant intégral pour les bénéficiaires du reste à charge zéro permettrait ainsi de compléter utilement cette réforme en limitant le renoncement aux soins.

Je propose que cette expérimentation soit limitée au département des Bouches-du-Rhône, qui semble en mesure de l'accueillir. Cela permettrait de conforter la démarche du reste à charge zéro, et sans doute d'engager une expérimentation utile pour le développement du tiers payant généralisé.

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

*Elle est ensuite saisie de l'amendement AS122 de M. Pierre Dharréville.*

**M. Alain Bruneel.** Cet amendement vise à améliorer l'accès aux soins des étudiants. Selon l'observatoire de la vie étudiante, 36 % des étudiants ont renoncé à se soigner au cours des douze derniers mois, dont 25 % pour des raisons financières, et 87 % des étudiants n'utilisent pas le service de santé de leur université.

Pour limiter le renoncement aux soins au sein de cette population, il est proposé une extension du tiers payant aux étudiants affiliés au régime général de la Sécurité sociale.

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

*Elle en vient à l'amendement AS563 de M. Joël Aviragnet.*

**M. Joël Aviragnet.** La mise en place du tiers payant dans les maisons de santé pourrait être une première étape du calendrier partagé auquel le rapporteur général faisait allusion.

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

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette successivement les amendements AS564 de M. Joël Aviragnet, AS490 de Mme Caroline Fiat et AS305 de M. Jean-Hugues Ratenon.*

*Elle est ensuite saisie de l'amendement AS449 de M. Adrien Quatennens.*

**M. Jean-Hugues Ratenon.** L'accès effectif aux soins des personnes en situation de précarité est entravé par un phénomène persistant de non-recours, et des ruptures de droit à la couverture maladie. La complexité des démarches administratives et la coexistence de plusieurs dispositifs ont des conséquences négatives sur les plans humains, administratifs, économiques et de santé publique. Les personnes en précarité qui ont des droits potentiels à l'aide médicale de l'Etat (AME) rencontrent de multiples obstacles pour l'ouverture et le maintien de ce droit, et leur accès à la prévention et aux soins est difficile, alors même qu'elles cumulent de nombreux facteurs de vulnérabilité. Il faut donc simplifier le dispositif d'accès à la couverture maladie et à la part complémentaire pour garantir son effectivité.

C'est pourquoi cet amendement, proposé notamment par Médecins du monde, tend à intégrer les bénéficiaires de l'AME au régime général de la sécurité sociale.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Je serai rapide sur cette question, que nous avons abordée l'année dernière. Il était apparu qu'il existait des points de convergence, mais qu'en l'état, la situation ne permettait pas d'aller vers ce type de dispositions. Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

**Article 36 : Gestion et financement des dispositifs de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie**

*La commission adopte l'article 36, sans modification.*

*La séance est levée à treize heures.*

## Présences en réunion

### Réunion du mercredi 16 octobre 2018 à 9 heures 35

*Présents.* – M. Joël Aviragnet, Mme Delphine Bagarry, Mme Ericka Bareigts, M. Belkhir Belhaddad, Mme Justine Benin, Mme Gisèle Biémouret, M. Julien Borowczyk, Mme Brigitte Bourguignon, Mme Blandine Brocard, M. Alain Bruneel, M. Sébastien Chenu, M. Gérard Cherpion, M. Guillaume Chiche, M. Paul Christophe, Mme Christine Cloarec, Mme Josiane Corneloup, M. Dominique Da Silva, M. Marc Delatte, M. Pierre Dharréville, M. Jean-Pierre Door, Mme Jeanine Dubié, Mme Audrey Dufeu Schubert, Mme Nathalie Elimas, Mme Catherine Fabre, Mme Caroline Fiat, Mme Agnès Firmin Le Bodo, Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel, Mme Albane Gaillot, Mme Carole Grandjean, M. Jean-Carles Grelier, M. Brahim Hammouche, Mme Monique Iborra, M. Cyrille Isaac-Sibille, Mme Caroline Janvier, Mme Fadila Khattabi, M. Mustapha Laabid, Mme Fiona Lazaar, Mme Charlotte Lecocq, Mme Geneviève Levy, M. Gilles Lurton, M. Sylvain Maillard, M. Thomas Mesnier, M. Thierry Michels, M. Bernard Perrut, M. Laurent Pietraszewski, Mme Claire Pitollat, M. Adrien Quatennens, M. Alain Ramadier, M. Jean-Hugues Ratenon, Mme Stéphanie Rist, Mme Laëtitia Romeiro Dias, Mme Nicole Sanquer, M. Aurélien Taché, Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, M. Adrien Taquet, M. Jean-Louis Touraine, Mme Élisabeth Toutut-Picard, Mme Isabelle Valentin, M. Boris Vallaud, Mme Laurence Vanceunebrock-Mialon, Mme Michèle de Vaucouleurs, M. Olivier Véran, M. Francis Vercamer, Mme Annie Vidal, Mme Corinne Vignon, M. Stéphane Viry, Mme Martine Wonner

*Excusés.* - Mme Claire Guion-Firmin, Mme Michèle Peyron, Mme Nadia Ramassamy

*Assistaient également à la réunion.* - M. Thibault Bazin, M. Fabien Di Filippo