

# ASSEMBLÉE NATIONALE

**JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

**SESSION ORDINAIRE DE 2017-2018**

33<sup>e</sup> séance

## Compte rendu intégral

**3<sup>e</sup> séance du vendredi 27 octobre 2017**

Les articles, amendements et annexes figurent dans le fascicule bleu ci-joint



<http://www.assemblee-nationale.fr>

# SOMMAIRE

## PRÉSIDENTE DE M. HUGUES RENSON

### 1. **Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018** (*suite*) (p. 4037)

*QUATRIÈME PARTIE (SUITE)* (p. 4037)

Assurance maladie (*suite*) (p. 4037)

Article 35 (*suite*) (p. 4037)

Amendement n° 126

M. Olivier Véran, rapporteur général de la commission des affaires sociales

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé

Amendements n°s 465, 927, 386, 337, 397, 387, 127, 466

Amendements n°s 187, 1156

Amendements n°s 468, 930 rectifié, 128 rectifié

Amendements n°s, 1211, 1212 et 1213 (sous-amendement), 469, 485, 926, 472, 333

Amendements n°s 388, 389 et 398 rectifié, 486, 1064

Amendements n°s 390 et 391, 488, 129

Amendements n°s 392, 393, 396, 395 et 394, 529 rectifié

Après l'article 35 (p. 4041)

Amendements n°s 1067, 570, 1157

Mme Brigitte Bourguignon, présidente de la commission des affaires sociales

Amendement n° 653

Article 36 (p. 4043)

Mme Emmanuelle Ménard

M. Pierre Dharréville

M. Joël Aviragnet

Mme Martine Wonner

M. Jean-Pierre Door

Mme Nathalie Elimas

Mme Charlotte Lecocq

M. Adrien Quatennens

M. Bruno Duvergé

Mme Agnès Buzyn, ministre

Amendement n° 406

Amendements n°s 716 deuxième rectification, 940 rectifié, 322, 1161, 233, 536, 1153, 499, 196, 537

Amendements n°s 130, 1073, 538, 489, 1105

Après l'article 36 (p. 4049)

Amendement n° 143

Article 37 (p. 4050)

Amendements n°s 541, 542, 543, 544 et 545, 131, 944

Article 38 (p. 4050)

Amendements n°s 948, 959, 957, 1005, 931

Avant l'article 39 (p. 4051)

Amendement n° 1098

Article 39 (p. 4052)

Mme Caroline Fiat

Mme Annie Vidal

Amendements n°s 323, 1070, 1076, 132 rectifié

Après l'article 39 (p. 4054)

Amendements n°s 169 rectifié, 170 rectifié

Article 40 (p. 4054)

M. Joël Aviragnet

M. Jean-Pierre Door

Amendements n°s 548, 201, 984, 549, 200, 954, 198, 199

Amendements n°s 550, 552 et 578, 133, 197, 980, 234, 553, 203, 134, 554, 982

Après l'article 40 (p. 4058)

Amendement n° 701

Article 41 (p. 4058)

Mme Nathalie Elimas

M. Francis Vercamer

Amendement n° 453

Amendements n°s 661 et 579, 297

Amendement n° 555 et 558

Amendements n°s 580 et 559, 210, 205, 135, 560

*Rappel au règlement* (p. 4060)

M. Francis Vercamer

*Suspension et reprise de la séance* (p. 4060)

Après l'article 41 (p. 4060)

Amendements n°s 949, 956

Amendements n°s 969, 1112, 1178

Article 42 (p. 4062)

Amendement n° 145

Amendements n°s 562, 563 et 561, 347

Après l'article 42 (p. 4064)

Amendement n° 146

Article 43 (p. 4064)

Amendements n°s 911, 711, 705, 697

Avant l'article 44 (p. 4065)

Amendements n°s 188, 301, 342

Article 44 (p. 4065)

Mme Emmanuelle Ménard

M. Gilles Lurton

M. Joël Aviragnet

M. Guillaume Garot

M. Adrien Quatennens

Amendement n° 947

Amendements n°s 189, 864, 194, 803

Après l'article 44 (p. 4068)

Amendements n°s 332, 783, 787, 788, 789, 793, 85, 765, 768, 769, 774, 889

Amendements n°s 759, 760, 762, 763

*Rappel au règlement* (p. 4071)

M. Joël Aviragnet

Après l'article 44 (*suite*) (p. 4071)

Amendements n°s 235, 1223 rectifié

*Rappel au règlement* (p. 4073)

M. Pierre Dharréville

Après l'article 44 (*suite*) (p. 4073)

Amendement n° 330

Amendements n°s 136, 100, 732, 733, 735, 741, 743, 747

Amendements n°s 137 rectifié, 748 rectifié, 751 rectifié, 753 rectifié, 755 rectifié, 756 rectifié, 192, 186, 925, 1029, 1062

Article 45 (p. 4077)

Amendement n° 863

Article 46 (p. 4078)

Article 47 (p. 4078)

Mme Élisabeth Toutut-Picard

Amendements n°s 153, 737, 795, 1172

Amendements n°s 983, 154, 745, 1175

Article 48 (p. 4079)

Mme Audrey Dufeu Schubert

Amendement n° 399 et 400

Après l'article 48 (p. 4080)

Amendements n°s 1171 et 698, 1048

Amendements n°s 802, 966, 972, 1160

Article 49 (p. 4081)

Amendements n°s 985, 1023

Amendements n°s 496, 1000, 1097

Après l'article 49 (p. 4081)

Amendements n°s 1008, 1003, 850

Article 50 (p. 4082)

Amendements n°s 329, 785

Amendements n°s 946 rectifié, 491, 777, 1203, 767

Amendements n°s 758, 849, 852, 860, 1012

Après l'article 50 (p. 4084)

Amendement n° 1201

Article 51 (p. 4084)

Mme Caroline Fiat

Mme Mireille Robert

Amendements n°s 779, 987, 976

Amendement n° 989 et 952

Après l'article 51 (p. 4085)

Amendements n°s 772, 1143

Article 52 (p. 4086)

Article 53 (p. 4086)

M. Adrien Quatennens

Article 54 (p. 4086)

M. Pierre Dharréville

Amendements n°s 868, 869, 872, 890, 770, 155, 1118

Après l'article 54 (p. 4089)

Amendements n°s 656 rectifié, 953

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 55 (p. 4089)

Dispositions communes aux différentes branches (p. 4089)

Article 56 (p. 4090)

Article 57 (p. 4090)

M. Joël Aviragnet

Mme Ericka Bareigts

Mme Gisèle Biémouret

M. Adrien Quatennens

Amendements n<sup>os</sup> 325, 761, 744, 754, 742

Après l'article 57 (p. 4093)

Amendements n<sup>os</sup> 1180, 335, 1092

VOTE SUR L'ENSEMBLE DE LA QUATRIÈME PARTIE  
(p. 4093)

**2. Ordre du jour de la prochaine séance** (p. 4094)

# COMPTE RENDU INTÉGRAL

## PRÉSIDENTE DE M. HUGUES RENSON

### vice-président

**M. le président.** La séance est ouverte.

*(La séance est ouverte à vingt et une heures trente.)*

1

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2018 *(suite)*

**M. le président.** L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (n<sup>os</sup> 269, 316, 313).

*Quatrième partie (suite)*

**M. le président.** Cet après-midi, l'Assemblée a poursuivi la discussion des articles de la quatrième partie du projet de loi, relative aux dépenses pour l'exercice 2018.

### Assurance maladie *(suite)*

**M. le président.** L'Assemblée a commencé la discussion des dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie, s'arrêtant à l'amendement n<sup>o</sup> 126 à l'article 35.

### Article 35 *(suite)*

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 126.

**M. Olivier Véran, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Cet amendement vise à remplacer l'expression « soins primaires » par la formule « soins ambulatoires » à l'alinéa 7. Comme je l'ai expliqué en préambule, il ne s'agit pas de gommer l'aspect fondamental des soins primaires, au contraire : cette nouvelle formule vise précisément à englober, outre les soins primaires, l'ensemble des soins de spécialité d'organe en ambulatoire.

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre des solidarités et de la santé, pour donner l'avis du Gouvernement.

**Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé.** Avis favorable.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 126 est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 465.

**M. Jean-Pierre Door.** Il est défendu.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 465, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 927.

**M. Francis Vercamer.** Défendu.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 927, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 386.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Cet amendement est rédactionnel.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 386, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 337.

**M. Pierre Dharréville.** L'article 35 de ce projet de loi dessine un cadre d'expérimentation pour l'innovation dans le système de santé. Son alinéa 11 prévoit notamment la possibilité de modifier « les modalités de rémunération » et les « mesures incitatives ou de modulation concernant les professionnels de santé ou les établissements de santé ».

Nous nous interrogeons sur ces dispositions. Le personnel hospitalier souffre d'un manque de reconnaissance et de moyens ; or cette formulation trop large peut laisser craindre de nouveaux reculs pour ses conditions de travail dans les hôpitaux concernés par les expérimentations. En commission des affaires sociales, monsieur le rapporteur général, vous nous avez indiqué que ces dispositions ne remettent pas en cause le statut de la fonction publique hospitalière.

Nous proposons à nouveau, par cet amendement, la suppression de l'alinéa 11, car nous voulons des éclaircissements et des engagements de M. le rapporteur général et du Gouvernement sur ce point.

**Mme Caroline Fiat.** Très bien !

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Je renouvelle l'engagement que j'ai pris en commission. Vous savez, le cadre de la fonction publique hospitalière est sécurisé au niveau national. La rémunération de l'ensemble des acteurs qui travaillent dans le service public hospitalier est cadrée nationalement.

L'article 35 ne déroge aucunement à ce cadre national sécurisé. C'est vraiment – si vous me passez l'expression – « ceinture et bretelles » !

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je confirme l'engagement du Gouvernement : il ne s'agit en aucun cas de remettre en cause les statuts de la fonction publique hospitalière, qui sont au-dessus de cet article.

*(L'amendement n° 337 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 397.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Rédactionnel.

*(L'amendement n° 397, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 387.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Rédactionnel également.

*(L'amendement n° 387, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 127 de la commission des affaires sociales.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Défendu.

*(L'amendement n° 127, accepté par le Gouvernement, est adopté et les amendements n°s 60 et 425 tombent.)*

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 466.

**M. Jean-Pierre Door.** Défendu.

*(L'amendement n° 466, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 187 et 1156.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 187.

**M. Gilles Lurton.** Cet amendement vise à interdire aux prestataires de service et aux distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de la Sécurité sociale d'être sous le contrôle direct ou indirect d'une personne physique ou morale qui poursuit un but lucratif en exerçant à titre principal une activité de fournisseur, de distributeur ou de fabricant de produit de santé.

L'article 35 vise à promouvoir l'organisation de parcours de soins et de vie cohérents en étendant les expérimentations ouvertes pour le programme « personnes âgées en risque de perte de d'autonomie » à l'ensemble des publics. C'est tout à fait conforme à la volonté exprimée par le Gouvernement de privilégier la prévention. Il me semble que cette politique doit être encouragée : nous sommes d'accord avec le Gouvernement sur ce point.

Il ne serait toutefois pas normal qu'une telle expérimentation déstabilisât, par son caractère dérogatoire, les fondements du droit des autorisations d'activités de soins. Cet amendement vise donc à prévenir les conflits d'intérêts qui résulteraient de la prise de contrôle, par une même personne, de l'ensemble de la chaîne de maîtrise de la qualité et des risques, de la fabrication à la relation avec le patient et assuré social.

Nous considérons que la rédaction du d) du 2° du II de l'article L. 162-31-1 que cet article tend à insérer dans le code de la Sécurité sociale présente un risque, en ce qu'elle ne comprend pas de mesures propres à prévenir les conflits d'intérêts. Elle laisse ouverte la possibilité pour des prestataires de services lucratifs, qui seraient par ailleurs des filiales de groupes industriels, de devenir eux aussi des offreurs de soins, au mépris du droit de la sécurité sanitaire.

Il faudrait au contraire distinguer clairement les rôles et les responsabilités de fabricant et de distributeur, d'une part, et de délivrance des produits de santé aux usagers, d'autre part. Ce devrait être un principe général de la sécurité sanitaire. C'est d'ailleurs pour cette raison que...

**M. le président.** Merci de conclure, monsieur Lurton.

**M. Gilles Lurton.** ...l'ordonnance du 12 janvier 2017 a pris soin d'édicter cette interdiction. Il ne faudrait pas que nous soyons en contradiction avec ces éléments.

**M. le président.** La parole est à Mme Nathalie Bassire, pour soutenir l'amendement n° 1156.

**Mme Nathalie Bassire.** Défendu.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Nous en avons déjà discuté en commission, monsieur Lurton : je n'ai pas su alors vous convaincre. Je me suis vraiment creusé la tête pour comprendre votre préoccupation, mais en vain : nous n'interprétons pas de la même manière l'alinéa 24. Celui-ci reprend *in extenso* la dérogation prévue à l'article 43 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014, relatif à l'insuffisance rénale chronique. Cette dérogation permet que des dialysats soient dispensés à domicile par des prestataires de service, sous la responsabilité d'un pharmacien.

Il n'est prévu aucune dérogation aux règles d'autorisation d'activités de soins, contrairement à ce que l'on peut lire dans l'exposé sommaire de votre amendement. La dérogation prévue à l'alinéa 24 ne permet pas aux prestataires de services d'intégrer une activité de soins. Ceux-ci ne peuvent intervenir que sur prescription, et n'ont pas non plus le droit d'être intéressés directement au sein d'une structure de soins.

Votre amendement vise à interdire que les prestataires de services et les distributeurs de matériels soient sous le contrôle direct d'une personne à but lucratif. C'est contradictoire, puisque ces prestataires sont par définition des acteurs privés, associatifs ou à but commercial. Cela rendrait donc la dérogation totalement inopérante.

Les expérimentations qui auront lieu dans ce cadre, comme toutes les autres, seront soumises au droit commun en matière de lutte contre les conflits d'intérêts. Si besoin, au cas par cas, des dispositions relatives à ces conflits d'intérêts seront inscrites dans le cahier des charges.

Nous avons fait beaucoup d'efforts pour nous assurer que nous n'étions pas passés à côté d'un problème, comme vous le pensez, mais en définitive nous n'avons pas du tout la même interprétation que vous de l'alinéa 24. Si vous nous faites confiance, vous retirerez cet amendement; faute de quoi je maintiens l'avis défavorable de la commission.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Même avis.

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton.

**M. Gilles Lurton.** Je vous remercie, monsieur le rapporteur, pour votre réponse. Vous aviez évoqué, en me répondant en commission des affaires sociales, un décret. Je pense qu'il s'agit du décret n° 2015-881 du 17 juillet 2007 relatif à des expérimentations tendant à améliorer la prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique, paru au *Journal officiel* du 19 juillet 2015. Vous faisiez sans doute référence à son article 6, par lequel mon amendement serait satisfait.

J'ai relu ce décret attentivement et constaté qu'il avait été pris en application de l'article 43 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la Sécurité sociale pour 2014. Or cet article de loi organise des expérimentations dans un cadre juridique très différent, et seulement pour quelques régions. Je maintiens donc mon amendement.

J'invite mes collègues à être particulièrement vigilants sur ce sujet, à bien réfléchir à leur vote, car il s'agit là de conflits d'intérêts dans des métiers liés à la santé de nos concitoyens, à notre protection sociale et à son financement. Il me paraîtrait donc injuste que notre système de santé permette à quelques-uns de s'enrichir. C'est pourquoi votre article devrait être complété par la phrase que je suggère au moyen de cet amendement. Ce serait beaucoup plus prudent, je vous l'assure !

*(Les amendements identiques n° 187 et 1156 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 468 et 930 rectifié.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 468.

**M. Jean-Pierre Door.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 930 rectifié.

**M. Francis Vercamer.** Défendu.

*(Les amendements identiques n° 468 et 930 rectifié, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 128 rectifié qui fait l'objet de plusieurs sous-amendements, n° 1211, 1212 et 1213.

La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Cet amendement adopté par la commission des affaires sociales permet de répondre de façon synthétique à plusieurs demandes. Une première version de ce projet de loi, dont certains députés avaient eu connaissance, mentionnait un « conseil straté-

gique » relatif à l'expérimentation prévue à l'article 35. Cette instance avait disparu du texte tel que le Gouvernement l'a présenté au Parlement.

Nous souhaitons, par cet amendement, la rétablir. La composition précise de ce conseil stratégique n'est pas définie par la rédaction que nous proposons. Ses missions seraient de suivre les expérimentations et leur évaluation, de formuler des propositions et des orientations. Je souhaite que toutes les parties prenantes y soient associées, au premier rang desquelles les usagers, les professionnels de santé, les fédérations hospitalières. Nous serons vigilants sur cette question, mais la composition de cette instance ne saurait être directement définie par la loi.

Deuxièmement, un comité technique sera chargé au quotidien de sélectionner les expérimentations et de définir précisément le cahier des charges, les indicateurs et les modalités de l'évaluation. Ce comité d'expert travaillera à temps plein.

Il ne s'agit pas d'instituer un comité technocratique, ni de rendre les expérimentations bureaucratiques ou technoïdes. Au contraire, comme nous l'avons dit tout à l'heure, ces expérimentations doivent émerger du terrain, et provenir des professionnels de santé. Toutes les parties prenantes n'ont donc pas vocation à être représentées dans les deux instances : elles seront représentées essentiellement dans le conseil stratégique.

**M. le président.** Je suis saisi de trois sous-amendements, n° 1211, 1212 et 1213, pouvant faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Francis Vercamer, pour les soutenir.

**M. Francis Vercamer.** Le sous-amendement n° 1211 vise à inclure des parlementaires dans le comité stratégique. Le sous-amendement n° 1212 vise, quant à lui, à y faire entrer des représentants des ordres des professions de santé. Enfin, le sous-amendement n° 1213 vise à y associer des représentants des fédérations hospitalières publiques et privées.

Vous avez plus ou moins répondu à la question que soulèvent les deux derniers de ces amendements, mais vous n'avez pas répondu à notre demande de faire entrer des parlementaires au sein de ce conseil stratégique.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur ces sous-amendements ?

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Un mécanisme de contrôle parlementaire de ces expérimentations est déjà prévu à l'alinéa 34, qui dispose : « Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un état des lieux des expérimentations en cours et lui remet, au plus tard un an après la fin de chaque expérimentation, le rapport d'évaluation la concernant ». Le Parlement aura donc toute sa place dans l'évaluation de ce dispositif.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement et les trois sous-amendements ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Favorable à l'amendement de la commission des affaires sociales, et défavorable aux trois sous-amendements de M. Vercamer.

*(Les sous-amendements n° 1211, 1212 et 1213, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)*

*(L'amendement n° 128 rectifié est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 469.

**M. Jean-Pierre Door.** Il est défendu, monsieur le président.  
*(L'amendement n° 469, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Brahim Hammouche, pour soutenir l'amendement n° 485.

**M. Brahim Hammouche.** L'article 35 a pour objet d'introduire un cadre d'expérimentation pour l'innovation dans le système de santé en créant notamment, nous venons d'en parler, un comité technique en charge d'émettre un avis sur les expérimentations et de déterminer le champ d'application territorial de ces dernières. Ce comité serait composé des seuls représentants de l'assurance maladie, des ministres chargés de la Sécurité sociale et de la santé, et des agences régionales de santé. Le présent amendement vise à l'ouvrir aux représentants des usagers et des professionnels de santé, acteurs incontournables du système de santé et dont les opinions seront intéressantes à entendre compte tenu des missions attribuées au comité technique. Ce dernier devrait également comprendre des élus locaux afin que tout le monde puisse s'approprier les innovations en cours.

*(L'amendement n° 485, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 926.

**M. Francis Vercamer.** Défendu.  
*(L'amendement n° 926, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 472.

**M. Jean-Pierre Door.** Il est défendu, monsieur le président.  
*(L'amendement n° 472, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 333.

**Mme Emmanuelle Ménard.** Il s'agit d'associer au comité technique les représentants des professionnels de santé. En effet, ceux-ci sont dotés d'une expertise dont il serait regrettable de le priver alors qu'il sera appelé à décider des innovations qui ont vocation à améliorer notre système de santé. L'innovation sans garde-fou peut soulever des questions éthiques auxquelles nous ne pouvons pas nous dérober, l'enjeu est trop important. Vous savez tous comme moi que la sphère médicale cristallise toutes les passions tant elle est porteuse de rêves qui poussent à vouloir dépasser la nature elle-même. Ce n'est pas faire l'oiseau de mauvais augure que de le dire: déjà, on voit poindre des prouesses techniques qui transgressent l'ordre naturel. Comme toutes les expertises en matière d'innovation sont bonnes à prendre, y associer en l'occurrence les représentants des personnels de santé me semble une bonne chose pour alimenter le travail du comité technique.

*(L'amendement n° 333, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de trois amendements, n° 388, 389 et 398 rectifié, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Olivier Véran, pour les soutenir.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il s'agit d'amendements rédactionnels.

*(Les amendements n° 388, 389 et 398 rectifié, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à M. Brahmī Hammouche, pour soutenir l'amendement n° 486.

**M. Brahmī Hammouche.** Cet amendement propose qu'un décret en Conseil d'État fixe les modalités de représentation des membres du comité technique, y compris des professionnels de santé.

*(L'amendement n° 486, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 1064.

**M. Gilles Lurton.** C'est un amendement de repli après que mon amendement ayant le même objet n'a pas été accepté. C'est pourtant un vrai sujet que celui des conflits d'intérêts. Je vous propose ici de compléter l'alinéa 29 par la phrase suivante: « Ce décret précise les modalités de déclaration des conflits d'intérêts des professionnels de santé et structures proposant leur participation aux expérimentations prévues au présent article, notamment les liens d'intérêts, directs ou indirects, qu'ils ont ou ont eus au cours des cinq années précédant l'expérimentation ou projet-pilote avec des établissements pharmaceutiques mentionnés à l'article L. 5124-2 du code de la santé publique ou des entreprises fabriquant des produits de santé, matériels ou dispositifs médicaux. » Je me permets d'insister parce qu'il y a une faille dans le texte sur ce sujet. Je voudrais bien savoir ce que Mme la ministre en pense.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Monsieur Lurton, connaissant le sérieux avec lequel vous travaillez les articles et les amendements – je le dis sans flagornerie aucune, c'est sincère –, vous pensez bien que nous avons à plusieurs reprises fait part de cette question à la puissante direction de la Sécurité sociale et la non moins puissante direction générale de l'offre de soins...

**M. Gilles Lurton.** Bah!

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** ...pour en obtenir des lectures conjointes et recoupées étant donné la crainte qui était la vôtre. Et je me fais l'interface pour vous affirmer qu'il n'y a pas pour eux de crainte à avoir à la lecture du texte. Mon avis demeure donc défavorable, mais croyez que ce sujet a intéressé la commission.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** J'ai le même souci de la prévention des conflits d'intérêts que vous, monsieur Lurton, et pour avoir géré bon nombre d'agences sanitaires, je sais à quel point c'est une préoccupation de nos concitoyens. Après avoir longuement discuté avec les services, il est clair que les expérimentations ne peuvent déroger aux principes généraux du droit et aux règles générales de préven-

tion des conflits d'intérêts qui continueront à s'appliquer. Personne ne comprend la nécessité de le préciser dans la loi dès lors que c'est inhérent à la façon dont les dossiers vont être traités. On pourrait au cas par cas, pour l'expérimentation de certains produits, le rajouter dans son cahier des charges, mais c'est *a priori* déjà totalement couvert par ce texte.

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton.

**M. Gilles Lurton.** J'aurais voulu savoir, par exemple, s'il est possible d'autoriser des prestataires de santé, sous contrôle direct ou indirect des fabricants, à intervenir chez un patient qui reçoit des soins à domicile pour lui livrer les produits ? Je pense aux personnes qui effectuent leur dialyse chez elles – c'est moins coûteux pour la Sécurité sociale et susceptible d'assurer dans certains cas un meilleur confort – et notamment au dialysat, puisque c'est ce produit qui est visé. Je crois que c'est la question de fond.

*(L'amendement n° 1064 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n° 390 et 391, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Olivier Véran, pour les soutenir.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il s'agit d'amendements rédactionnels.

*(Les amendements n° 390 et 391, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à M. Brahim Hammouche, pour soutenir l'amendement n° 488.

**M. Brahim Hammouche.** C'est un amendement que je qualifierai d'anthropologique puisqu'il vise à s'assurer que l'évaluation de l'expérimentation soit multidimensionnelle et ne se limite pas à un cadre médico-économique que je juge trop restrictif. À cet effet, l'évaluation doit pouvoir porter sur au moins cinq dimensions : l'accessibilité aux soins, les pratiques et l'organisation des soins, la qualité de la prise en charge des patients, la satisfaction des patients et les coûts liés aux recours aux soins – conformément aux recommandations de la HAS, la Haute Autorité de santé. Comme ces expériences ont des effets sur l'organisation des soins et les pratiques des professionnels, l'évaluation doit impliquer l'ensemble des soignants mobilisés et leur expertise d'usage prise en compte ; il en va de même de la satisfaction des patients, notamment en matière d'accessibilité.

*(L'amendement n° 488, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 129.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** C'est un amendement rédactionnel... Non en fait, pas du tout, mais il est très bien tout de même. *(Rires.)*

**M. le président.** Raison de plus pour nous le présenter, monsieur le rapporteur général. *(Sourires.)*

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** En fait, il s'agit de corriger une omission en mentionnant à l'article 35 la disposition prévoyant les expérimentations de prise en charge des enfants souffrant d'obésité. C'est tout de même un sujet important dont nous avons aussi parlé hier.

*(L'amendement n° 129, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de plusieurs amendements, n° 392, 393, 396, 395 et 394, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Olivier Véran, pour les soutenir.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Ce sont bien, cette fois-ci, des amendements rédactionnels.

*(Les amendements n° 392, 393, 396, 395 et 394, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 529 rectifié.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il est de coordination.

*(L'amendement n° 529 rectifié, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

*(L'article 35, amendé, est adopté.) (Applaudissements sur les bancs du groupe REM et sur de nombreux bancs du groupe MODEM.)*

#### Après l'article 35

**M. le président.** Nous en venons à l'examen d'amendements portant articles additionnels après l'article 35.

La parole est à Mme Ericka Bareigts, pour soutenir l'amendement n° 1067.

**Mme Ericka Bareigts.** Cet amendement permet au Gouvernement d'autoriser des consultations jeunes consommateurs, dites CJC, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, afin de lutter contre les addictions chez les jeunes. Ces consultations seraient financées par les régimes obligatoires de base d'assurance maladie. Le directeur général de l'ARS veillerait à ce qu'elles soient véritablement accessibles sur l'ensemble du territoire.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Votre amendement, madame Bareigts, est pleinement satisfait par le droit commun existant. Il n'y a donc pas lieu de créer une expérimentation sur le sujet dans le cadre de ce PLFSS. En effet, il existe déjà des consultations pour jeunes consommateurs adossés aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. Ces centres sont déjà financés par l'ONDAM médico-social. Je vous propose donc de retirer l'amendement. Mais je partage pleinement l'objectif qui le sous-tend.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Retrait, sinon défavorable.

**Mme Ericka Bareigts.** Je partage, bien sûr, l'avis de M. le rapporteur. J'appelle néanmoins l'attention de mes collègues sur la nécessité de veiller à ce que, sur l'ensemble du territoire,

les actions concernées deviennent effectives car elles sont – je sais, madame la ministre que vous en êtes d'accord – importantes en termes de prévention de l'addictologie.

**M. le président.** Dois-je en conclure que vous retirez l'amendement n° 1067 ?

**Mme Ericka Bareigts.** Oui.

*(L'amendement n° 1067 est retiré.)*

**M. le président.** La parole est à M. Brahim Hammouche, pour soutenir l'amendement n° 570.

**M. Brahim Hammouche.** Dans le cadre de la lutte contre le surpoids et l'obésité, la loi limite actuellement aux seuls médecins traitants la capacité de prescription de consultations diététiques, de bilans d'activités physiques ou de consultations psychologiques.

Or plusieurs autres acteurs médico-sociaux rencontrent, au quotidien, des publics cibles et peuvent également dépister l'obésité : c'est, par exemple, le cas des médecins scolaires ou, pour les enfants de trois à huit ans, des médecins de protection maternelle et infantile, PMI.

Aussi cet amendement vise-t-il, dans le cadre des expérimentations innovantes portées par le Gouvernement, à étendre le dispositif de dépistage du surpoids et de l'obésité – défini à l'article 68 de la loi du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 – à l'ensemble des structures et des acteurs médico-sociaux en capacité de dépister l'obésité.

Le travail en réseau, autour du médecin traitant, permettra au plus grand nombre de patients concernés de pouvoir bénéficier d'une prise en charge adaptée. Le dispositif de lutte contre le surpoids et l'obésité se trouvera ainsi renforcé.

L'amendement n° 570 n'a pas d'incidence financière car il ne concerne que les expérimentations. En effet, la mise en œuvre d'une expérimentation est toujours précisée par décret, les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale arrêtant la liste des territoires retenus pour l'expérimentation ainsi que son cahier des charges.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il est défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Monsieur le député, la rédaction de votre amendement, s'il venait à être adopté, mettrait fin aux expérimentations qui viennent d'être lancées en matière d'obésité chez l'enfant.

Si votre proposition d'intégration des médecins scolaires et de PMI dans le dispositif de dépistage ouvre une perspective intéressante, l'opportunité de cette intégration sera examinée au moment de la généralisation desdites expérimentations.

L'avis du Gouvernement est, par conséquent, défavorable.

*(L'amendement n° 570 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 1157.

**Mme Caroline Fiat.** S'il y a un amendement du groupe La France insoumise que vous pourriez adopter, c'est bien, mes chers collègues, celui-ci. Merci, donc, d'être attentifs...

Si la question du droit à mourir dans la dignité est de plus en plus débattue, force est de constater que le débat avance peu. Cet amendement propose donc de constituer une commission parlementaire non permanente dont la composition permettrait d'assurer une représentation équilibrée des groupes politiques.

Cette commission aurait pour but d'évaluer la pratique actuelle, particulièrement le recours aux dispositifs étrangers d'aide active à mourir dans les pays avec lesquels la Sécurité sociale a établi un accord de prise en charge partielle ou totale des parcours de soins des ressortissants français, notamment les personnes visées par les conventions portant sur les zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers.

Elle serait également chargée de recueillir les attentes des Français en matière de droit à mourir dans la dignité et de proposer des modifications adéquates du droit en vigueur.

À cet effet, elle remettrait un rapport annuel au Parlement, afin que son évaluation puisse être prise en compte dans le cadre du débat d'orientation des finances publiques ainsi que lors de la discussion du projet de loi de finances de l'année suivante.

Madame la ministre, vous nous avez déjà dit que vous n'étiez pas hostile à ce que l'on avance sur cette question : le groupe La France insoumise souhaite vous prendre au mot.

Dans cette perspective, l'établissement d'une telle commission serait une étape essentielle de sa prise en compte. Nous vous remercions donc par avance, chers collègues, d'adopter cet amendement.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Même s'il est défavorable, je vous tire mon chapeau, chère collègue, pour le montage de votre amendement : en faisant référence aux accords de prise en charge partielle ou totale des parcours de soins des ressortissants français, vous parvenez à insérer cette question dans la discussion budgétaire : c'est très habile.

**Mme Caroline Fiat.** Le sujet nous tient à cœur !

D'ailleurs, cela relève de l'innovation ! *(Sourires.)*

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** La fin de vie est un sujet extrêmement important et beaucoup de nos concitoyens souhaitent que nous nous penchions dessus : le débat ne sera jamais clos.

Vous le savez, les décrets d'application de la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, dite loi Claeys-Leonetti, sont entrés en vigueur en juillet de la même année.

Par conséquent, cette loi n'est appliquée, en réalité, que depuis moins d'un an. J'ai cependant décidé de lancer dès à présent une mission de l'inspection générale des affaires sociales, l'IGAS, afin d'évaluer son impact dans les pratiques ainsi que les questions éventuelles posées par son déploiement, afin de voir s'il y a lieu de modifier certaines de ses dispositions.

Mais il est évidemment trop tôt pour y revenir, surtout par voie d'amendement au PLFSS.

**Mme Caroline Fiat.** C'est une expérimentation !

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Par ailleurs, vous savez qu'en application des lois bioéthiques, une consultation citoyenne sera organisée sur ces sujets à partir du mois de janvier 2018.

Si l'avis du Gouvernement est défavorable, ce n'est donc pas parce que le sujet ne mérite pas tout notre intérêt ni parce que nous n'y travaillons pas, mais parce qu'il n'a pas sa place dans ce PLFSS.

**Mme Véronique Hammerer.** Très bien !

**M. le président.** La parole est à Mme Caroline Fiat.

**Mme Caroline Fiat.** Notre propos n'est pas de revenir sur les lois bioéthiques – nous connaissons tous, par exemple, l'importance des directives anticipées. Cet amendement ne vise qu'à travailler ensemble sur un sujet dans lequel notre pays accuse un certain retard – afin, par exemple, de mieux connaître ce qui se passe ailleurs – et à y revenir chaque année lors de la discussion budgétaire ; il n'a pas pour objet de prendre immédiatement des décisions. Il me semble que, sur une telle question, avoir plusieurs instances de discussion n'est pas problématique, et je suis sûre que beaucoup de nos collègues assis sur ces bancs auraient envie de participer à cette belle aventure.

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Damaisin.

**M. Olivier Damaisin.** Franchement, le sujet me tient également à cœur. Dans la mesure où la proposition qui est faite ne coûte rien, je ne vois pas où est le problème : cela permettrait à chacun d'y réfléchir dans un esprit d'ouverture.

À titre personnel, et non au nom du groupe, je suis donc favorable à l'amendement.

**M. le président.** La parole est à Mme la présidente de la commission des affaires sociales.

**Mme Brigitte Bourguignon, présidente de la commission des affaires sociales.** Le sujet me tient également à cœur, chère collègue, et au moins autant qu'à vous. Je vous informe que la commission des affaires sociales va y consacrer, à partir de janvier ou de février, une série d'auditions.

**Mme Caroline Fiat.** Cela n'est pas contradictoire avec l'objet de mon amendement !

**Mme Brigitte Bourguignon, présidente de la commission des affaires sociales.** En outre, la réflexion autour de la révision des lois bioéthiques va démarrer sous la forme de concertations citoyennes qui seront organisées dans chaque région. Pour avoir reçu cette semaine le président du Comité consultatif national d'éthique, le CCNE, je vous assure que la commission des affaires sociales consacrera à ce sujet une part importante de ses travaux.

**M. le président.** Madame Fiat, compte tenu des explications qui viennent de vous être données, retirez-vous votre amendement ?

**Mme Caroline Fiat.** Je le maintiens corps et âme.

*(L'amendement n° 1157 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Annie Vidal, pour soutenir l'amendement n° 653.

**Mme Annie Vidal.** Dans son rapport du 24 avril 2013 sur les arrêts de travail et les indemnités journalières, la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale a constaté l'évolution préoccupante des

arrêts de travail ainsi que leur disparité géographique, regrettant que le phénomène ne fasse pas l'objet d'une meilleure analyse. Or les arrêts dits courts, c'est-à-dire dont la durée est inférieure à trente jours, représentent 75 % des arrêts de travail au titre de la maladie et environ 18 % des dépenses d'indemnités journalières.

C'est pourquoi, comme le préconisait le rapport de la MECSS, une réflexion sur la mise en place de dispositifs de régulation de cette dépense s'avère nécessaire.

Il serait opportun, dans cette perspective, de mieux connaître les caractéristiques de ces arrêts de courte durée et d'en faire une analyse fine, tant en termes de dépenses pour l'assurance maladie qu'au regard de l'articulation entre cette dernière et les caisses de prévoyance. Il serait également utile d'en évaluer les conséquences pour les assurés et les employeurs.

L'amendement propose donc que le Gouvernement remette au Parlement, « au plus tard le 1<sup>er</sup> juin 2018, un rapport relatif aux dépenses des indemnités journalières au titre de la maladie, notamment concernant les arrêts courts ou itératifs, afin de mieux prévenir ces arrêts ou en améliorer les contrôles. »

*(L'amendement n° 653, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté.)*

### Article 36

**M. le président.** La parole est à Mme Emmanuelle Ménard.

**Mme Emmanuelle Ménard.** C'est en 1971 que commence l'histoire des déserts médicaux, avec l'instauration du *numerus clausus* chez les médecins. À l'époque, la mesure n'est pas absurde car la demande de soins n'est pas très importante, et les médecins ne sont pas, comme c'est le cas aujourd'hui, surchargés de travail.

Les années passant, et en l'absence d'une vision à long terme, le secteur de la santé s'est dégradé. La situation est désormais grave, car en 2025, c'est-à-dire demain, la France aura perdu un médecin généraliste sur quatre.

Or vous savez comme moi qu'un médecin généraliste est souvent bien plus qu'un praticien : c'est un conseil, un confident et parfois même un ami. La situation est grave, car en raison de ce manque d'anticipation, quelque 22 000 médecins ayant obtenu leur diplôme à l'étranger exercent désormais en France. Or leur formation ne correspond pas forcément aux exigences nationales.

Allons-nous continuer à faire ainsi venir des médecins de l'étranger ? Vous le savez, sans eux, un certain nombre d'hôpitaux de notre pays ne pourraient tout simplement pas fonctionner.

Aujourd'hui, alors que nous payons notre manque d'anticipation et tentons de masquer notre gêne – car, au bout d'un moment, les erreurs des politiciens commencent à se voir –, on nous présente la « e-santé » comme le remède à tous nos maux.

Il nous faudrait en effet absolument entrer dans l'ère de la modernité, et celui qui fait mine d'y réfléchir à deux fois est aussitôt suspecté d'être déconnecté de la réalité. Or si le progrès est un bien, il ne fait pas tout.

J'avais proposé deux mesures simples, qui ont été retoquées : la fin du *numerus clausus*, car il ne correspond plus à nos besoins en termes de santé, et le vote de mesures fiscales favorables à la création de maisons de santé – exonération fiscale totale pendant trois ans, puis par paliers pendant les sept années suivantes.

Ces deux mesures de bon sens permettraient aux Français de bénéficier d'un suivi médical de qualité.

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Dharréville.

**M. Pierre Dharréville.** Alors que la question des déserts médicaux a été abordée à de multiples reprises, je me dois d'évoquer rapidement la situation des centres de santé mutualistes et municipaux, dont beaucoup se trouvent en difficulté.

Ma circonscription en abrite quelques-uns. Ils ont connu des situations difficiles, notamment parce qu'un certain nombre de ressources leur ont fait défaut, et notamment celles relatives à la coordination des soins et à la reconnaissance des activités d'accompagnement des patients dans l'ensemble de leur parcours.

J'appelle l'attention de la représentation nationale sur cette question : il me semble que les mesures adéquates qui permettraient le développement de ces centres ne sont pas prévues.

**M. le président.** La parole est à M. Joël Aviragnet.

**M. Joël Aviragnet.** L'article 36 vise à développer la télémédecine, notamment en ville. Dans son dernier rapport sur le fonctionnement de la Sécurité sociale, la Cour des comptes critique sévèrement la politique menée en la matière, qualifiant la télémédecine de « pratique marginale » et les expériences actuelles d'« hétérogènes et inabouties ».

En réalité, ce rapport donne totalement raison aux professionnels de santé qui ont sur la télémédecine un regard extrêmement critique. Cela nous amène à la question de son financement : en la matière, il faut réellement créer un modèle économique permettant à la fois de rémunérer ceux qui interprètent à un bout de la chaîne, et, en amont, ceux qui requièrent de telles interprétations.

Madame la ministre, parler de financement nous renvoie à la question des déserts médicaux que nous venons d'évoquer. Ce n'est pas qu'une question de procédures : si toutes les organisations peuvent être utiles, une procédure ne peut en elle-même constituer la réponse unique. Elle peut en effet faire partie de la réponse, mais à la constituer à elle seule.

Dans ce projet de loi, la télémédecine est davantage orientée vers la médecine de ville ; il faudrait l'étendre en milieu hospitalier, notamment dans les milieux ruraux. Il me semble, madame la ministre, que nous sommes d'accord sur ce point.

**M. le président.** La parole est à Mme Martine Wonner.

**Mme Martine Wonner.** La télémédecine en milieu rural est précisément le sujet que je souhaitais aborder.

L'article 36 vise à organiser la prise en charge de téléconsultations par l'assurance maladie et prévoit que la télé-expertise intègre le droit commun.

Dans les territoires ruraux, le développement de la télémédecine présente bien des avantages : elle contribue à l'amélioration de leur pouvoir d'attraction, maintient et développe une offre sanitaire adaptée et innovante tout en permettant une complémentarité avec les réseaux urbains d'experts ainsi qu'une optimisation des ressources.

La télémédecine en milieu rural s'inscrit dans une politique de développement de la qualité des services à la personne, notamment en apportant des solutions efficaces à l'inégalité d'accès aux soins des patients en zones rurales.

Petite illustration en Lorraine : les neurologues du CHU de Nancy prennent actuellement en charge, à distance, les accidents vasculaires cérébraux de patients meusiens, leur évitant ainsi toute perte de temps dans les trajets. Sept hôpitaux lorrains sont actuellement concernés, pour environ 300 actes par an : c'est donc un véritable succès eu égard à la mise en œuvre récente de cette expérience.

La télémédecine atténue l'impression de manque de chance que peuvent ressentir, en zone rurale, les populations isolées – notamment en zone de montagne. Elle est un levier indispensable pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, afin d'assurer partout une offre de soins de qualité. Elle est la garantie d'un accès aux soins équitable.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Door.

**M. Jean-Pierre Door.** Madame la ministre, vous savez mon engagement sur le sujet. L'utilisation des nouvelles technologies permettrait de remédier aux déficiences de l'offre de soins dans les territoires ruraux, comme d'ailleurs dans les territoires insulaires. Il y a donc urgence à ce que la télémédecine sorte du cadre de l'expérimentation, qui n'a que trop duré. Rappelons qu'il y a treize ans, la loi d'août 2004 définissait dans son article 32 l'acte de télémédecine comme un acte médical placé sous la responsabilité du médecin ; l'article 34 prévoyait qu'en conséquence, une ordonnance pouvait être délivrée par courriel.

Les expérimentations passées ont été exclusivement hospitalières. Jusqu'à présent, on n'a pas encore mesuré comment se développait la télémédecine en milieu libéral et ambulatoire, qui est pourtant un pivot de l'offre de soins, non seulement dans le domaine des consultations, mais aussi dans celui de la permanence des soins ambulatoires. L'intégration des professionnels de santé libéraux, qui devraient être les chevilles ouvrières de la télémédecine, ne pourra se faire qu'à la condition de définir l'acte médical et sa rétribution. On ne peut pas expérimenter sans cesse ; il faut passer des paroles aux actes. C'est d'autant plus urgent que des initiatives se développent ici ou là, notamment en dehors du système conventionnel, sur des sites internet, voire sur des sites *low cost*. Le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés – CNAMTS – a récemment fait des déclarations très encourageantes, puisqu'il envisage de recevoir les partenaires conventionnels dès la fin de l'année 2017. Le parcours de soins sera respecté, les données de santé seront conservées. Tout cela va dans le bon sens, mais il faut aller très vite, madame la ministre !

**M. le président.** La parole est à Mme Nathalie Elimas.

**Mme Nathalie Elimas.** L'article 36 a pour objet de basculer vers le financement de droit commun les actes de téléconsultation et de télé-expertise, en les sortant du cadre expérimental actuel. C'est une mesure très attendue par les professionnels, tant hospitaliers qu'en ville, et qui apparaît comme une condition essentielle du déploiement des

parcours de soins ; elle s'inscrit dans la stratégie nationale de santé, qui vise à assurer l'égal accès aux soins dans les territoires. Évidemment, le groupe MODEM soutient ces orientations.

Je souhaite évoquer un point précis : il s'agit de la téléconsultation, en particulier l'obligation au recours à la vidéo-transmission. En effet, nous craignons que cette exigence n'aboutisse dans certains cas à un échec technique, du fait de l'absence de réseau adapté chez le patient ou lors de ses déplacements, alors même que l'utilisation du canal téléphonique pourrait suffire à assurer une téléconsultation de bonne qualité. Nous craignons également que cette condition ne crée une rupture d'égalité, notamment pour les personnes âgées ou les ménages les plus modestes, qui ne sont pas nécessairement équipés d'outils de vidéo-transmission et qui, de ce fait, ne pourraient pas accéder à ce nouveau service.

Madame la ministre, pensez-vous que nous puissions atténuer le caractère impératif et systématique de l'utilisation de la vidéo-transmission pour les actes de téléconsultation ?

**M. Jean-Noël Barrot.** Très bien !

**M. le président.** La parole est à Mme Charlotte Lecocq.

**Mme Charlotte Lecocq.** L'article 36 m'apparaît comme l'un des éléments majeurs de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale. En effet, les cadres expérimentaux de remboursement des actes de téléconsultation et de télé-expertise se sont succédé sans que jamais nous ne franchissions le pas du remboursement dans le cadre du droit commun, souvent par méfiance envers les outils numériques. Aujourd'hui, nous franchissons ce pas, et c'est une avancée considérable, attendue de longue date par de nombreux patients et professionnels. La France a en effet pris du retard sur cette question. Il s'agit de le rattraper, tant l'intérêt de la télémédecine est grand.

Sans être la solution miracle à la désertification médicale, la télémédecine permet d'améliorer l'accès aux soins. En effet, elle permet de libérer du temps médical, en créant un cadre de travail hors cabinet, adapté aux besoins spécifiques d'un certain nombre de médecins, tandis que des solutions de télémédecine permettent de réduire les tâches administratives des médecins – rappelons que ces derniers consacrent en moyenne 15 % de leur temps de travail aux tâches administratives. En outre, la télémédecine permet de mettre en relation les médecins avec des patients vivant dans des zones à faible densité médicale.

C'est aussi un secteur économique porteur, dans lequel les entreprises françaises ont toutes leurs chances. À l'heure actuelle, malheureusement, de nombreux entrepreneurs choisissent de créer leur entreprise à l'étranger, faute d'un cadre attractif pour la télémédecine dans notre pays. Les entreprises françaises bénéficient pourtant d'une recherche scientifique de qualité et d'ingénieurs reconnus. Le remboursement dans le cadre du droit commun des actes de télémédecine sera donc le catalyseur du développement de ces technologies et de ces pratiques de progrès.

**M. le président.** La parole est à M. Adrien Quatennens.

**M. Adrien Quatennens.** Votre nouvelle priorité est donc le développement de la télémédecine, qui est en effet nécessaire au virage ambulatoire que vous appelez de vos vœux pour faire des économies. Cette priorité n'est pas la nôtre. Nous pensons qu'il est plus urgent de réduire les inégalités d'accès à la santé, qui s'accroissent chaque année, et de démocratiser nos politiques de santé. Les innovations techniques ne sont

pas la solution à tous nos problèmes d'organisation. De nombreux professionnels hospitaliers s'inquiètent d'ailleurs de voir partir si vite leurs patients, faute de lits disponibles. La télémédecine ne répondra pas à elle seule aux problèmes des déserts médicaux, du manque de moyens des hôpitaux ou encore du manque de spécialistes.

En disant cela, nous ne disons pas que nous sommes contre le développement de la télémédecine. Celle-ci peut en effet permettre de diagnostiquer à l'œil certaines plaies, apporter une réponse à des situations d'urgence ou encore permettre de suivre des personnes atteintes de maladies chroniques désireuses de rester à leur domicile. En revanche, nous souhaitons que cette pratique soit strictement encadrée. Le choix de la télémédecine et de l'ambulatorio doit pouvoir se faire avec discernement, en concertation avec les patients. Il faut respecter la confidentialité des données et s'assurer que leur transfert est sécurisé.

Afin d'endiguer les nombreux risques que représente la télémédecine, il nous semble notamment nécessaire de veiller à l'accompagnement des patients soignés à distance, ainsi qu'à la présence d'intervenants habilités lorsque le transfert d'informations sur la santé du patient n'est pas automatisé. Par exemple, dans le cadre d'un diagnostic à distance, un médecin ne peut pas demander à un infirmier d'effectuer un acte sur une plaie ouverte, acte pour lequel ce dernier n'est pas habilité.

La télémédecine doit être limitée à certaines pathologies. C'est pourquoi nous vous appelons à la laisser à son humble place. (*Applaudissements sur les bancs du groupe FL.*)

**M. le président.** La parole est à M. Bruno Duvergé.

**M. Bruno Duvergé.** L'intervention du précédent orateur me fournira une excellente transition.

Je pense pour ma part que le champ de la télémédecine est illimité. Il faut expérimenter. Beaucoup d'entre nous, et moi le premier, n'ont pas idée de ce qu'elle pourra représenter dans quelques années. Cela permettra peut-être de valoriser l'intervention du généraliste en milieu rural grâce à une mise en contact instantanée avec un spécialiste à l'hôpital. Cela permettra peut-être la surveillance des patients à distance. Cela permettra peut-être à l'orthoptiste de faire immédiatement appel à l'ophtalmologue.

Le champ est immense. Il faut libérer cette technologie : ce sera donner un accès de qualité plus rapidement à tous les patients et à moindre coût.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Monsieur Quatennens, mon objectif n'est pas de faire des économies ; il est de faire rentrer dans le droit commun des procédures qui sont réalisées en permanence par les professionnels de santé, mais hors cadre. Je crois qu'à un moment, il faut que la société et la législation s'adaptent à une réalité de terrain que nous n'avons pas vu arriver, tant cela a été rapide.

Mon objectif n'est pas non plus que la télémédecine soit le seul moyen de lutter contre les déserts médicaux ; c'en est un parmi d'autres, quand il manque un spécialiste, par exemple un dermatologue, dans une région. Si l'on peut gagner trois mois pour avoir un avis sur un grain de beauté, c'est toujours ça de gagné ! C'est une chance pour le patient que d'avoir accès à la télé-expertise.

Je suis convaincue que la télémédecine est outil formidable, mais aussi qu'il peut y avoir des risques. J'ai donc saisi la Haute Autorité de santé pour qu'elle fasse des recommandations sur cette pratique. Pour autant, je crois qu'il faut que la télémédecine rentre dans le droit commun et que ses tarifs soient négociés, dans le cadre conventionnel, par la CNAMTS.

Je voudrais aussi répondre à Mme Ménard au sujet du *numerus clausus*, parce que j'entends beaucoup de bêtises à ce propos – étant précisé, madame Ménard, que je ne vise pas là votre intervention, mais ce que l'on en dit en général. Si nous ouvrons le *numerus clausus* en 2018 – je ne dis pas que je suis contre : je pense que tout peut être envisagé –, les médecins qui auront été formés par suite de cette ouverture seront sur le marché, si je puis dire, ou plutôt en exercice sur notre territoire entre 2030 ou 2035. Or la densité médicale augmentera à partir de 2025 et atteindra un niveau supérieur à celui d'aujourd'hui, car on a commencé à ouvrir le *numerus clausus* en 2007. Si la densité médicale va continuer à baisser jusqu'en 2020 en raison des départs à la retraite, à partir de 2025, il est évident qu'elle augmentera.

Les questions que nous devons nous poser, collectivement, sont donc les suivantes : de combien de médecins aurons-nous besoin en 2030 ou 2035 ? À quoi ressemblera l'exercice de la médecine à cette époque ? De quels outils disposerons-nous ? Je pense qu'avant d'ouvrir le *numerus clausus*, il faut que nous ayons cette réflexion collective. Je veux bien que cela passe par une mission parlementaire, mais je souhaite aussi y réfléchir dans le cadre du ministère. Ce qui est certain, c'est qu'avant de prendre la moindre décision sur le *numerus clausus*, il est nécessaire de prendre un moment pour nous poser, afin de ne pas réitérer les erreurs du passé, c'est-à-dire être en retard de quinze ans sur la démographie médicale et les besoins. (*Applaudissements sur les bancs du groupe REM.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Claire Pitollat, pour soutenir l'amendement n° 406.

**Mme Claire Pitollat.** La télémédecine constitue un levier essentiel pour l'amélioration de l'accès aux soins, sur le plan tant financier que territorial. Son essor à l'échelle nationale doit être soutenu, de même que les dispositions prévues par l'article 36, qui permettent d'inclure les actes de télémédecine dans le cadre du financement de droit commun.

Toutefois, la télémédecine ne conservera son utilité de résorption des inégalités d'accès aux soins que si ses tarifs demeurent accessibles. En outre, il est impératif d'assurer la sécurité et la qualité des soins. Dans cette phase de transition, il est indispensable que la consultation classique demeure le mode d'exercice principal, et la télémédecine, le mode d'exercice accessoire. À cet effet, le présent amendement propose d'habiliter les partenaires conventionnels à fixer les tarifs d'actes de télémédecine dans la limite des tarifs des actes classiques. Un tel plafonnement garantirait l'accessibilité à la télémédecine, tout en préservant l'attractivité de l'exercice classique. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe REM.*)

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Madame la députée, votre amendement cherche à limiter la rémunération des actes de télémédecine mais, comme cela a été dit en commission, c'est aux partenaires conventionnels qu'il reviendra d'en évaluer la valeur. Ces actes seront d'ailleurs de nature différente, suivant qu'il s'agisse de télé-expertise ou de téléconsultation.

Tout cela relève traditionnellement du champ de la négociation conventionnelle. Je vous suggère donc de retirer votre amendement.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Demande de retrait ; à défaut, l'avis serait défavorable.

**M. le président.** Madame Pitollat, retirez-vous votre amendement ?

**Mme Claire Pitollat.** Oui, monsieur le président, je le retire. (*L'amendement n° 406 est retiré.*)

**M. le président.** Je suis saisi de plusieurs amendements, n°s 716 deuxième rectification, 940 rectifié, 322 et 1161, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 322 et 1161 sont identiques.

La parole est à Mme Nicole Sanquer, pour soutenir l'amendement n° 716 deuxième rectification.

**Mme Nicole Sanquer.** L'intégration dans le droit commun tarifaire des actes de télémédecine et de téléconsultation est une excellente option. Toutefois, vous comprendrez notre préoccupation s'agissant de la concertation. Il est indispensable que cette thématique nouvelle, créatrice de liens renouvelés entre la ville et l'hôpital, au service des parcours de soins et de vie des patients à domicile, associe d'emblée les professionnels de santé et les fédérations hospitalières représentatives des secteurs public et privé.

**M. le président.** La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 940 rectifié.

**M. Francis Vercamer.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 322.

**M. Pierre Dharréville.** Le développement des nouvelles pratiques dont nous parlons doit se faire en associant les principaux intéressés, notamment les professionnels de santé. Aussi proposons-nous, à travers le présent amendement, la création d'une commission de la télémédecine regroupant les représentants des personnels hospitaliers, des médecins libéraux et des caisses d'assurance maladie.

Une telle commission pourrait rendre des avis utiles sur la mise en œuvre des orientations en matière de télémédecine. Un certain nombre d'écueils doivent en effet être évités en la matière, qu'il s'agisse de la marchandisation de la santé ou de l'introduction de la médecine dans une sorte de concurrence libre et non faussée. La protection des données doit également être assurée.

En commission, M. le rapporteur général a dit comprendre le sens de cet amendement tout en le repoussant pour des raisons techniques, au motif qu'il ouvrirait une brèche dans le droit conventionnel. Il ne coûte pourtant pas très cher, et il enverrait un signal positif, aux professionnels de santé comme aux patients, tout en renforçant la démocratie sanitaire.

**M. le président.** La parole est à Mme Nathalie Bassire, pour soutenir l'amendement n° 1161.

**Mme Nathalie Bassire.** La télémédecine est une solution novatrice pour remédier à un certain nombre de problèmes que nous avons évoqués. Dans ces conditions, l'amendement

prévoit la création d'une commission de la télémédecine auprès de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie – UNCAM.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur ces différents amendements ?

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Comme je l'ai expliqué à propos de l'amendement précédent, c'est à la négociation conventionnelle qu'il revient de déterminer la valeur des actes de télémédecine. Néanmoins, ces amendements soulèvent une question, qui d'ailleurs n'est pas propre à la télémédecine puisqu'elle concerne l'ensemble des actes et consultations externes. La définition de la valeur des actes relève du champ conventionnel, donc des syndicats de médecins libéraux exclusivement, réunis autour de la table en présence de l'assurance maladie et de l'organisation des complémentaires de santé. Les hôpitaux, eux, sont exclus de la négociation alors même qu'ils réalisent un très grand nombre de ces actes.

Je comprends donc la volonté de les associer à la détermination de la valeur des actes de télé-expertise, d'autant qu'ils ne manqueront sans doute pas d'être activement impliqués dans cet enjeu crucial qu'est l'accès de tous à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire. Je n'ai donc pas de réponse à apporter à ce stade, mais ce qui est sûr, c'est que celle proposée par les amendements n'est visiblement pas satisfaisante. Avis défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Défavorable.

*(Les amendements n<sup>os</sup> 716 deuxième rectification et 940 rectifié, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)*

*(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 322 et 1161 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 233.

**M. Jean-Pierre Door.** Le sujet est très important. Je veux rappeler à celles et ceux qu'il intéresse que la DHOS – direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins – a publié, en novembre 2008, un excellent – et édifiant – rapport sur la place de la télémédecine dans l'organisation des soins.

Nous souhaitons mettre fin au caractère expérimental de la télémédecine afin de la généraliser, pour partie en confiant aux partenaires conventionnels, comme le rapporteur général vient de le dire, le soin de déterminer les conditions de réalisation et de tarification des actes de téléconsultation ou de télé-expertise.

Le moment me semble bien choisi pour évoquer une expérience que j'ai menée au niveau local, dans un territoire durement touché, le dernier de France en matière de démographie, à savoir la région Centre et le Gâtinais. Avec l'aide de plusieurs mairies, qui mettent des locaux à disposition, et grâce à l'implication des infirmières locales, libérales ou salariées, ainsi que des médecins installés, retraités ou hospitaliers – internes ou chefs de clinique –, nous sommes prêts à mettre en place la télémédecine et disposons des appareillages nécessaires pour ce faire.

J'ai rencontré la directrice de l'Agence régionale de santé et me suis adressé à la région. À présent j'attends que l'on passe aux actes ; à cette fin je vous rencontrerai, madame la

ministre, ainsi que vos services. Nous attendons un engagement financier du FIR, le fonds d'intervention régional. Les choses peuvent aller très vite et, dès le début de l'année prochaine, nous serons en mesure de répondre aux besoins de la population dans cinq ou six communes. Rappelons que 60 % des passages aux urgences du centre hospitalier local sont injustifiés.

**M. le président.** Merci de conclure.

**M. Jean-Pierre Door.** Cette année, on a dénombré 70 000 entrées aux urgences, contre 15 000 il y a quelques années. Nous avons donc un défi à relever.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** L'expérimentation dont vous venez de parler, monsieur Door, concerne la téléconsultation.

**M. Jean-Pierre Door.** Oui !

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Votre amendement, lui, a trait à la télésurveillance, laquelle fait appel à des dispositifs médicaux. Le remboursement est donc conditionné à une évaluation par la Haute Autorité de santé.

Votre amendement, à mon sens, ne concerne pas votre expérimentation. La télésurveillance peut être mise en œuvre, par exemple, pour un cas de diabète, au moyen d'un appareil connecté.

**M. Jean-Pierre Door.** Oui, je sais : mon amendement évoque la téléconsultation !

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Non, son exposé sommaire évoque l'entrée de la « [télésurveillance] dans le droit commun ». Or la télésurveillance, je le répète, n'entre pas dans le droit commun : elle doit être évaluée, car elle est un dispositif médical.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 233 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 536.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Rédactionnel.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 536, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 1153.

**Mme Caroline Fiat.** Nous retirons cet amendement et les deux suivants afin d'en revoir la rédaction d'ici à l'année prochaine.

S'agissant du *numerus clausus*, évoquer un horizon de douze ou de quinze ans ne fera que repousser encore l'échéance. C'est dès à présent qu'il faut s'atteler au problème, si l'on entend le régler.

Nous ne sommes pas contre la télémédecine, madame la ministre, nous demandons seulement qu'elle soit bien encadrée.

D'autre part, beaucoup de déserts médicaux sont également des zones blanches : il convient aussi d'en tenir compte, car la télémédecine ne peut évidemment bien fonctionner dans ces zones.

*(L'amendement n° 1153 est retiré.)*

**M. le président.** La parole est à M. Brahim Hammouche, pour soutenir l'amendement n° 499.

**M. Brahim Hammouche.** L'article 36 introduit des expérimentations en matière de télémédecine, dont les cahiers des charges seront arrêtés par les ministres en charge de la santé et de la Sécurité sociale.

Afin de garantir la sécurité des patients, le présent amendement tend à circonscrire le champ de ces expérimentations aux seuls professionnels définis par l'article L. 4111-1 du code de la santé publique.

En effet, la télémédecine – ou médecine à distance – ne doit pas être pratiquée par des structures pouvant employer des professionnels de santé dont l'exercice n'est pas reconnu, ou être sous-traitée à des structures employant des professionnels de santé dont l'exercice n'est pas reconnu, sur le sol français ou à l'étranger.

*(L'amendement n° 499, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 196.

**M. Gilles Lurton.** Cet amendement tend à supprimer les alinéas 14 à 17 de l'article.

La disposition prévue à l'alinéa 14 constitue à nos yeux un frein incompréhensible à toute inscription sur la liste des produits et prestations remboursables – LPPR –, pendant la durée des expérimentations, de dispositifs médicaux communicants « dès lors que leur indication inclut le diagnostic, la prévention, le contrôle ou le traitement d'une pathologie prévue dans l'un des cahiers des charges ».

Cette disposition va aussi à l'encontre de la volonté fortement exprimée par les pouvoirs publics d'encourager et de développer le suivi à distance des patients.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Je veux d'abord rappeler la sensibilité de la représentation nationale à la situation de certaines entreprises innovantes, pour lesquelles l'inscription sur la LPPR est un sésame et un signal fort pour la prise en charge par les régimes de sécurité sociale des pays étrangers. Il s'agit donc d'un enjeu de compétitivité et d'excellence pour nos PME, notamment au sein de la filière des dispositifs médicaux : je n'y reviens pas.

Sur la dérogation proposée, la commission a toutefois émis un avis défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Défavorable également.

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton.

**M. Gilles Lurton.** C'est dommage : de nouveaux dispositifs médicaux très performants auraient pu être utilisés dans ce cadre.

*(L'amendement n° 196 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 537.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Rédactionnel.

*(L'amendement n° 537, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 130 et 1073.

La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 130 de la commission.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Je laisse le soin à M. Hammouche de présenter l'amendement n° 1073, qui lui est identique.

**M. le président.** Vous avez la parole, monsieur Hammouche.

**M. Brahim Hammouche.** Cet amendement déposé par le groupe MODEM vise à ce que l'évaluation multidimensionnelle ne se limite pas à un cadre médico-économique trop restrictif, comme c'est le cas pour les évaluations en cours en matière de téléconsultation et de télé-expertise.

Des indicateurs qualitatifs appropriés doivent impérativement être établis, et l'évaluation porter sur cinq dimensions au moins : l'accessibilité aux soins, les pratiques et l'organisation des soins, la qualité de prise en charge des patients, la satisfaction des patients et les coûts liés aux soins.

Dans la mesure où la télésurveillance a un impact sur l'organisation des soins et les pratiques des professionnels, l'évaluation doit impliquer l'ensemble des soignants mobilisés et prendre en compte leur expertise d'usage. Il en va de même pour la satisfaction des patients.

*(Les amendements identiques n°s 130 et 1073, acceptés par le Gouvernement, sont adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 538.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Rédactionnel.

*(L'amendement n° 538, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Brahim Hammouche, pour soutenir l'amendement n° 489.

**M. Brahim Hammouche.** L'amendement tend à substituer, à la fin de la seconde phrase de l'alinéa 19, à la date : « 30 septembre 2021 », la date : « 30 juin 2019 ».

De fait, les expériences ont déjà commencé en 2014 : c'est ce qu'indique le rapport de septembre 2016 de la HAS consacré aux expérimentations relatives à la prise en charge par la télémédecine. Il convient par conséquent d'aller très vite, et de se donner les moyens pour le faire. Le déploiement de la télésurveillance ne doit accuser aucun nouveau retard.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission, monsieur le rapporteur général ?

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement, madame la ministre ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je m'en remets à la sagesse de l'Assemblée. (« Ah ! » sur les bancs du groupe MODEM.)

*(L'amendement n° 489 est adopté.) (Applaudissements sur les bancs du groupe MODEM.)*

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 1105.

**M. Pierre Dharréville.** Je fais également preuve de sagesse en vous présentant cet amendement (*Sourires*) ; il me semble en effet nécessaire d'encadrer la pratique de la télémédecine. Un amendement précédent proposait d'encadrer les tarifs : je l'aurais volontiers voté, mais nous n'en sommes plus là.

Celui-ci propose l'élaboration d'une charte des bonnes pratiques de la télémédecine en concertation avec les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et leurs représentants.

Il y a quelque temps, le président du syndicat des médecins s'est dit séduit par la télémédecine, tout en précisant qu'elle impliquait une présence accrue des médecins, s'agissant d'une relation qui est, par nature, une relation humaine. Cela soulève beaucoup de questions. La télémédecine ne saurait pallier tous les manques dont souffre notre système de soins et de santé, qui, hélas, risquent de s'aggraver. Quoi qu'il en soit, une charte des bonnes pratiques relative à la télémédecine pourrait permettre d'approfondir utilement la réflexion.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission, monsieur le rapporteur général ?

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Mon avis est défavorable, car le code de la santé publique prévoit déjà que les acteurs d'un projet de télémédecine signent une convention qui organise leurs relations et les conditions dans lesquelles ils mettent en œuvre les obligations qui leur incombent. En outre, j'ai demandé à la Haute Autorité de santé de définir le cadre et les bonnes pratiques des actes de télémédecine. L'amendement est donc satisfait.

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Dharréville.

**M. Pierre Dharréville.** Ma proposition ne s'oppose pas à ce que vous venez de dire, madame la ministre, et elle aurait permis d'approfondir la démocratie sanitaire.

*(L'amendement n° 1105 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Michèle de Vaucouleurs.

**Mme Michèle de Vaucouleurs.** Madame la ministre, pourriez-vous nous donner une réponse sur l'amendement n° 499, qui concerne l'encadrement de la télémédecine ? Nous ne voulons pas, en effet, qu'elle puisse être pratiquée par des structures pouvant employer des professionnels de santé dont

l'exercice n'est pas reconnu, ni sous-traitée à des structures employant, sur le sol français ou à l'étranger, des professionnels de santé dont l'exercice n'est pas reconnu.

**M. le président.** Ma chère collègue, je vous ai donné la parole pour une explication de vote sur l'article 36. Mme la ministre ne peut pas vous répondre à ce stade.

La parole est à Mme Audrey Dufeu Schubert.

**Mme Audrey Dufeu Schubert.** La télémédecine représente une perspective d'innovation, mais à quoi servirait l'innovation sans bénéfice pour les usages – pour les usagers, en l'occurrence ? Il s'agit d'une vraie opportunité pour les patients.

Développer la télémédecine revient à renforcer l'accessibilité aux soins, à réduire les inégalités en santé et à permettre une réelle démocratie sanitaire. La télémédecine possède un vrai potentiel d'amélioration des conditions de soins pour les patients, car elle permet d'éviter de l'inconfort, de l'attente et du temps de transport bien souvent laborieux.

Bref, la télémédecine est un levier de performance de notre système de soins et de rationalisation du temps soignant.

Elle représente également un gain anthropique, organisationnel, sanitaire et de confort pour tous, donc je vous invite à voter cet article.

*(L'article 36, amendé, est adopté.) (Applaudissements sur de nombreux bancs du groupe RÉM.)*

#### Après l'article 36

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 143.

**M. Jean-Pierre Door.** La législation actuelle sur la télémédecine ne permet pas de s'assurer que les actes de téléradiologie sont réalisés conformément à la réglementation. Des sociétés à bas coût sont ainsi apparues qui ne garantissent pas du tout le respect de la réglementation et de la déontologie. Elles ne respectent pas non plus les tarifs médicaux réglementaires.

Cet amendement prévoit un décret définissant des règles communes, comme celles inscrites dans la charte élaborée par le conseil professionnel de la radiologie et cosignée par le conseil national de l'ordre des médecins. Des règles comme celles-ci permettraient de garantir le respect des conditions d'un acte médical, de sa tarification, du traitement des dossiers des patients.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission, monsieur le rapporteur général ?

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Avis défavorable. Nous en avons parlé en commission : il n'y a pas d'acte de téléradiologie en tant que tel, la télémédecine ne répondant pas à une approche par discipline médicale.

Vous soulevez un problème important, mais qui, à mon sens, ne peut se résoudre par une mesure législative, l'application de la déontologie relevant de la compétence ordinaire. Il appartient aux radiologues eux-mêmes de s'organiser pour ne pas laisser perdurer des pratiques qui seraient contraires à la déontologie.

Sur la forme, vous réintroduisez un alinéa, supprimé à l'article 36, qui se justifiait lorsque la télémédecine relevait du cadre expérimental. Ce n'est désormais plus le cas, ce qui pose un problème de lecture juridique. Je vous propose de retirer l'amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement, madame la ministre ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je demande le retrait de l'amendement, sinon mon avis serait défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Door.

**M. Jean-Pierre Door.** Je le retire.

*(L'amendement n° 143 est retiré.)*

### Article 37

**M. le président.** Je suis saisi de plusieurs amendements, n°s 541, 542, 543, 544 et 545, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Olivier Véran, pour les soutenir.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il s'agit d'amendements rédactionnels.

*(Les amendements n°s 541, 542, 543, 544 et 545, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 131.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Dans sa grande sagesse, la commission a proposé de supprimer une disposition du projet de loi, la procédure d'instruction accélérée des commissions de hiérarchisation des actes et prestations – CHAP –, destinée à dessaisir temporairement les CHAP de leur compétence pour laisser le soin à l'UNCAM de décider unilatéralement de l'inscription des actes à la nomenclature en cas de blocage.

Au cours des auditions que nous avons menées dans le cadre de l'examen de ce projet de loi, nous avons en effet constaté qu'un tel dessaisissement, même temporaire, n'était pas de nature à instaurer un rapport de confiance avec les professionnels de santé. En outre, l'exercice de cette compétence par les CHAP n'a semble-t-il donné lieu à aucun blocage depuis 2011.

Nous préférons donc laisser aux partenaires conventionnels la possibilité d'apporter eux-mêmes le type de garanties envisagées, dans le respect des compétences mutuelles.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement, madame la ministre ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Un avis de sagesse.

*(L'amendement n° 131 est adopté et l'amendement n° 546 tombe.)*

**M. le président.** La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 944.

**M. Francis Vercamer.** Les coopérations entre professionnels de santé ouvrent aux professionnels paramédicaux la possibilité de pratiquer certains actes médicaux. Cette organisation

permet de proposer aux patients des délais plus courts pour certains soins et aux médecins d'être plus disponibles pour des consultations et des actes ne pouvant être délégués.

L'amendement vise à modifier l'article de façon à prévoir un examen du protocole de coopération au niveau national et non pas seulement à l'échelle régionale. Afin de simplifier le régime d'autorisation, il pose par ailleurs le principe selon lequel le silence de l'ARS et de la HAS vaut décision d'autoriser le protocole. L'objectif est de faciliter la coopération entre professionnels de santé.

*(L'amendement n° 944, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

*(L'article 37, amendé, est adopté.) (Applaudissements sur quelques bancs du groupe REM.)*

### Article 38

**M. le président.** La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 948.

**M. Francis Vercamer.** Le présent amendement vise à restaurer une marge de rétrocession fixe pour les établissements de santé, car sa suppression porterait atteinte à la qualité du circuit pharmaceutique.

En effet, les établissements publics de santé assurent une activité de rétrocession de médicaments, et ce service doit pouvoir être financé pour couvrir les frais de gestion et de dispensation des médicaments complexes nécessitant une information du patient et une surveillance.

*(L'amendement n° 948, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 959.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

*(L'amendement n° 959, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 957.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Rédactionnel également.

*(L'amendement n° 957, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Danièle Obono, pour soutenir l'amendement n° 1005.

**Mme Danièle Obono.** Les alinéas 28 et 29 de l'article 38 veulent faire supporter le coût réel des soins onéreux de la liste en sus aux patients relevant de systèmes de sécurité sociale étrangers. Une telle disposition pourrait s'avérer à terme néfaste pour notre système sanitaire si elle conduisait ces patients à renoncer aux soins.

Notre système de sécurité sociale est solidaire des travailleurs qui s'assurent entre eux, de leur famille et de toutes celles et ceux qui, dans notre pays, ont besoin d'aide sanitaire.

À l'heure où les égoïsmes et les peurs empêchent l'Europe d'aller, comme il se doit, vers ceux qui se pressent à nos frontières, nous nous honorerions à supporter les coûts des soins, même onéreux, donnés à des patients relevant de systèmes de sécurité sociale étrangers.

**Mme Caroline Fiat.** Très bien !

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission, monsieur le rapporteur général ?

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Notre avis n'a pas changé depuis notre assez long débat en commission, il est défavorable.

**M. le président.** Quelle est la position du Gouvernement, madame la ministre ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Madame la députée, il me semble que vous avez une mauvaise compréhension de la mesure ; en aucun cas, celle-ci ne vise à faire payer davantage une personne résidant en France en raison de sa nationalité.

Nous souhaitons ici que les hôpitaux puissent facturer les molécules onéreuses aux personnes venant d'un État membre de l'Union européenne ou d'un État avec lequel la France a conclu une convention en matière de sécurité sociale.

Nous constatons en effet qu'un nombre croissant de patients viennent se soigner dans des hôpitaux français dans le but de bénéficier de molécules onéreuses. L'impossibilité de facturer ces molécules représente une perte sèche grandissante pour les établissements hospitaliers.

Par cette mesure, nous instaurons une transparence pour le régime étranger qui envoie ses assurés en France, nous favorisons l'attractivité des hôpitaux français, et nous rétablissons surtout une certaine équité entre ces assurés d'un autre État et les assurés français, à qui ces molécules sont en fait facturées par le biais des groupes homogènes de séjour – GHS – et de la liste en sus. Avis défavorable.

*(L'amendement n° 1005 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 931.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Rédactionnel.

*(L'amendement n° 931, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

*(L'article 38, amendé, est adopté.)*

### Avant l'article 39

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 1098 portant article additionnel avant l'article 39.

**M. Pierre Dharréville.** J'ai évoqué tout à l'heure la situation des centres de santé à partir des cas de Port-Saint-Louis-du-Rhône et de Port-de-Bouc. Je voudrais évoquer la situation de l'hôpital en prenant l'exemple du centre hospitalier de Martigues où, il y a quelques jours, les personnels ont tenu à exprimer leur ras-le-bol et leur souffrance « physique et psychologique ». À l'hôpital de Martigues, malgré des efforts incessants, le déficit ne fait que s'aggraver. Le manque d'effectifs criant, toutes catégories confondues, dans tous les services, et le manque de moyens engendrent

une souffrance tant psychologique que physique. Les personnels revendiquent plus haut et plus fort « le droit au respect et à la dignité ». Pour cela, ils réclament des effectifs décents et l'intégration de tous les précaires. Je rappelle que le PLFSS prévoit 1,2 milliard d'euros de restrictions. C'est évidemment ce sujet que nous abordons dans notre amendement.

Madame la ministre, vous avez exprimé le souhait de commencer à sortir de la tarification à l'activité, la T2A, une pratique que nous contestons depuis très longtemps, comme vous le savez. Mais dans quelle direction voulez-vous aller ? Sur ce point, vos intentions restent floues.

Vous indiquez qu'il faut financer l'hôpital en fonction de la pertinence des soins car 30 % des dépenses de santé ne seraient pas justifiées. Pouvez-vous nous dire sur quelles études ou sur quels rapports vous vous appuyez pour arriver à de telles conclusions, et sur quelles bases et selon quels critères les services de l'État – ou qui, d'ailleurs ? – pourront évaluer la pertinence des soins ?

Pour notre part, nous ne souscrivons pas à une philosophie qui porterait en elle la logique de compression des coûts, une logique qui prédomine depuis 2004 et qui empêche les hôpitaux de remplir leur mission de service public.

Si vous me le permettez, monsieur le président, je défendrai également l'amendement n° 323 tendant à supprimer l'article 39. En commission, monsieur le rapporteur général, vous nous avez reproché de ne supprimer que la carotte et pas le bâton, de ne supprimer que l'incitation et pas la sanction. Nous avons donc déposé l'amendement n° 1098, qui vise à supprimer les sanctions financières pour les hôpitaux qui ne respecteraient pas les objectifs, et l'amendement n° 323, qui vise à supprimer l'incitation. Nous sommes opposés à ce pilotage par la rentabilité.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Monsieur Dharréville, vous avez dit beaucoup de choses en défendant ces deux amendements dans un temps très contraint. Cependant, peu de choses correspondent au contenu réel de vos amendements. L'amendement n° 1098 vise à supprimer des pénalités sans faire disparaître la logique de sanctions, comme vous l'avez dit. Quant à l'amendement n° 323, il vise à supprimer la notion d'intéressement.

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins – CAQES – n'introduit pas un financement à la performance ou à la qualité, mais un encouragement supplémentaire qui vient s'ajouter au financement habituel des établissements de santé, en fonction de critères qui ne sont pas du tout la durée moyenne du séjour ou ce genre de choses, mais plutôt la prescription de médicaments génériques ou de biosimilaires – des critères qui ne concernent pas le soin à proprement parler.

Mme la ministre voudra peut-être vous répondre à propos de la réforme hospitalière ou de la pertinence des soins en général, même si ce sujet pourrait nous occuper pendant un bon moment.

Encore une fois, l'objectif est de sortir par le haut du tout-T2A. L'article 35 permettra d'expérimenter, en lien avec la médecine de ville, de nouvelles façons de payer des soins. Il s'agit également de valoriser davantage les soins de qualité, ce qui ne se fera pas au détriment du reste. Bref, ce n'est pas du tout la logique que vous craignez qui guide ces articles.

Cela n'enlève rien au débat que nous aurons sur l'avenir de l'hôpital, qui n'attend pas une réforme structurelle de plus – il en a assez des réformes qu'il absorbe tous les trois ou quatre ans – mais souhaite avoir les moyens et la possibilité de donner des soins dans les meilleures conditions. C'est aussi la demande relayée par les professeurs de santé que vous rencontrez et que je rencontre également.

Avis défavorable sur les amendements n<sup>os</sup> 1098 et 323, mais je persiste et signe : la description que vous avez faite ne correspond pas à vos amendements.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je tiens moi aussi à rassurer M. Dharréville : la pertinence des soins n'a pas pour objectif de faire des économies – cela peut en faire, parfois, mais cela peut aussi entraîner des dépenses. Ce qui compte, c'est que l'on ait prescrit le bon acte à la bonne personne et au bon moment.

Il est vrai que 30 % des prescriptions médicales, qu'il s'agisse des actes ou des médicaments, sont aujourd'hui inutiles. Je parle bien des prescriptions médicales et non des dépenses de santé dans leur globalité – comme j'ai été un peu vite hier et que M. Woerth a plaisanté à ce sujet, je précise bien que ce n'est pas 30 % de l'ONDAM qui pourrait être économisé mais 30 % des prescriptions. Un rapport de l'OCDE évoque ce phénomène pour tous les pays industrialisés. La France n'y échappe pas : selon une enquête menée auprès de la Fédération hospitalière de France, les médecins considèrent eux aussi que 30 % de leurs actes ne sont pas pertinents.

Je peux vous donner des milliers d'exemples issus de la pratique médicale où les médecins prescrivent des actes inutiles voire dangereux pour les malades. Beaucoup d'entre nous ont déjà reçu un patient se plaignant de douleurs nécessitant un scanner. En attendant de passer ce scanner deux ou trois semaines plus tard, le médecin prescrit une radio : il sait qu'elle n'apportera pas de réponse, mais cet acte permet de faire patienter le malade et de le rassurer. Voilà un acte non pertinent ! De même, beaucoup d'entre nous ont déjà vu, lors de visites à l'hôpital, des malades hospitalisés pendant une semaine, attendant un acte de chirurgie, à qui l'on faisait tous les jours des prises de sang pour justifier leur séjour hospitalier. Je pense que tous les médecins présents dans cette assemblée savent de quoi je veux parler.

La pertinence est une notion nouvelle, que personne n'a encore osé poser sur la table. Aucun malade ne se demande jamais si ce qu'on lui prescrit est pertinent ou non. Cependant, en tant que médecins, nous savons tous que de nombreux actes inutiles pourraient être évités, et que beaucoup d'entre eux sont nuisibles pour les malades et ne sont pas des actes de qualité. Nous avons des marges de progrès immenses de ce côté-là. Toute ma politique consiste donc à veiller à la pertinence des soins, pour préserver la qualité de ceux-ci et assurer le bien-être des malades à qui l'on évitera des actes inutiles.

Nous savons combien d'actes de chirurgie sont inutiles. Le jour où nous avons posé la question de la pertinence des appendicectomies, nous avons réduit de 70 % le nombre de ces actes réalisés dans notre pays, ce qui veut bien dire que tous les malades opérés n'avaient pas l'appendicite. Soyons raisonnables ! Nous avons des marges de progrès.

La politique que je mène est une politique de raison, qui ose dire les choses. Ce n'est pas une politique de restriction pour des raisons économiques. (*Applaudissements sur les bancs du groupe REM.*)

**M. Brahim Hammouche.** Très bien !

(*L'amendement n<sup>o</sup> 1098 n'est pas adopté.*)

### Article 39

**M. le président.** Deux oratrices sont inscrites sur l'article 39.

La parole est à Mme Caroline Fiat.

**Mme Caroline Fiat.** Quand je lis que l'article 39 vise à « accroître la pertinence et la qualité des soins », je me dis que vous avez dû vous tromper de texte ou que vous en avez oublié le titre. En effet, il ne s'agit pas, même en apparence, d'améliorer la qualité des soins, mais seulement de faire des économies. Cet article incite les personnels hospitaliers à en faire toujours plus avec le moins possible, sans se poser de questions sur l'utilité des tâches réalisées.

Quand un établissement manque de moyens, la solution n'est pas de le priver encore plus. On ne soigne pas l'anorexie avec des produits de minceur ! Comme le dit le psychanalyste et professeur de psychologie Roland Gori, « l'obsession de la rentabilité à grand renfort de technique nous déshumanise ».

L'exercice des professions médicales contredit les enseignements initiaux dispensés aux futurs agents hospitaliers. En effet, la réussite de notre système de soins, louée par le monde entier, repose sur une profonde humanité et une empathie entre le soignant et le patient apprises de longue date. Quand le patient devient client, quand le soignant devient gestionnaire, c'est tout l'équilibre des structures de santé qui est perturbé. Quand vous incitez à valoriser les bons élèves, qui se révèlent être les grands austéritaires, et frappez dans le même temps ceux qui continuent d'investir dans la qualité des soins, vous ne faites qu'aggraver la situation.

Si vous avez les moyens d'investir, faites-le de façon urgente dans les bâtiments des établissements de santé ! Mardi, une collègue aide-soignante s'est fait agresser dans les vestiaires du CHU de Bordeaux. Un vestiaire n'était pas sécurisé, ce que le personnel n'arrêtait pas de dénoncer. Je pense pouvoir m'exprimer au nom de tous les parlementaires pour souhaiter à cette personne un prompt rétablissement. Je vous remercie d'au moins consacrer les moyens nécessaires à la sécurité des personnels soignants. (*Applaudissements sur les bancs du groupe FI.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Annie Vidal.

**Mme Annie Vidal.** Des moyens, nous pouvons en trouver si nous arrêtons de faire systématiquement des examens cyto bactériologiques des urines aux urgences, si nous arrêtons de poser une perfusion à tous les patients qui se présentent aux urgences, ou si nous arrêtons de faire systématiquement des radios pulmonaires au lit. En somme, si nous arrêtons d'engager des dépenses pour des actes qui n'apportent rien à la qualité de la prise en charge, les économies réalisées permettront peut-être de faire d'autres investissements. (*Applaudissements sur les bancs du groupe FI.*)

**M. le président.** Je suis saisi de trois amendements, n<sup>os</sup> 323, 1070 et 1076, de suppression de l'article 39.

La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 323.

**M. Pierre Dharréville.** Je l'ai déjà défendu tout à l'heure, monsieur le président.

**M. le président.** La parole est à Mme Danièle Obono, pour soutenir l'amendement n° 1070.

**Mme Danièle Obono.** L'article 39 s'inscrit dans ce que nous considérons comme un mouvement de mise en concurrence des organismes et des services publics. Sa logique laisse songeur, puisqu'il s'agit de donner davantage de moyens aux bons élèves dans les domaines de la qualité et des économies réalisées dans le fonctionnement des établissements. Cet article constitue donc une sorte de carotte que l'on agiterait pour pousser les gestionnaires à en faire toujours plus selon l'adage du service public néolibéral : « faire mieux avec moins ». Si ce pari est tenu, l'état budgétaire se desserrera un peu. Pour ceux qui n'y parviennent pas, il n'y aura pas de carotte mais peut-être le bâton. À l'instar de ce qui se passe pour les universités, à qui l'on donne plus quand elles vont bien, ou pour les bons élèves, à qui l'on réserve les meilleures et plus coûteuses conditions d'études, l'article 39 donne plus à ceux qui ont plus et moins à tous les autres.

Ce mode de fonctionnement faisant la part belle à l'économie inspire une gestion comptable chez les administrateurs et administratrices qui, obsédés par les présentations « Power point », renoncent à prendre en compte la situation réelle de leurs établissements.

Au cours des dernières semaines, nous avons pu entendre, dans divers reportages, l'appel de soignants qui s'élèvent contre cette logique – je pense d'abord à celles et ceux qui témoignent dans l'excellent documentaire sur le *burning-out* à l'hôpital diffusé fin septembre.

Mme la ministre a évoqué la question de la pertinence, qui me semblait pourtant faire partie de la formation des médecins et des soignants. Je pensais qu'il s'agissait du critère utilisé pour prescrire des soins, que cette notion n'était pas nouvelle et qu'elle contribuait même naturellement à la qualité des soins. Or l'article 39 s'inscrit dans une logique où le seul critère pertinent est celui de la rentabilité et de la mise en concurrence. Cette logique va à l'encontre de la qualité des soins et de la possibilité de prescrire des actes correspondant véritablement aux besoins des patients. C'est pourquoi nous vous invitons à voter cet amendement de suppression.

**M. le président.** La parole est à Mme Ericka Bareigts, pour soutenir l'amendement n° 1076.

**Mme Ericka Bareigts.** Il est défendu.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur ces amendements de suppression ?

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Je crois vraiment qu'il y a une confusion. Le dispositif du CAQES, qui fait l'objet de l'article 39, ne concerne pas la façon dont on doit organiser, diligenter les soins ou rémunérer les soignants. Il ne concerne pas non plus la durée moyenne de séjour, la T2A ou la performance. L'article 39 n'évoque rien de tout cela.

Le CAQES est une incitation, pour les établissements, à développer un certain nombre de méthodes telles que l'achat de génériques, la prescription de biosimilaires, le bon usage des antibiotiques ou la déclaration systématique des événements indésirables graves... Il n'a rien à voir avec l'abattage

d'actes, le tri de patients ou une quelconque pression à l'activité, qui peuvent exister par ailleurs. Il s'agit vraiment d'un dispositif totalement différent !

En supprimant ce dispositif, nous supprimerions le peu d'indicateurs de qualité dont nous disposons à ce stade à l'hôpital. Certes, il faut aller plus loin dans les dispositifs visant à évaluer la qualité et mettre en place des indicateurs transparents que l'on puisse communiquer aux usagers. Tant que des patients m'appelleront le lundi matin, pendant mes consultations, pour me demander où leur grand-mère doit se faire opérer de la hanche ou surtout dans quel établissement il ne faut pas qu'elle aille, c'est qu'on aura des problèmes d'indicateurs de qualité et de transparence. Rien de tout cela ici !

Je le répète, le CAQES est un dispositif très fonctionnel, qui répond à la demande des établissements et les encourage à développer des bonnes pratiques, lesquelles ne concernent pas les soins mais, par exemple, les achats groupés.

Encore une fois, je pense que ces amendements de suppression sont un tout petit peu à côté du cœur de cible. Avis défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Défavorable.

**M. le président.** La parole est à Mme Florence Granjus.

**Mme Florence Granjus.** La notion de pertinence m'évoque, à moi qui suis issue du service public de l'emploi, la fourniture de la bonne prescription au bon moment. Dans le cadre du service public de l'emploi, nous avons développé la pertinence des prescriptions adressées aux demandeurs d'emploi en mettant en place des groupes de travail et des échanges de pratiques.

Il en est résulté une amélioration du taux de satisfaction des usagers en matière de service rendu. Initialement, la bataille n'était pas gagnée, car personne n'avait envisagé le secteur public de l'emploi en termes de pertinence des prescriptions adressées aux demandeurs d'emploi, alors même que le chômage est une grave maladie de notre société.

**M. le président.** La parole est à Mme Caroline Fiat.

**Mme Caroline Fiat.** Si le mot « pertinence » ne nous pose aucun problème, la pertinence des soins elle-même découle du serment d'Hippocrate. Si un médecin ne le respecte pas et opère sans nécessité, cela pose problème ! Dès lors, nous prenons ici le problème à l'envers. Quelle est la pertinence du diplôme obtenu par un médecin qui opère sans en avoir le droit ?

Nous avons bien compris le sens de l'article. J'ai perdu le fil de mon propos, qui aurait néanmoins été très intéressant. (*Sourires.*) Quoi qu'il en soit, le serment d'Hippocrate, nous ne le retirerons pas !

(*Les amendements identiques n°s 323, 1070 et 1076 ne sont pas adoptés.*)

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 132 rectifié.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il a été adopté en commission. Je précise, en hommage au travail réalisé, qu'il découle d'amendements déposés par des membres des groupes MODEM et LR. Je partage entièrement leur volonté

de mieux associer le corps médical à la signature des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins – CAQES – par le biais des commissions et conférences médicales d'établissement.

Si le corps médical n'y est pas associé en amont, comment le mobiliser pour atteindre les objectifs de pertinence des prescriptions? C'est pourquoi je propose d'y associer les commissions et conférences médicales d'établissement. J'espère que cet amendement répond à la demande que vous avez formulée en commission, chers collègues des groupes MODEM et LR.

**Plusieurs députés du groupe MODEM.** Oui, merci!

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Avis très favorable.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Door.

**M. Jean-Pierre Door.** L'amendement n° 168, dont je suis le premier signataire, est quasiment identique à celui-ci. Il bénéficie donc de la moitié d'un avis favorable. Nous n'avons pas tout perdu ce soir. Merci, madame la ministre! (*Sourires.*)

*(L'amendement n° 132 rectifié est adopté et l'article 39 est ainsi rédigé ; en conséquence, les amendements n° 168, 495, 1083 et 334 tombent.)*

#### Après l'article 39

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements portant articles additionnels après l'article 39.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 169 rectifié.

**M. Jean-Pierre Door.** Il est défendu.

*(L'amendement n° 169 rectifié, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 170 rectifié.

**M. Gilles Lurton.** Il est défendu.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Cet amendement propose de créer un CSCAQES – comité de suivi du CAQES. La commission a émis un avis défavorable.

*(L'amendement n° 170 rectifié, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

#### Article 40

**M. le président.** La parole est à M. Joël Aviragnet, premier orateur inscrit sur l'article.

**M. Joël Aviragnet.** La notion de pertinence des soins constitue une solution intéressante dans le cadre de la maîtrise des coûts. Elle permet en tout cas d'adopter une autre attitude en matière de maîtrise des budgets des hôpitaux, qu'il est nécessaire de renforcer nettement en dépit de la situation actuelle. Cette notion offre des possibilités d'autant plus intéressantes qu'il existe entre les régions

des variations quantitatives importantes. En effet, elle suppose de définir au préalable les soins qui sont pertinents et ceux qui le sont moins. Vous avez évoqué quelques exemples intéressants, madame la ministre.

Sur cet article, le groupe Nouvelle Gauche ne peut qu'être à vos côtés et nous vous encourageons à aller le plus loin possible en ce sens.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Door.

**M. Jean-Pierre Door.** Si l'intention de l'article est louable, indiquer sur une ordonnance le contexte ou le motif de la prescription est assez chronophage pour les médecins et les professionnels de santé en général, pour lesquels cela constitue une charge administrative supplémentaire. En outre, cela tend à remettre en cause la liberté de prescription et peut-être même le secret médical. Indiquer sur une ordonnance les raisons pour lesquelles le patient consulte me semble regrettable et peut poser un problème.

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 548.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** C'est un amendement rédactionnel.

*(L'amendement n° 548, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 201.

**M. Gilles Lurton.** Cet amendement vise à supprimer l'obligation de certification par la Haute Autorité de santé des activités de présentation, d'information ou de promotion dont les dispositifs médicaux font l'objet. Cette certification accroîtrait les charges administratives et financières qui pèsent sur un secteur déjà très contraint. Composé à 92 % de TPE et de PME, celui-ci est déjà confronté à l'intégration, en trois ans à peine, des exigences du nouveau règlement européen relatif aux dispositifs médicaux.

Cette certification est, par ailleurs, disproportionnée, car elle obligerait à procéder à la certification de plus de 1 800 entreprises et de 603 prestataires. Elle ferait double emploi avec le système de management de la qualité des entreprises, qui fait l'objet d'une certification externe sous forme d'audits annuels réalisés par des organismes accrédités par les États membres de l'Union européenne.

En outre, elle ne permettra aucune économie. Elle est donc déconnectée de l'objet du PLFSS. Elle méconnaît, par ailleurs, le fonctionnement du secteur des dispositifs médicaux, qui est distinct de celui du médicament. En particulier, ceux-ci suscitent peu de phénomènes de surprescription.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Avis défavorable. Si l'objectif visé par votre amendement, monsieur Lurton, est la suppression de la mise en place d'une procédure de certification visant à encadrer les chartes de publicité relatives aux dispositifs médicaux, celui-ci aboutit au même résultat pour les entreprises pharmaceutiques.

**M. Gilles Lurton.** Non!

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je suggère le retrait de l'amendement, car l'amendement n° 984 que s'apprête à soutenir M. le rapporteur général répond à vos préoccupations, monsieur Lurton. En effet, il renvoie la formulation des conditions de la certification à un décret qui pourra faire l'objet d'une consultation des acteurs et permettra de mettre en place un mécanisme adapté aux spécificités du secteur.

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton.

**M. Gilles Lurton.** Voilà une réponse ! Je retire donc mon amendement et compte sur vous, madame la ministre, pour bien intégrer ce qu'il propose dans le futur décret. *(Applaudissements sur quelques bancs des groupes REM et MODEM.)*

*(L'amendement n° 201 est retiré.)*

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 984.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il vient d'être parfaitement présenté.

*(L'amendement n° 984, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 549.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** C'est un amendement rédactionnel.

*(L'amendement n° 549, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 200.

**M. Gilles Lurton.** Mme la ministre me dira peut-être que cet amendement sera pris en compte dans le décret susmentionné, ce qui m'arrangerait et me permettrait de le retirer. Il vise à supprimer l'obligation de certification des logiciels d'aide à la prescription ou à la délivrance. En effet, elle sera sans utilité, car elle fera double emploi avec les certifications effectuées dans le cadre du marquage CE, rigoureusement indispensable à la commercialisation des dispositifs médicaux.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Votre amendement, monsieur Lurton, anticipe une décision future de la Cour de justice de l'Union européenne relative à l'assimilation ou non des logiciels d'aide à la prescription – LAP – à des dispositifs médicaux – DM. Selon les conclusions de l'avocat général, les LAP seraient assimilables à des DM.

Aucune décision n'a encore été prise et il importe de raisonner à droit constant. Je vous propose donc de retirer votre amendement, d'autant plus qu'il ne faut pas perdre de vue l'objectif de l'alinéa 15. Les LAP sont indispensables à la prescription. Il s'agit d'une mesure très attendue par de nombreux professionnels de santé.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Il s'agit d'un sujet très important. Je regrette que les LAP ne fassent pas l'objet à l'avenir d'une certification par la Haute Autorité de santé. Voici pourquoi. Lorsque le scandale de la Dépakine a éclaté,

nous nous sommes rendu compte que certains médecins ne disposaient pas de l'information ou ne l'avaient pas prise en compte.

Le dernier référentiel de certification de la Haute Autorité de santé, que j'ai fait voter par son collègue l'an dernier, oblige les éditeurs de LAP à placer des alertes dans leurs logiciels. Il va évidemment à l'encontre de leur volonté, car il complique leurs procédures de certification. Que ces logiciels répondent à des certifications définies par la Haute Autorité de santé constitue un atout pour notre société. Les compléter par de telles spécificités renforce la sécurité de nos concitoyens.

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton.

**M. Gilles Lurton.** Je retire l'amendement. Nous reparlerons certainement de ce sujet.

*(L'amendement n° 200 est retiré.)*

**M. le président.** La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 954.

**M. Francis Vercamer.** Il est défendu.

*(L'amendement n° 954, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 198.

**M. Gilles Lurton.** Il propose de supprimer, à l'alinéa 17, les mots « de la présentation, de l'information ou ». Il nous semble que l'obligation d'information relève strictement de la responsabilité des fabricants d'après la réglementation européenne.

*(L'amendement n° 198, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 199.

**M. Gilles Lurton.** Il propose de substituer, à l'alinéa 17, le mot « publicité » au mot « promotion », par cohérence avec l'article L. 5213-1 du code de la santé publique qui définit la notion de publicité et inclut celle de promotion.

*(L'amendement n° 199, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de trois amendements, n°s 550, 552 et 578, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Olivier Véran.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il s'agit de trois amendements rédactionnels.

*(Les amendements n°s 550, 552 et 578, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 133.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** La rédaction de l'article, s'agissant du constat de manquement à la charte, me semblait ambiguë, car on pouvait presque comprendre que le dispositif reposait sur un système de dénonciation d'autres entreprises du secteur. Nous avons donc proposé

une nouvelle rédaction. En effet, c'est une chose de pouvoir se plaindre de pratiques illégales, mais c'en est une autre de pouvoir expressément compter sur l'action des professionnels du secteur à ce qui est appelé pudiquement, dans le texte initial, une « constatation du manquement ».

Pour pouvoir agir juridiquement et, éventuellement, sanctionner, le Comité économique des produits de santé – CEPS – doit être en mesure de constater les manquements. Fidèle à cet esprit, la nouvelle rédaction adoptée par la commission renvoie au domaine réglementaire les conditions dans lesquelles ce constat est établi. Je serai particulièrement attentif à ce que la rédaction du décret ne laisse subsister aucune ambiguïté.

*(L'amendement n° 133, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 197.

**M. Gilles Lurton.** Il est essentiel qu'un bilan de l'application de la charte des activités de présentation, d'information ou de promotion dans le secteur du dispositif médical puisse être présenté par le ministère de la santé après une application de deux années. Tel est le sens de l'amendement.

*(L'amendement n° 197, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Danièle Obono, pour soutenir l'amendement n° 980.

**Mme Danièle Obono.** Si l'usage de la visite médicale chez les praticiens libéraux est moins répandu que par le passé, il se développe en revanche dans les hôpitaux publics. Avec ses produits dérivés et ce qui s'apparente à de véritables stratégies d'influence, la visite médicale à l'hôpital n'est plus adaptée à une médecine transparente et débarrassée des conflits d'intérêts. Nous pensons, et j'espère que vous nous suivrez sur ce point, que l'interdiction de la publicité dans les hôpitaux publics s'impose.

Nous souhaitons appeler votre attention sur le fait que, par « publicité », le code de la santé publique n'entend pas la correspondance ou les informations nécessaires à la connaissance et l'usage d'un produit pharmaceutique. Ainsi, les industriels auront toujours la possibilité d'informer les professionnels de santé, mais sans les démarcher.

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

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** La commission a émis un avis défavorable sur cet amendement. On ne peut pas interdire la publicité pour un dispositif médical, dont la publicité est autorisée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – ANSM. Ce serait disproportionné. Par ailleurs, ce n'est pas une compétence du Comité économique des produits de santé. Le choix qui a été fait dans ce texte consiste à privilégier plutôt la certification : c'est le choix qui paraît le plus cohérent.

*(L'amendement n° 980, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 234.

**M. Jean-Pierre Door.** Je vous ai posé une question tout à l'heure, madame la ministre, à laquelle vous n'avez pas répondu. Tout le monde souhaite améliorer la pertinence des soins, cela va de soi. Mais ce n'est pas, selon moi, en inscrivant sur l'ordonnance la motivation et le contexte de la consultation que nous y contribuerons. Il me semble que cela reviendrait à remettre en cause le principe très important, à la fois pour le patient et pour le médecin, du secret médical. Personne ici n'aimerait, lorsqu'il sort de chez le médecin, avoir une ordonnance indiquant les raisons pour lesquelles il est traité. Cette disposition a le double défaut de constituer une charge administrative supplémentaire pour le médecin et d'être totalement contraire au secret médical.

**Mme Danièle Obono.** Vous avez raison !

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Monsieur Door, nous partageons votre volonté d'épargner du temps médical et de réduire à la fois les contraintes administratives et la paperasserie, et il est clair que nous devons avoir une réflexion sur le temps médical et le temps de soin.

Cela étant, dans ce cas précis, la disposition est aussi un moyen de lutter contre l'antibiorésistance. Un certain nombre de médicaments antibiotiques, qui peuvent être des médicaments de deuxième ou de troisième ligne, ne doivent être prescrits que sous certaines conditions, par exemple en étant accompagnés d'une antibiothérapie. Les mésusages, en ce domaine, font courir le risque de voir s'accroître l'antibiorésistance des Françaises et des Français.

La rédaction de cet article laisse espérer que ce dispositif n'aura pas un caractère systématique, mais qu'il sera réservé à certains cas particuliers. Il s'agira alors de joindre à la prescription des éléments démontrant qu'elle est parfaitement adaptée. Je répète que cette pratique restera circonscrite puisqu'elle vise, dans certains domaines bien précis, à lutter contre les mésusages.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je confirme que cette disposition vise à éviter les mésusages pour certains médicaments qui suscitent de grandes inquiétudes. Il s'agit d'un dispositif d'exception qui pourra, dans certains cas, se substituer aux ordonnances d'exception. Il ne fera pas perdre de temps au médecin, puisqu'on pourra intégrer cela dans les logiciels de prescription.

Par ailleurs, cette pratique a déjà cours à l'hôpital. Lorsque vous prescrivez un médicament extrêmement onéreux, vous devez préciser à la pharmacie de l'hôpital la raison pour laquelle vous le faites. Pourquoi, dès lors, cela ne se ferait-il pas en ville ?

Enfin, les personnes qui liront l'ordonnance – je pense notamment aux pharmaciens – seront soumises au secret médical.

Parce que cette disposition est un outil qui nous aidera à améliorer la santé publique, je vous invite à retirer votre amendement.

**M. le président.** Monsieur Door, retirez-vous votre amendement ?

**M. Jean-Pierre Door.** J'entends les arguments qui relativisent le caractère chronophage de la mesure. En revanche, je reste sur ma position pour ce qui concerne le secret médical, et je suis hostile à ce que soient indiqués sur les ordonnances la motivation et le contexte de la prescription. Vous savez bien que les ordonnances circulent, qu'elles ne passent pas directement des mains du praticien dans celles du pharmacien, qu'elles peuvent aussi transiter par divers secrétariats, voire arriver chez un employeur. Une ordonnance peut tomber n'importe où, car le propre de l'ordonnance est malheureusement de traîner. Or il me semble qu'il y a là une remise en cause du secret médical – peut-être est-ce parce que je n'exerce plus, mais je n'ai pas oublié ce principe.

**M. Gilles Lurton.** Non ! Vous avez parfaitement raison !

**M. le président.** La parole est à M. Julien Borowczyk.

**M. Julien Borowczyk.** Je m'étais d'abord, comme vous, monsieur Door, un peu ému de cet article. Mais, après relecture, il m'apparaît que son périmètre est extrêmement restreint. Le rapporteur général a évoqué l'antibiothérapie et je songe aussi aux prescriptions hors autorisation de mise sur le marché – AMM. Je comprends votre interrogation sur le secret médical, mais cette disposition ne concerne qu'un domaine de prescriptions très restreint, pour lequel, du reste, les médecins avaient déjà à se justifier.

S'agissant de l'ordonnance, c'est un document qui doit garder un caractère confidentiel. Il est normal que d'autres professionnels de santé, comme le pharmacien, y aient accès, mais c'est à chaque patient qu'il revient de veiller à ce qu'elle ne sorte pas de ce périmètre.

*(L'amendement n° 234 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 553.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

*(L'amendement n° 553, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 203.

**M. Gilles Lurton.** Il s'agit encore d'un amendement relatif aux dispositifs médicaux. Les médecins et les chercheurs qui siègent dans cet hémicycle savent mieux que moi ce qu'est un dispositif médical, mais je tiens à préciser de quoi il s'agit pour ceux de nos collègues qui l'ignorent.

Un dispositif médical est une innovation, que les chercheurs mettent du temps à élaborer, et dont on ne connaît pas d'emblée tous les usages. Il peut s'agir de techniques opératoires ou d'appareils à implanter dans le corps des patients. Ces dispositifs font faire de grands progrès à la médecine et améliorent notre santé, et leur efficacité dépend pour beaucoup de la manière dont ils sont utilisés.

Ces produits ne génèrent pas de phénomènes de surprescription. En effet, lorsqu'on pose une valve cardiaque, par exemple, on n'en pose qu'une.

**M. Jean-Pierre Door.** On peut parfois en poser deux ou trois !

**M. Gilles Lurton.** Oui, vous avez raison, mais vous comprenez ce que je veux dire. Ces produits n'entraînent pas non plus de surconsommation. Or j'ai un peu de mal à comprendre le sens de l'alinéa 45, qui évoque les dispositifs médicaux « n'ayant pas d'impact important sur les dépenses d'assurance maladie ». Qu'entendez-vous par là ? Comment évalue-t-on l'impact de ces dispositifs médicaux, dont certains sont extrêmement coûteux ? Les progrès de la recherche sont une chance pour notre pays, il faut continuer à les encourager. Cet amendement tend donc à supprimer l'alinéa 45 qui, pour nous, ne veut pas dire grand-chose.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Monsieur Lurton, un impact important, c'est un seuil autour de 30 à 50 millions d'euros pour les dépenses d'assurance maladie, pour une classe de produits comparables.

*(L'amendement n° 203 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 134.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il s'agit d'un amendement adopté par la commission. L'article 40 prévoit une modification substantielle du régime de publicité des dispositifs médicaux auprès des professionnels de santé. Cette modification pose plusieurs questions. D'abord, elle impose au secteur des dispositifs médicaux un formalisme administratif plus lourd, alors qu'il convient plutôt de libérer les énergies dans ce secteur économique important pour la France.

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

D'autres voies pourraient être recherchées, notamment par le ciblage des dispositifs médicaux qui poseraient un problème. Il s'agirait de modifier l'arrêté ciblant les dispositifs médicaux présentant un risque important pour la santé humaine, prévu par l'article L. 5213-4.

*(L'amendement n° 134, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 554.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

*(L'amendement n° 554, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 982.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il s'agit d'un amendement de coordination, monsieur le président.

*(L'amendement n° 982, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

(L'article 40, amendé, est adopté.)

#### Après l'article 40

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 701, portant article additionnel après l'article 40.

**M. Gilles Lurton.** J'avais déjà eu l'occasion de défendre cet amendement l'année dernière, dans le cadre du PLFSS pour 2017, mais Mme Marisol Touraine n'aimait pas beaucoup mes amendements. (*Sourires.*) Il y a des gens ici qui ne les aimaient pas beaucoup non plus... et qui ne les aiment pas davantage aujourd'hui. (*Mêmes mouvements.*) Mais quand j'entends certains d'entre vous, je me dis que mes amendements n'étaient pas si mauvais que cela, voyez-vous ! Enfin, je prends tout cela avec humour.

Le décret 2016-1381 du 12 octobre 2016 « relatif aux conditions de délivrance de verres correcteurs ou de lentilles de contact oculaire correctrices et aux règles d'exercice de la profession d'opticien-lunetier » donne la même durée de validité de l'ordonnance médicale pour la primo-délivrance de l'équipement optique ou son renouvellement. Le cas d'une délivrance de produits optiques avec une ordonnance ancienne de plusieurs années, laquelle n'aurait pas été utilisée initialement, peut par conséquent se poser.

Cet amendement tend à ce que, pour la première délivrance, les verres correcteurs et les lentilles de contact oculaire correctrices, dont la prescription médicale date de moins d'un an, puissent être remboursés par l'assurance maladie, dans les conditions prévues à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Monsieur Lurton, je partage votre passion des dispositifs médicaux, car ce sont des sujets importants qui peuvent nous amener à évoluer.

**M. Gilles Lurton.** Bravo !

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Je ne parle pas de l'amendement, (*Sourires*) mais de notre passion commune pour ces dispositifs. Pourquoi ne pas envisager d'en confier l'analyse à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale, par exemple ? Je vous sais actif au sein de cette mission, et il pourrait être utile de mener aussi ces discussions très techniques en dehors du PLFSS.

L'amendement tend à limiter la durée de validité de l'ordonnance portant délivrance de verres et de lentilles de contact. Cette mesure se justifie par la nécessité de réduire les délais d'attente chez les ophtalmologistes. Cet amendement pose, d'une manière plus générale, la question de la restructuration de la filière visuelle, à laquelle s'intéresse tout particulièrement Mme la ministre.

Avis défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** J'ose à peine le dire : avis défavorable. (*Sourires*)

(L'amendement n° 701 n'est pas adopté.)

#### Article 41

**M. le président.** La parole est à Mme Nathalie Élimas, inscrite sur l'article.

**Mme Nathalie Élimas.** Si le groupe MODEM soutient bien évidemment l'objectif de rationalisation et de réduction de la dépense, nous souhaitons toutefois, madame la ministre, vous interroger sur les dispositions de cet article 41, qui auront un impact sur le secteur de la santé à domicile.

Au regard de l'allongement de l'espérance de vie, ainsi que de l'évolution démographique et épidémiologique, le nombre de personnes dépendantes ou souffrant d'affections de longue durée connaîtra une croissance inéluctable. Leur prise en charge entraînera tout naturellement des coûts supplémentaires. Cette prise en charge est également appelée à croître, en cohérence avec les ambitions du Gouvernement pour un véritable virage ambulatoire.

Nous craignons notamment que cet article n'ait pour conséquence de limiter le nombre de patients pris en charge à domicile, afin de réaliser des économies.

Madame la ministre, pourrions-nous envisager de mettre en place des outils de régulation plus adaptés aux modèles de prestations de santé à domicile afin de prendre en compte les facteurs de l'évolution de la dépense, en lien avec la démographie, l'épidémiologie et la volonté politique d'un accroissement des prises en charge à domicile, tels que traduits par la stratégie nationale de santé ?

**Mme Nadia Essayan.** Très bien !

**M. le président.** La parole est à M. Francis Vercamer.

**M. Francis Vercamer.** J'avais déposé un amendement en article additionnel qui n'a pas passé le barrage de l'article 40, sans que je comprenne pourquoi, d'ailleurs. Je me permets d'intervenir sur cet article, par conséquent, à propos du développement de la prescription de médicaments génériques et de la maîtrise des dépenses de santé.

Vous l'avez dit vous-même en commission, madame la ministre, le taux de prescription des médicaments, bien qu'en hausse, peut être encore amélioré. Il était de 45,4 % en 2016 et de 42,8 % en 2015. Par ailleurs, le taux de substitution par les pharmaciens d'un médicament d'origine par un médicament générique était de 82,8 % en 2015, 83,2 % en 2016, l'objectif fixé étant de 86 %.

L'amendement que j'avais proposé tendait à ce que les pharmaciens aient une faculté élargie de délivrer un générique, même s'il était fait mention du caractère non substituable sur l'ordonnance. Comme je l'ai dit, je ne sais pourquoi cet amendement est tombé sous le couperet de l'article 40. Peut-être pourriez-vous me donner votre avis.

**M. le président.** La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 453, tendant à supprimer l'article 41.

**Mme Emmanuelle Ménard.** Il est défendu.

(L'amendement n° 453, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n° 661 et 579, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Olivier Véran, pour les soutenir.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** L'amendement n° 661 est de précision, et l'amendement n° 579 est rédactionnel.

*(Les amendements n° 661 et 579, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 297.

**M. Gilles Lurton.** Cet amendement, rédigé par Mme Corneloup, malheureusement absente ce soir, tend à supprimer l'alinéa 5 de l'article.

L'article 41, tel qu'il est rédigé, vise à mettre en place un outil de régulation des produits et prestations relevant de la liste produits et prestations. S'inspirant des mécanismes utilisés pour le médicament, ce dispositif est incompatible avec les spécificités du secteur de la santé à domicile et entre en contradiction avec les ambitions du Gouvernement pour un véritable virage ambulatoire.

Les prestataires de santé à domicile représentent un métier de services qui emploie 20 000 salariés pour plus de 1,5 million de malades, personnes âgées dépendantes et personnes handicapées, et dont la structure de coûts est avant tout variable. En conséquence, le coût de la prise en charge d'un nouveau patient est pratiquement identique à celui du patient précédent, contrairement à ce qui se passe dans l'industrie du médicament.

Afin d'aller dans le sens de la stratégie nationale de santé, c'est-à-dire d'accroître le nombre de patients pris en charge à domicile pour générer des économies substantielles, cette disposition du PLFSS doit être supprimée au profit de modalités de régulation plus pertinentes qui agissent sur le volume de prescription et qui conditionnent éventuellement la dépense à l'efficacité du traitement.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Avis défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je voudrais rassurer M. Lurton. Cette baisse de prix tiendra compte du virage ambulatoire et du fait que les marges peuvent être moins importantes dans ce secteur. Pour autant, nous devons maintenir un mécanisme de régulation. Avis défavorable.

*(L'amendement n° 297 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n° 555 et 558, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Olivier Véran, pour les soutenir.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Ils sont rédactionnels.

*(Les amendements n° 555 et 558, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n° 580 et 559, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Olivier Véran, pour les soutenir.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Ils sont également rédactionnels.

*(Les amendements n° 580 et 559, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 210.

**M. Gilles Lurton.** Il est défendu.

*(L'amendement n° 210, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 205.

**M. Gilles Lurton.** Il est défendu également.

*(L'amendement n° 205, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 135.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Je laisse M. Adrien Taquet le présenter.

**M. le président.** La parole est à M. Adrien Taquet.

**M. Adrien Taquet.** L'article 41 concerne le renforcement des prérogatives du Comité économique des produits de santé en matière d'information, de certification et de négociation.

En défendant vaille que vaille l'amendement que j'avais déposé en commission, j'ai voulu mettre en lumière un sujet sur lequel je fus alerté il y a plusieurs mois, à de nombreuses reprises, par des personnes en situation de handicap physique lourd : le prix des véhicules pour personnes handicapées, les VPH, parfois bien plus élevés en France qu'à l'étranger, ce qui représente un coût élevé pour la Sécurité sociale.

Cet amendement, qui n'était qu'un amendement d'appel à l'origine, a commencé à porter ses fruits puisqu'il a permis aux services de l'Assemblée nationale, dont je salue le travail, et à ceux de la Sécurité sociale, de comprendre les mécanismes en œuvre. Ce n'était pas évident, car beaucoup de décisions sont prises par voie réglementaire ou relèvent de pratiques anciennes. Par ailleurs, c'est au niveau interministériel que les décisions se prennent, car l'organisme certificateur pour les VPH, le CERAH – centre d'études et de recherche sur l'appareillage des handicapés –, dépend de l'institution des Invalides et par conséquent du ministère de la défense, non de celui de la santé.

L'amendement a également été l'occasion de s'assurer que l'achat d'un VPH moins cher à l'étranger ouvre bien droit à une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pourvu qu'il soit inscrit sur la liste des produits et prestations remboursables, la LPPR.

L'achat à l'étranger n'est pas le plus simple pour l'utilisateur, mais, s'agissant de la régulation des prix, cet article 41 devrait permettre au Comité économique des produits de santé de se pencher sérieusement sur le sujet, notamment en réalisant des comparaisons internationales dont nous ne disposons pas aujourd'hui, ce qui est assez étonnant. C'est une exigence ancienne que la révision de la liste des produits et prestations remboursables, qui remonte au ministère de Roselyne Bachelot. Cette demande est renouvelée à chaque nouveau ministère.

C'est pourquoi je retire, si j'en ai le droit, cet amendement, en comptant sur vous, madame la ministre, pour avancer sur ce sujet avec vos services et le Comité économique des produits de santé.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Dans la mesure où cet amendement avait été adopté en commission contre mon avis, je suis d'accord pour le retirer. Je salue à nouveau, monsieur Taquet, votre détermination et votre engagement en faveur des personnes porteuses de handicaps. Nous avons besoin de députés comme vous dans cet hémicycle.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Monsieur le député, je suis prête à en discuter avec vous, car l'importance de ces mesures commande que nous y travaillions encore.

*(L'amendement n° 135 est retiré.)*

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 560.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il est rédactionnel.

*(L'amendement n° 560, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

*(L'article 41, amendé, est adopté.)*

#### **Rappel au règlement**

**M. le président.** La parole est à M. Francis Vercamer, pour un rappel au règlement.

**M. Francis Vercamer.** Je souhaiterais une suspension de séance de cinq minutes.

**M. le président.** Elle est de droit.

#### **Suspension et reprise de la séance**

**M. le président.** La séance est suspendue.

*(La séance, suspendue à vingt-trois heures cinquante-cinq, est reprise le samedi 28 novembre à zéro heure dix.)*

**M. le président.** La séance est reprise.

#### **Après l'article 41**

**M. le président.** Nous en venons aux amendements portant articles additionnels après l'article 41.

La parole est à M. Adrien Quatennens, pour soutenir l'amendement n° 949.

**M. Adrien Quatennens.** Nous avons évoqué précédemment les vaccins, les antibiotiques et de nombreux autres sujets essentiels qui posent à chaque fois la question, qu'on ne peut balayer d'un revers de la main, des *lobbies* pharmaceutiques. Je souhaite mettre en lumière un dispositif problématique dans lequel les intérêts de l'industrie pharmaceutique sont particulièrement concernés.

Actuellement, ce sont les laboratoires qui fixent eux-mêmes le montant de l'indemnité qu'ils perçoivent pour la délivrance de médicaments ayant reçu une autorisation temporaire d'utilisation. Le Comité économique des produits de santé prend acte du montant fixé. Je le répète, les laboratoires décident eux-mêmes du montant de l'indemnité : c'est ce qu'indique le site du ministère des solidarités et de la santé. Les industries pharmaceutiques peuvent ainsi faire des bénéfices considérables sur des médicaments lors de leur lancement.

Il nous semble de bon sens de laisser au Comité économique des produits de santé le soin de fixer le montant des indemnités versées aux industries pharmaceutiques pour la mise à disposition des médicaments ayant fait l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation.

Pour arrêter ces indemnités, nous suggérons de retenir le critère du coût de production des médicaments. J'ose espérer, chers collègues, que vous mesurez le défi que représente cet amendement.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il faut penser au contexte, monsieur Quatennens. À l'hôpital, on a besoin de médicaments en autorisation temporaire d'utilisation parce qu'ils apportent une innovation qui répond à une demande pressante pour les malades. Exceptionnellement, je mentionnerai ma profession de neurologue dans l'exercice de laquelle il m'arrive d'avoir besoin, pour des maladies particulièrement difficiles, de recourir très rapidement à des médicaments qui ont été développés à l'étranger et qui ne sont pas encore disponibles en France. S'il fallait attendre qu'un prix soit accordé par le CEPS, qui a déjà énormément de travail, et, surtout, s'il fallait attendre qu'aboutisse, entre les laboratoires et le CEPS, la concertation bilatérale qui se déroule ordinairement pour la fixation définitive du prix d'un médicament, on retarderait l'arrivée dans le milieu hospitalier, pour les malades qui en ont besoin, des médicaments les plus innovants.

Cela étant, le dispositif d'ATU prévoit aussi, une fois que le prix définitif du médicament est arrêté, que le laboratoire reverse le différentiel entre le prix qu'il avait fixé dans le cadre de l'ATU et le prix définitif issu des négociations avec le CEPS. En réalité, il s'agit plus d'une avance sur marge qui est intégralement récupérée une fois que le prix définitif a été fixé.

Honnêtement, cet amendement nous empêcherait d'avoir accès dans les bons délais à des médicaments dont nos malades ont vraiment besoin.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Avis défavorable. Le mécanisme de fixation du prix des médicaments est complexe. L'adoption de l'amendement priverait l'État d'un temps de négociation précieux. En effet, s'il était sous la pression des associations de malades qui attendent un médicament, le CEPS devrait fixer le prix dans un délai extrêmement contraint et il serait gêné dans la négociation par la demande des patients.

Fort heureusement, le mécanisme des ATU permet à ceux-ci d'avoir accès très tôt au médicament, quel que soit son prix, tout en laissant ensuite au CEPS le loisir de mener sa négociation. L'État, ayant plus de temps, dispose aussi de plus de moyens pour réduire le prix. Le laboratoire reverse

ensuite le trop-perçu pendant l'ATU. Nous sommes donc totalement protégés. Votre amendement aurait l'effet inverse de celui que vous recherchez.

*(L'amendement n° 949 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Danièle Obono, pour soutenir l'amendement n° 956.

**Mme Danièle Obono.** L'amendement vise à demander un rapport sur le remboursement intégral des traitements hormonaux.

L'amélioration des techniques et produits médicaux assure un meilleur accès aux soins mais représente un coût de plus en plus important. L'accès aux soins ne peut être réservé à celles et ceux à qui leurs moyens le permettent. La Sécurité sociale, basée sur le principe selon lequel chacune et chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins, doit permettre cet accès à toutes et à tous. L'ensemble des situations qui nécessitent un traitement hormonal, comme l'hyperthyroïdie ou le parcours de changement de sexe, doit donc être pris en charge par la Sécurité sociale.

Nous demandons au Gouvernement d'étudier les effets de cette prise en charge sur les finances de la Sécurité sociale, afin que nous puissions faire œuvre de progrès sanitaire en étendant le remboursement des traitements hormonaux.

**Mme Caroline Fiat.** Très bien !

*(L'amendement n° 956, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n° 969 et 1112, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Adrien Quatennens, pour soutenir l'amendement n° 969.

**M. Adrien Quatennens.** Nous aurions aimé avoir une réponse ou du moins un éclairage de la commission et du Gouvernement sur l'amendement précédent.

Le Comité économique des produits de santé, la Haute Autorité de santé et l'Agence nationale pour la sécurité du médicament et des produits de santé ont pour point commun d'être en rapport avec l'industrie pharmaceutique, qui dispose, en termes de *lobbying*, de moyens très importants.

En revanche, ceux des instances de régulation sont faibles. La crise du Levothyrox l'a encore montré récemment. Leurs missions – négociation des prix, régulation éthique et évaluation – ne devraient pas être séparées, si l'on exige une régulation forte face à une industrie puissante. Leurs moyens devraient être au moins triplés, compte tenu de la situation du CEPS et du retard avec lequel l'ANSM gère les crises sanitaires.

La mesure représenterait un gain important pour les finances sociales en contribuant à l'effort d'économies sur le médicament que le Gouvernement met en œuvre. Surtout, la souveraineté sanitaire des Français s'en porterait bien mieux. Il faudrait même aller plus loin et redonner à l'État, dans le cadre d'un grand pôle public du médicament, la possibilité de produire ses propres médicaments. Mais, dans la limite de ce PLFSS, nous nous contentons pour l'instant de vous proposer cette fusion de bon sens.

**Mme Caroline Fiat.** Très bien !

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 1112.

**M. Pierre Dharréville.** Les trente dernières années ont vu l'émergence de grands progrès thérapeutiques dans la prise en charge de certaines maladies graves et des approches réellement innovantes ont révolutionné le pronostic de certaines affections. Parallèlement, on assiste à une augmentation sans précédent des dépenses de médicaments. Nous avons déjà eu l'occasion d'en parler.

Une des causes principales de cette augmentation est le prix des médicaments innovants. En France, si la prise en charge du cancer représente 15 milliards par an, soit 10 % des dépenses d'assurance maladie, les médicaments anticancéreux comptent pour environ 3 milliards annuels, soit 2 % des dépenses, et leur prix augmente de façon rapide.

Les scandales sanitaires ont montré le besoin d'une intervention de la puissance publique. Le dernier en date concerne le Levothyrox, mais il y en a eu d'autres très récemment. Les décisions concernant le Levothyrox ont eu des effets néfastes pour des milliers de patients. Dans le même temps, l'industrie pharmaceutique se porte bien, puisqu'elle engrange des bénéfiques records qui – cela ne vous surprendra pas – vont dans les poches des actionnaires, non dans celles des salariés de ses filiales.

Tout cela ne fait qu'alimenter la défiance de nos concitoyens à l'égard des médicaments. Nous voulons élargir le champ des biens communs et, dans ce contexte, nous demandons la création d'un pôle public du médicament, qui répondrait à plusieurs objectifs : exiger la transparence des négociations avec l'industrie pharmaceutique grâce à l'ouverture des débats du CEPS à la société et aux médecins ; réévaluer régulièrement le montant, en fonction des profits dégagés, des dividendes reversés aux actionnaires ; obliger les compagnies pharmaceutiques à contribuer financièrement à la recherche clinique académique indépendante sur l'utilisation optimale des médicaments nouvellement enregistrés.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** La commission a émis un avis défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Si l'exposé sommaire des amendements est louable, je dois vous expliquer pourquoi la France a fait le choix d'avoir trois agences séparées, comme d'ailleurs tous les pays européens : c'est pour éviter le mélange des genres.

Les amendements aboutiraient exactement à l'inverse du but que vous recherchez. Pour évaluer la valeur ajoutée des médicaments, la France a choisi de se doter d'une haute autorité indépendante. Ainsi, des experts totalement indépendants évaluent la valeur ajoutée d'un médicament, quel que soit le prix revendiqué par l'industriel.

Cela permet à l'État de ne pas exercer de pression sur une instance scientifique indépendante, dont les liens d'intérêts avec les experts sont évidemment regardés de très près. Aucun pays au monde, en dehors de l'Italie, n'a choisi de réunir dans la même instance les experts qui évaluent la balance bénéfice-risque, ceux qui évaluent la valeur ajoutée et ceux qui négocient le prix. On peut, en effet, craindre que la négociation du prix n'influence la façon dont des experts scientifi-

ques évaluent la valeur ajoutée d'un produit. S'ils classaient un produit comme non utile sous prétexte qu'il coûterait trop cher, les malades en pâtiraient.

C'est pour épargner ce risque aux malades français que nous avons confié à une instance indépendante l'évaluation scientifique de la valeur ajoutée. Je comprends que vous ne compreniez pas, madame Fiat, mais c'est la réalité : la fusion dans une seule agence de trois types d'expertises différentes ayant des objets différents nuirait à la lisibilité comme à l'indépendance du dispositif.

Sur ces amendements, j'émet, par conséquent, un avis défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Dharréville.

**M. Pierre Dharréville.** J'entends vos objections, monsieur le rapporteur, madame la ministre, mais nous proposons justement un autre modèle. Ce qui me tient à cœur est que nous allions vers la création d'un pôle public pouvant assurer jusqu'à la production du médicament. J'aurais aimé avoir votre sentiment sur ce sujet.

*(Les amendements n<sup>os</sup> 969 et 1112, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Sabine Rubin, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 1178.

**Mme Sabine Rubin.** Par cet amendement, nous demandons la rédaction d'un rapport relatif à la surconsommation des médicaments de la classe des benzodiazépines. Commercialisées depuis les années soixante, les benzodiazépines sont des molécules qui agissent sur le système nerveux central. Elles sont indiquées dans le traitement de l'anxiété, des troubles sévères du sommeil et de l'épilepsie.

Vingt benzodiazépines et produits apparentés sont actuellement commercialisés en France, dont le plus connu est le Lexomil. Notre pays est le deuxième plus grand consommateur de benzodiazépines d'Europe. On estime à 13,5 % le nombre de Français consommateurs et la durée médiane du traitement est de sept mois, ce qui est très long compte tenu des effets secondaires nombreux.

La dernière note d'information de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé souligne : « Environ 23 % des effets indésirables graves déclarés avec les benzodiazépines sont des affections du système nerveux – somnolence, comas, convulsions voire, plus rarement, amnésies. Les affections psychiatriques représentent 12 % des effets indésirables graves des benzodiazépines anxiolytiques et 17 % des hypnotiques avec majoritairement des états confusionnels. » La consommation des benzodiazépines présente bien d'autres risques graves.

La rédaction d'un rapport ouvrirait un débat salutaire sur ces traitements. Il mettrait à jour leurs conséquences sanitaires indirectes et leur coût pour les finances sociales. Enfin, il permettrait d'évaluer l'opportunité d'une prise en charge de traitements alternatifs.

**Mme Danièle Obono.** Très bien !

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** L'amendement aborde un sujet important. La consommation de benzodiazépines est très élevée dans notre pays, notamment chez les personnes de plus de soixante-cinq ans. Toutefois, en 2015, un rapport a

montré que leur consommation était bien plus basse qu'en 2000. Je rappelle qu'une des motivations à la mise en place des rémunérations sur objectifs de santé publique – ROSP – était d'éviter que les médecins ne prescrivent deux benzodiazépines différentes à une personne âgée.

Pour des raisons de forme, je ne peux émettre un avis favorable. L'essentiel, pour le Gouvernement, est moins de remettre des rapports au Parlement que de mener une politique active de santé publique. Et puis, il y a déjà des rapports sur le sujet. La Haute Autorité de santé a émis une série de recommandations en 2008, qui ont été actualisées en 2015.

Il est important que les professionnels de santé s'en saisissent pleinement. C'est leur responsabilité première et il faut les accompagner. J'ai parlé des ROSP comme d'un moyen de le faire, mais il en existe d'autres. Un plan d'action CNAMTS-ANSM a été mis en place auprès des professionnels de santé, ainsi que du grand public.

Cela étant, si le sujet vous tient à cœur, rien n'empêche, dans le cadre de l'activité parlementaire, d'organiser une audition devant la commission des affaires sociales, si la présidente le souhaite, ou dans le cadre de travaux transpartisans que nous pourrions organiser entre nous. Il s'agit en effet d'un de ces sujets de santé publique dont j'aime à penser qu'ils échappent aux clivages politiques de base. C'est dans ce cadre qu'il faut traiter la question plutôt qu'en demandant un énième rapport au Gouvernement.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Avis défavorable. Cela dit, nul ne nie que la consommation de benzodiazépines soit un problème de santé publique. La CNAMTS la surveille de très près et en rend compte dans son rapport *Charges et produits*. Lorsque j'étais à la Haute Autorité de santé, nous avons élaboré un plan d'action avec l'ANSM et la CNAMTS, pour inciter les médecins à prescrire moins de benzodiazépines. Des documents ont été produits. Le plan d'action se poursuit. Comme le rapporteur général, je suggère d'auditionner des responsables de la CNAMTS, de la Haute Autorité de santé ou l'ANSM pour savoir où en est le plan d'action, qu'il faut continuer à développer. Ce serait plus efficace que demander encore un rapport.

**M. le président.** La parole est à Mme Caroline Fiat.

**Mme Caroline Fiat.** Madame la ministre, je sais que votre diplôme de médecin correspond à un niveau d'études beaucoup plus élevé que mon diplôme d'aide-soignante. J'ai bien entendu votre remarque : « Je comprends que vous ne compreniez pas, madame Fiat. » À peine méprisant !

*(L'amendement n<sup>o</sup> 1178 n'est pas adopté.)*

## Article 42

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 145.

**M. Jean-Pierre Door.** L'article 42 a trait au dispositif d'autorisation préalable, qui conditionne un remboursement du régime obligatoire à l'obtention d'un accord préalable du service médical de l'assurance maladie. Ce mécanisme existe déjà, mais le texte appelle quelques questions. Peut-être allez-vous me trouver quelque peu agaçant, mais je me mets à la place du praticien qui, dans son cabinet, fait la demande d'autorisation préalable. Dans quel délai peut-il

prétendre recevoir l'accord? Doit-il s'abstenir de prescrire dans l'attente de l'accord? Il est fort possible que le médecin dise à son patient qu'il ne peut prescrire un médicament dans l'attente de l'accord, qui peut arriver après huit jours, dix jours, trois semaines. De fait, le médecin-conseil de l'assurance maladie n'est pas à la disposition de chaque professionnel de santé, et il ne s'en trouve pas devant chaque porte de cabinet médical. Le médecin peut certes prescrire dans l'attente de l'accord et régulariser par la suite, mais alors il anticipe.

Vous demandez aux prescripteurs d'inscrire que l'accord n'est pas obtenu, mais je vois mal un praticien agir de la sorte. En tout état de cause, le patient ne sera pas remboursé de l'achat de ses médicaments.

Par ailleurs, la mention « NR », non remboursable, doit-elle être manuscrite ou figure-t-elle dans les logiciels métier? Si c'est manuscrit, cela peut être trafiqué.

Votre texte appelle donc un certain nombre de précisions matérielles. Je pense qu'il faut avoir toutes ces réponses avant de s'engager.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Je crois que mon embarras transparait lorsqu'on avait évoqué cet amendement en commission. C'est en effet le temps médical qui est en jeu. À l'heure actuelle, l'obligation d'apposer la mention « non substituable » à la main sur les ordonnances agace les médecins, ce que je peux comprendre, mais la suppression de ce dispositif pourrait affecter les patients. C'est donc une question délicate. De la même façon, le texte prévoit l'inscription de la mention « non remboursable ». Je comprends l'objectif poursuivi – assurer une meilleure information des usagers lorsqu'ils vont en pharmacie, mais on aurait pu considérer que le pharmacien informe lui-même le patient. Je rappelle l'avis de la commission, qui était défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je vais vous apporter quelques précisions, monsieur Door. L'obligation de la mention « non remboursable » est un moyen nécessaire pour renforcer l'information du patient quant au caractère remboursable ou non de sa prescription. Cela lui permet de savoir si elle sera prise en charge par l'assurance maladie. Les demandes d'accord préalable ont vocation à être informatisées, à l'avenir, ce qui offrira des délais beaucoup plus rapides au médecin. La mention « non substituable » le sera également. La réponse de l'assurance maladie est prévue dans les quinze jours, mais le silence vaut accord.

Toutefois, j'insiste sur le fait qu'on parle là de médicaments exceptionnels.

**M. Jean-Pierre Door.** Quand c'est urgent, on n'attend pas quinze jours!

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Cela ne concerne pas les médicaments urgents. On ne demande jamais d'accord préalable en pareil cas.

L'avis du Gouvernement est défavorable sur votre amendement.

*(L'amendement n° 145 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de trois amendements, n°s 562, 563 et 561, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Olivier Véran, pour les soutenir.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il s'agit de trois amendements rédactionnels.

*(Les amendements n°s 562, 563 et 561, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 347.

**Mme Emmanuelle Ménard.** En 2016, on considère que chaque foyer français disposait, chez lui, de 1,75 kilo de médicaments, dont 25 % n'avaient pas été utilisés, ce qui représentait un total de 19 000 tonnes de médicaments non utilisés.

Considérant le déficit de la Sécurité sociale et l'expérimentation de vente de médicaments à l'unité opérée entre 2014 et 2015, il apparaît que la vente à l'unité de médicaments n'est pas nécessaire dans le cadre de pathologies chroniques, mais qu'il faut encourager la prescription et la vente de médicaments à l'unité quand la prise du médicament est ponctuelle et limitée à un nombre de comprimés restreint. Cette prescription restrictive serait laissée à la libre appréciation du médecin, qui pourrait le spécifier sur l'ordonnance.

L'expérimentation qui a eu lieu entre 2014 et 2015 a concerné une centaine de pharmacies, qui se sont portées volontaires pour tester la vente de médicaments à l'unité pour quatorze antibiotiques. Le bilan s'est révélé mitigé, pour deux raisons : la lourdeur administrative et une logistique pas assez rodée. Rien, en somme, que de très facile à réformer ou à améliorer. Un tel dispositif a fait ses preuves en Grande-Bretagne ou en Allemagne, alors pourquoi pas en France?

Il se trouve, en outre, que les patients avaient plutôt favorablement accueilli l'expérimentation, manifestant un accord unanime pour réduire le gâchis. Voilà une bonne occasion de faire des économies sans léser personne!

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** La commission a donné un avis défavorable. La dispensation à l'unité d'un certain nombre de médicaments, dans le cas, par exemple, des traitements aigus, appelle une réflexion dans la durée. Toutefois, la prescription du nombre exact de comprimés ne fait pas sens tant qu'il existe des formats de distribution de médicaments à la boîte. L'une ne peut aller sans l'autre.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Beaucoup de patients se demandent en effet pourquoi nous n'avancions pas sur ce sujet, alors qu'il y a tant de gabegie. La réalité est assez technique.

L'expérimentation que vous avez évoquée, qui a eu lieu dans différentes pharmacies en régions, et qui s'est terminée l'année dernière, a montré de grandes difficultés quant à la traçabilité des médicaments. Le nombre de médicaments requis doit, en effet, être découpé pour être placé dans une boîte de dispensation, ce qui nécessiterait de modifier complètement la façon dont nous produisons et vendons les médicaments en France. En outre, une fois les médicaments découpés, il faut placer la notice d'utilisation dans la

boîte de dispensation, puis y faire figurer le numéro de lot de chaque médicament, sous peine de perdre la traçabilité du produit. En réalité, c'est extrêmement complexe. Il faut que l'on progresse sur ce sujet. Je n'oppose donc pas un non définitif à l'idée d'avancer sur la dispensation à l'unité, mais le sujet n'est encore pas mûr, pour des raisons tenant essentiellement à la sécurité et à la traçabilité des produits. L'avis est donc défavorable.

*(L'amendement n° 347 n'est pas adopté.)*

*(L'article 42, amendé, est adopté.)*

#### Après l'article 42

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 146 portant article additionnel après l'article 42.

**M. Jean-Pierre Door.** Il est défendu.

*(L'amendement n° 146, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

#### Article 43

**M. le président.** La parole est à M. Adrien Quatennens, pour soutenir l'amendement n° 911 tendant à la suppression de l'article.

**M. Adrien Quatennens.** Introduite en 2004, la procédure de mise sous accord préalable a été étendue à de nombreuses prestations et complétée en 2009 par le mécanisme préalable de mise sous objectif. Sous couvert de rationaliser les dépenses de l'assurance maladie, ce type de dispositif entrave la pratique médicale et ne permet que des économies de bout de chandelle en comparaison du montant global des dépenses d'assurance maladie.

Nous pensons que les praticiens médicaux sont les plus à même de juger de la pertinence de la prescription d'actes, de prestations ou de produits médicaux, conformément au principe de libre prescription. Le traitement administratif et distancié de prescriptions nous paraît difficile en matière de santé, car il est profondément déshumanisé. Par ailleurs, ces deux dispositifs compliquent considérablement les démarches et mettent sous pression les acteurs du secteur médical, tenus de communiquer leurs observations et leurs avis au directeur de l'organisme local d'assurance maladie. À cet égard, il est étonnant que les partisans de la simplification des démarches prévoient d'étendre cette obligation. Enfin, ces dispositifs peuvent être contournés, montrant ainsi leur inefficacité et leur inutilité. Nous nous opposons donc à l'extension de ces dispositifs.

*(L'amendement n° 911, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Nicole Sanquer, pour soutenir l'amendement n° 711.

**Mme Nicole Sanquer.** L'amendement a pour objet de supprimer les alinéas 1 à 6 de l'article 43. Cet article prévoit la possibilité de mise sous accord préalable des prescriptions effectuées par les masseurs kinésithérapeutes, sages-femmes et infirmiers.

*(L'amendement n° 711, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Nicole Sanquer, pour soutenir l'amendement n° 705.

**Mme Nicole Sanquer.** Cet amendement vise à supprimer l'exonération d'une éventuelle mise sous accord préalable – MSAP – pour les actes réalisés en application d'une prescription quantitative. Une telle disposition constituerait une véritable régression pour un grand nombre de professions, qui ont développé depuis de nombreuses années – à la demande de l'assurance maladie et dans un souci d'efficience du parcours de soins – la réalisation d'un bilan leur permettant de déterminer le nombre de séances à effectuer après évaluation du patient. En outre, notamment en ce qui concerne la prescription de soins de masso-kinésithérapie, la prescription quantitative obligatoire a été abandonnée depuis 2000. Le maintien de cette disposition nierait l'évolution actuelle de la formation initiale de nombreuses professions de santé, car elle suppose que les professionnels ne sont pas aptes à déterminer la durée des soins de leurs patients, et que seule une prescription quantitative peut les exonérer de tout contrôle.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Même avis.

**M. le président.** La parole est à Mme Annaïg Le Meur.

**Mme Annaïg Le Meur.** Je soutiens l'amendement de Mme Sanquer. Il me semble, toutefois, que ce n'est pas le seul article 43 qui doit être remis en question, mais le système global des ententes préalables. Il conviendrait donc de viser, à mon sens, l'article L. 162-1-15 du code de la Sécurité sociale. Il est évident qu'actuellement, les professionnels de santé, tels que les masseurs-kinésithérapeutes, s'organisent et développent de manière croissante leurs compétences. Je pense donc qu'à l'avenir, il faudra revoir cette notion d'entente préalable, qui, en établissant une distinction entre prescriptions quantitatives et non quantitatives, nous pose une limite. De fait, depuis 2000, nous ne sommes plus soumis à des prescriptions quantitatives, et le fait de proposer des référentiels nous apporte une limitation.

*(L'amendement n° 705 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Nicole Sanquer, pour soutenir l'amendement n° 697.

**Mme Nicole Sanquer.** Cet amendement a pour objet d'ajouter un paragraphe visant à imposer une mise sous accord préalable aux professionnels de santé uniquement dans le cas où le nombre moyen de prescriptions effectuées est supérieur à la moyenne des autres professionnels de santé exerçant la même profession dans le ressort de la même agence régionale de santé ou du même organisme local d'assurance maladie.

*(L'amendement n° 697, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

*(L'article 43 est adopté.)*

**Avant l'article 44**

**M. le président.** Je suis saisi de trois amendements identiques, n<sup>os</sup> 188, 301 et 342, portant article additionnel avant l'article 44.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 188.

**M. Gilles Lurton.** Il est défendu. Je m'exprimerai à nouveau sur l'article 44.

**M. le président.** La parole est à Mme Nicole Sanquer, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 301.

**Mme Nicole Sanquer.** Défendu.

**M. le président.** L'amendement n<sup>o</sup> 342 est également défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Avis défavorable.

Monsieur Lurton, votre exposé sommaire vise les seuls dentistes alors que l'amendement que vous défendez supprime tout un article instaurant un règlement arbitral pour l'ensemble des professionnels médicaux et les pharmaciens. Cela poserait de grosses difficultés pour le fonctionnement des conventions en cours.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Avis défavorable. L'article 44 prévoit de reporter d'un an le règlement arbitral, afin que les négociations conventionnelles puissent reprendre entre les dentistes et l'assurance maladie.

*(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 188, 301, 342 ne sont pas adoptés.)*

**Article 44**

**M. le président.** La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, première des orateurs inscrits sur l'article.

**Mme Emmanuelle Ménard.** Vouloir moderniser cet aspect du financement du système de santé est une bonne chose, quand on sait qu'encore 30 % des Français renoncent à aller chez le dentiste par manque d'argent.

L'ancienne ministre de la santé, Marisol Touraine, avait essayé de trouver des solutions en abordant la question de la tarification des soins délivrés par les chirurgiens-dentistes. Sa réforme, qui devait entrer en vigueur en 2018, proposait notamment de plafonner les prix des couronnes et des *bridges* et, en contrepartie, de revaloriser les consultations des dentistes à la hausse. C'est avec regret que les dentistes l'avaient accueillie, car elle ne prenait pas en compte l'ensemble des nouvelles technologies et des innovations liées à leur profession.

Mieux rembourser, oui, mais plafonner, cela n'a pas de sens. En décidant de plafonner, on tire vers le bas. Un soin est un soin, une extraction, une extraction, mais une prothèse n'est pas unique. Il existe une multiplicité de solutions. Madame la ministre, vous proposez à la profession dentaire du prêt-à-porter quand il faudrait du sur-mesure.

Protégeons nos enfants ! Au lieu de plafonner et de raisonner en termes financiers, réaffirmons la nécessité d'un contrôle dentaire médical efficace. Recrutons et réorientons les dentistes conseils. Instaurons, par exemple, un *bonus-malus* dentaire, et encourageons par des mesures de *bonus* les patients qui respectent les prescriptions en matière de soins ou d'hygiène.

Enfin, faisons en sorte que les enfants porteurs de grands syndromes sortent du cadre strict des six semestres. Bref, raisonnons en termes de services, au lieu de penser en termes de marchandisation.

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton.

**M. Gilles Lurton.** Comme vous venez de nous le dire, madame la ministre, les dentistes ont manifesté leur mécontentement à la suite du règlement arbitral qui leur a été légué par votre prédécesseur. Ils pensent que ce règlement menace l'équilibre économique de leur profession et, par conséquent, leur capacité à fournir des soins de qualité à la population.

Il est vrai que, dans une volonté d'apaisement, vous avez convoqué de nouvelles négociations conventionnelles, tout en repoussant d'un an, vous venez de le dire, l'entrée en vigueur du règlement arbitral. C'est là l'objet de l'article 44.

Nous pouvons saluer cet esprit de dialogue, mais nous nous interrogeons sur le résultat des négociations, qui se perpétuent dans un cadre de réflexion obsolète au regard des progrès de la science et des besoins de santé des Français. En dépit d'objectifs louables, il y a toutes les chances que ces négociations n'aboutissent qu'à quelques rééquilibrages tarifaires entre soins prothétiques et soins conservateurs.

Or l'enjeu est tout autre et dépasse largement les seules écritures comptables. Au même titre que les autres champs de la santé, la dentisterie est un lieu d'innovation constante. Il importe de le rendre disponible à tous nos concitoyens, comme le sont les médicaments innovants aujourd'hui.

Il est donc indispensable de repenser, de refonder le modèle, afin de valoriser les actes vertueux correspondant aux données acquises et actuelles de la science, dont le but est la préservation de la dent plutôt que sa mutilation.

Le Président de la République, vous l'avez dit vous-même, madame la ministre, s'est engagé à conduire la révolution de la prévention. Or il semble que les dentistes en soient un peu les oubliés. Ils demandent donc qu'un dialogue apaisé et serein soit mis en place pour aboutir à de véritables solutions de fond. C'est sur ce point, madame la ministre, que nous aimerions vous entendre vous prononcer aujourd'hui, ce qui nous évitera d'intervenir trop longuement sur les amendements.

**M. le président.** La parole est à M. Joël Aviragnet.

**M. Joël Aviragnet.** Je voudrais revenir sur les problèmes d'accessibilité aux soins dont vous savez, madame la ministre, qu'ils me tiennent à cœur. Nous avons déjà parlé à plusieurs reprises des mesures incitatives. L'une d'entre elles a particulièrement attiré mon attention : dans les cabinets de médecins libéraux ou dans les hôpitaux des petites villes, comme Auch ou Albi, à côté de Toulouse, les étudiants en médecine qui effectuent leur stage rencontrent beaucoup de difficultés à se loger. Pourtant, ils s'installent souvent sur place à l'issue de leur stage, lorsque le médecin qu'ils ont secondé part à la retraite. Nous aurions donc intérêt à réfléchir à ces questions.

Par ailleurs, deux axes, dont on parle depuis longtemps, doivent guider notre réflexion. Il s'agit, d'une part, du conventionnement territorial et, d'autre part, de l'augmentation du *numerus clausus*, celle-ci ayant été promise par le candidat à la présidentielle. Pourtant, vous nous avez dit tout à l'heure, madame la ministre, qu'elle n'était pas nécessaire puisqu'en 2020, il y aura suffisamment de médecins – mais peut-être ai-je mal compris. En tout cas, la question reste entière : que fait-on avec le *numerus clausus* ? Il faudra d'autant plus y répondre que les jeunes médecins ne pratiquent plus de la même manière qu'autrefois. Leur temps de travail hebdomadaire est nettement moins important, pour de nombreuses raisons. C'est là un élément supplémentaire qui laisse penser qu'il faudra davantage de médecins dans les années à venir.

**M. le président.** La parole est à M. Guillaume Garot.

**M. Guillaume Garot.** S'agissant de la présence médicale, madame la ministre, vous avez présenté très récemment un plan reprenant des actions qui existaient déjà – développement des maisons de santé, aides, notamment financières, à l'installation des médecins – auxquelles vous ajoutez davantage de télé-médecine et d'expérimentations. Tout cela est parfait, mais est-ce de nature à répondre au problème de l'absence de médecins dans de très nombreux territoires de France, en particulier dans ces maisons de santé, cela malgré toutes les aides, parfois les ponts d'or, que l'on déploie pour accueillir des généralistes ?

Il nous semble qu'il faudra changer de système, de logiciel, de paradigme pour arriver à une régulation, à de nouvelles règles pour l'installation des médecins. Pour dire cela, je m'appuie sur les règles qui existent déjà pour d'autres professions de santé. Ainsi, les pharmaciens ne peuvent pas s'installer là où ils le souhaitent ; ils doivent choisir un territoire où il y a un besoin.

Nous proposons ce que l'on appelle le conventionnement territorial ou conventionnement sélectif. L'assurance maladie ne pourrait plus conventionner un médecin là où les médecins sont déjà trop nombreux. Or on sait bien que certaines régions sont aujourd'hui largement dotées, voire surdotées, en particulier la capitale ou les régions ensoleillées, au bord de la mer, dans le sud de notre pays.

Nous souhaitons donc que l'on puisse travailler maintenant sur un nouveau conventionnement, le conventionnement territorial.

**M. le président.** La parole est à M. Adrien Quatennens.

**M. Adrien Quatennens.** L'accès aux soins bucco-dentaires est primordial à plusieurs titres. L'état de santé dentaire a, en effet, des répercussions sur le développement d'autres maladies, sur la sociabilité, sur l'alimentation, sur la vie en général.

L'an dernier, une convention a été signée entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'UNCAM, et les chirurgiens-dentistes, pour que l'assurance maladie rembourse davantage les frais d'honoraires relatifs aux prothèses dentaires et que les chirurgiens-dentistes s'engagent à ne pas augmenter ces derniers, de sorte que le reste à charge soit beaucoup moins élevé pour les patients.

Cette mesure est reportée d'un an sous prétexte de négociations. Au-delà des effets d'annonce du président Macron durant sa campagne, nous constatons une fois de plus la vacuité totale de ses déclarations, dès lors qu'il s'agit de

solidarité. Les soins dentaires sont particulièrement élevés en France, à tel point qu'en 2014, le Centre national des soins à l'étranger a recensé plus de 24 500 demandes de remboursement de soins dentaires réalisés à l'étranger.

De nombreux Français – 26,5 % d'entre eux – renoncent aux soins dentaires faute d'argent, et ce chiffre grimpe à 40 % en ce qui concerne les prothèses dentaires. Avec cet article, les Français qui ne renoncent pas aux soins ou ne partent pas se faire soigner à l'étranger continueront durant une année de plus à payer en moyenne 23 % de leurs frais dentaires au titre du reste à charge et 63 % lorsqu'ils n'ont pas de complémentaire santé, sans compter des honoraires parfois très élevés.

La baisse des frais, prévue sous la précédente législature, qui se fera ensuite ressentir permettra, en 2020, de réduire les restes à charge de manière significative. Pour autant, cette baisse ne signifie pas la fin des honoraires, mais simplement le remboursement par la Sécurité sociale. Autrement dit, les chirurgiens-dentistes verront leurs honoraires remboursés par la solidarité nationale.

La France Insoumise veut l'application sans attendre de la mesure décidée en 2016, mais surtout, dans les amendements qui suivent, nous défendrons l'instauration d'une sécurité sociale intégrale, universelle, soit le passage aux 100 % de remboursement des actes médicaux. (*Applaudissements sur les bancs du groupe FI.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Danièle Obono, pour soutenir l'amendement n° 947 tendant à supprimer l'article 44.

**Mme Danièle Obono.** Cet amendement s'inscrit contre le report des négociations relatives aux soins bucco-dentaires.

Durant la campagne, le candidat Macron avait promis la prise en charge totale des prothèses dentaires – l'exposé des motifs de cet article le met d'ailleurs en avant. Chers collègues, vous employez souvent comme argument d'autorité qu'une mesure doit être prise, puisque le Président de la République s'y est engagé. Nous ne comprenons donc pas pourquoi cette prise en charge n'est pas décidée maintenant : nous serions pourtant en parfait accord avec cette mesure et pourrions la voter avec vous.

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

Le Gouvernement veut se donner le temps de la discussion dans un climat apaisé. Nous l'avons connu bien plus expéditif, par exemple lorsqu'il a légiféré sur les ordonnances.

**M. Éric Alauzet,** rapporteur pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire. On mélange tout !

**Mme Danièle Obono.** Avant tout, il s'agit d'une mauvaise nouvelle pour les patients, puisque, comme l'a expliqué Adrien Quatennens, c'est une nouvelle année de perdue en matière de santé bucco-dentaire. Nous ne voyons aucun engagement du Gouvernement qui laisserait penser qu'il ne s'agit pas d'un abandon pur et simple d'une promesse du candidat à la présidence de la République.

**Mme Caroline Fiat.** Très bien !

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Monsieur le président, permettez-moi de faire une réponse globale qui me permettra de réduire mes interventions sur les très nombreux amendements à l'article 44 et ceux portant articles additionnels après l'article 44.

S'agissant du règlement arbitral dentaire, l'article prévoit, comme l'a dit la ministre, de repousser d'un an l'application d'un règlement qui avait été imposé aux dentistes à la suite de l'échec des négociations conventionnelles. Parlons de la raison pour laquelle ces négociations ont échoué et de leur enjeu.

L'organisation des actes en dentisterie n'est pas très satisfaisante. D'un côté, les soins conservateurs innovants sont insuffisamment rémunérés et valorisés au regard de la technicité qu'ils impliquent ; de l'autre côté, la vieille dentisterie n'a pas été réévaluée.

Une autre question concernait ceux que l'on appelle les hygiénistes dentaires et qui pourraient éventuellement aider les dentistes à faire du travail en bouche.

Les dentistes vous diront, et ils auront raison, qu'un simple détartrage, compte tenu des frais de fonctionnement de leur cabinet, n'est pas suffisamment rémunérateur.

Par ailleurs, vous le savez, le Président de la République s'est engagé à supprimer progressivement le reste à charge sur les prothèses, notamment dentaires – un objectif que vous partagez avec nous, j'en suis sûr, car il existe en la matière de véritables difficultés d'accès aux soins.

Tout cela nécessite une réflexion plus globale qui n'est possible que dans un environnement apaisé. Vous aimez le dialogue social ; nous aussi. Or le règlement arbitral, c'est l'anti-dialogue social : il est imposé parce que la négociation conventionnelle a échoué. L'article permet de reprendre les débats pendant un an, c'est-à-dire de donner une chance à la négociation de se poursuivre et d'aboutir.

En ce qui concerne les amendements de la droite qui visent à supprimer le règlement arbitral, j'appelle l'attention de leurs auteurs sur un point certes technique, mais qui a son importance : ce qu'ils suppriment, ce n'est pas le report du règlement arbitral, mais l'article qui a permis d'établir ce règlement arbitral. Or le règlement arbitral est lancé et revenir sur l'article du précédent PLFSS qui l'a instauré n'y changera rien.

De plus, les conséquences en seraient fâcheuses car, avec le règlement arbitral, ces amendements supprimeraient des dispositifs d'amélioration de l'accès aux soins dentaires pour les bénéficiaires de la CMU-C, la couverture maladie universelle complémentaire et de l'ACS, l'aide au paiement d'une complémentaire santé, et d'amélioration de la prise en charge des patients à risque, par exemple porteurs de handicap mental ou diabétiques. Ce n'est pas ce que vous voulez, mes chers collègues ; nous non plus.

Pour toutes ces raisons, il est bon que nous nous donnions une année supplémentaire.

S'agissant du conventionnement sélectif, il a été débattu en commission et je propose que nous ne reprenions pas depuis le début les discussions sur ce point, qui est une sorte de marronnier de l'examen du PLFSS lorsque l'on aborde le

problème des déserts médicaux. Un plan d'accès aux soins a été présenté par la ministre, et nous avons adopté des mesures phares : les dispositions sur la télémédecine et celles de l'article 35, qui permettent de décloisonner ville et hôpital et de penser de nouvelles façons de soigner et de financer les parcours de soins. C'est très efficace, de même que les statuts mixtes qui ont été proposés par la ministre.

**M. Guillaume Garot.** Mais il faut des médecins pour ça !

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Quand on me dit qu'il y a trop de médecins, je demande toujours où. Car lorsque l'on veut empêcher des médecins de s'installer quelque part, c'est que l'on considère qu'il y en a trop. Où donc, dans notre pays, y a-t-il aujourd'hui trop de médecins ? Par exemple, il y a cinq ans, on entendait dire qu'il y en avait trop à Paris ; et puis, il y a quatre ans, on a entendu dire qu'en fait, il était difficile d'en trouver dans Paris *intra muros*.

**M. Sylvain Maillard.** C'est vrai.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Et quand j'interroge les élus locaux dans les territoires, il n'y en a jamais aucun pour me dire qu'il y a trop de médecins dans sa commune !

Il n'y a aucun endroit où il y ait trop de médecins. Il y a un problème de répartition, assurément ;...

**M. Guillaume Garot.** Vous l'admettez !

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** ...mais c'est la pénurie de médecins que l'on répartit mal ! En somme, vous voulez déshabiller Paul pour habiller Jacques...

**Mme Danièle Obono.** C'est ce que vous faites en permanence !

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** ...et, finalement, tout le monde va se retrouver à poil, si vous me permettez l'expression.

Les mesures de conventionnement sélectif sont inefficaces et injustes. Elles n'ont donné satisfaction nulle part ; des études le prouvent.

La question continuera de faire débat. Je ne cherche pas à relancer la discussion ; je donne simplement ma position globale sur l'ensemble des amendements à l'article, auxquels je donnerai un avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 947 ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Le rapporteur général a presque tout dit. J'ajouterai simplement deux éléments.

Premièrement, je veux dire aux députés de La France insoumise qu'une fois encore leurs amendements vont à l'encontre de ce qu'ils veulent défendre, à savoir l'accès aux soins. En effet, l'intérêt du report du règlement arbitral est de permettre de commencer à travailler, dans le cadre de la négociation conventionnelle, sur le reste à charge zéro dans le dentaire. Je pense que cet objectif les intéresse ; moi, en tout cas, c'est ma priorité. Ce report est donc favorable à tous ceux de nos concitoyens qui ont des difficultés à accéder aux soins dentaires.

Par ailleurs, j'ai donné, en vue de la négociation conventionnelle, des orientations très précises concernant la prévention bucco-dentaire. Cet aspect est donc maintenant intégré aux négociations ; c'est un point fort de ma politique.

Deuxièmement, monsieur Garot, le conventionnement sélectif a été instauré pour des professions dont la démographie était trop importante: c'était un mécanisme de régulation destiné à des professions pléthoriques. Je rejoins sur ce point le rapporteur général. Or, actuellement, c'est une pénurie de médecins que nous avons à gérer, dans tous les secteurs: en médecine du travail, en médecine scolaire, dans l'industrie pharmaceutique. Si, par le conventionnement sélectif, nous tentons d'obliger les médecins à s'installer dans des zones sous-dotées, tout ce que nous y gagnerons, c'est qu'ils iront exercer un autre métier salarié ailleurs. Nous ne réussirons pas si nous gérons la pénurie par le conventionnement sélectif, car ce n'est pas un mécanisme de régulation adapté à une profession sous-dotée. (*Applaudissements sur les bancs du groupe REM et sur quelques bancs du groupe MODEM.*)

*(L'amendement n° 947 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de trois amendements, n°s 189, 864 et 194, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 189.

**M. Gilles Lurton.** Cet amendement tend à instaurer, sur les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes mentionnés à l'article L.162-9 du code de la sécurité sociale, un moratoire pendant trois ans à compter de la promulgation de la présente loi.

Cela permettra de tenir compte des inquiétudes des chirurgiens-dentistes et de refonder entièrement le système de négociation qui les concerne.

**M. le président.** La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 864.

**Mme Emmanuelle Ménard.** Il est défendu.

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 194.

**M. Gilles Lurton.** Défendu.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur ces différents amendements?

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton.

**M. Gilles Lurton.** Madame la ministre, pouvez-vous nous confirmer que le règlement arbitral du 23 décembre 2016, approuvé par l'arrêté du 29 mars 2017, n'est plus applicable?

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Si vous votez l'article 44, le règlement arbitral ne sera plus applicable, puisqu'il est repoussé d'un an.

**M. Gilles Lurton.** Cela va mieux en le disant!

*(Les amendements n°s 189, 864 et 194, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 803.

**Mme Emmanuelle Ménard.** Dans cet article, il est manifeste que le Gouvernement veut laisser aux partenaires conventionnels le temps de mettre en œuvre les trois orientations proposées par Mme la ministre: l'accès financier aux soins, le développement de la prévention et une attention particulière aux besoins des publics fragiles. Mais, pour que la nouvelle convention soit opérationnelle au 1<sup>er</sup> janvier 2019, les délais techniques et légaux de validation de sa signature imposent que les négociations soient conclues vers la fin du mois d'avril 2018.

Même si ce délai peut paraître suffisant, compte tenu du nombre de points à étudier et de l'importance des enjeux et afin d'éviter de reproduire les conditions d'urgence qui ont conduit à l'échec des précédentes négociations, il semble plus opportun et propice à une négociation plus sereine de remplacer la date du 1<sup>er</sup> janvier par celle du 1<sup>er</sup> juin 2019.

*(L'amendement n° 803, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

*(L'article 44 est adopté.)*

#### Après l'article 44

**M. le président.** Je suis saisi de plusieurs amendements, n°s 332, 783, 787, 788, 789, 793, 85, 765, 768, 769, 774 et 889, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 332, 783, 787, 788, 789 et 793 sont identiques, de même que les amendements n°s 765, 768, 769, 774 et 889.

La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 332.

**M. Pierre Dharréville.** Nous proposons d'instaurer un conventionnement sélectif en fonction des zones d'installation des médecins généralistes, afin de limiter leur installation dans certaines et de la favoriser dans d'autres.

Madame la ministre, vous avez annoncé il y a quelques jours un plan d'accès aux soins destiné à lutter contre les déserts médicaux et qui renforce les mesures incitatives. Or nombreux sont ceux qui considèrent que ce type de mesures aboutit à un échec; quantité de rapports parlementaires l'ont mis en évidence.

On nous répondra sans doute ce que l'on nous a parfois déjà dit: qu'il ne faut pas casser par une mesure contraignante la dynamique des mesures incitatives adoptées ces dernières années. Mais ces propos recèlent une contradiction.

Notre amendement ne résout pas tout, mais il permettrait au moins de limiter la pénurie de médecins dans nos territoires.

**M. le président.** La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 783.

**M. Joël Aviragnet.** Il est identique.

Monsieur le rapporteur général, vous demandiez où se concentrent les médecins. En Occitanie, c'est très clair: à Toulouse, à Montpellier et sur les bords de la Méditerranée.

Sur la question de savoir s'il faut laisser s'installer davantage de médecins dans une zone donnée, peut-être pourra-t-on obtenir des éléments par l'intermédiaire de la permanence des soins.

**M. le président.** La parole est à Mme Ericka Bareigts, pour soutenir l'amendement n° 787.

**Mme Ericka Bareigts.** Le problème est complexe. Si la solution était facile à trouver, il serait déjà résolu.

Mais si je me mets à la place des personnes qui nous écoutent encore à cette heure tardive, je trouve le débat vraiment difficile à comprendre. La réalité que vivent ces personnes est la suivante : il n'y a pas de médecins. En même temps, on leur dit qu'il existe une pénurie de professionnels et que, parmi les mesures permettant d'y remédier, certaines, incitatives, n'ont pas été efficaces, tandis que d'autres, comme les maisons de santé, nécessitent d'avoir des médecins !

Il faut éclaircir ce point. Il est nécessaire de gérer cette pénurie et cette demande, mais, dans l'intervalle, nous devons apporter des solutions concrètes pour garantir la présence de médecins et la possibilité d'une réponse médicale dans les territoires où ils font le plus défaut.

Dans certaines professions, on intervient de façon directive, au moins pendant la période de pénurie, pour répondre à la demande des citoyens.

**M. le président.** La parole est à Mme Hélène Vainqueur-Christophe, pour soutenir l'amendement n° 788.

**Mme Hélène Vainqueur-Christophe.** Il est défendu.

**M. le président.** La parole est à M. Boris Vallaud, pour soutenir l'amendement n° 789.

**M. Boris Vallaud.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à M. Guillaume Garot, pour soutenir l'amendement n° 793.

**M. Guillaume Garot.** J'ai un peu de mal à suivre le Gouvernement et sa majorité. Vous nous dites que le conventionnement sélectif ne marcherait jamais. Mais l'amendement que nous proposons ce soir n'est que la copie de celui qui, présenté l'an passé dans le cadre du PLFSS, avait été signé par l'actuel président du groupe La République en marche, hier député socialiste, ainsi que par l'un des éminents ministres du Gouvernement et même par l'actuelle présidente de la commission des affaires sociales.

**Mme Danièle Obono.** Ah !

**M. Guillaume Garot.** À l'époque, M. Ferrand avait défendu cette proposition avec ardeur : « Cet amendement est moins audacieux que les recommandations que formule régulièrement la Cour des comptes [...]. La Cour n'est pourtant pas connue pour sa culture particulièrement étatiste ou ses penchants régulateurs. D'autre part, [...] plusieurs mesures d'incitation ont été prises ces dernières années et l'on constate ici et là qu'elles portent leurs fruits – mais insuffisamment. » C'est exactement ce que nous disons ce soir ! « Il faut donc passer, même modestement, à un niveau de régulation supplémentaire. » Voilà ce que des membres très importants du Gouvernement et de l'actuelle majorité nous disaient il y a un an. Or, ce soir, votre avis est complètement différent.

**M. Gilles Lurton.** Il y a des choses qui changent et des choses qui ne changent pas !

**M. Guillaume Garot.** Que s'est-il passé ? Je ne comprends plus où est le nouveau monde, où est l'ancien. Ce que je comprends, c'est que vous êtes dans la contradiction et que vous ne voulez pas ce soir être pleinement efficaces, en prenant des mesures non seulement d'incitation mais de régulation qui permettraient enfin de répondre au problème posé à des centaines de milliers de Français.

**M. le président.** La parole est à Mme Nathalie Bassire, pour soutenir l'amendement n° 85.

**Mme Nathalie Bassire.** Il est défendu.

**M. le président.** La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 765.

**M. Joël Aviragnet.** Il prévoit l'expérimentation du conventionnement territorial. Compte tenu de ce qui a été dit sur ceux qui, par le passé, défendaient le même amendement, il va falloir nous apporter une réponse.

**M. le président.** La parole est à Mme Ericka Bareigts, pour soutenir l'amendement n° 768.

**Mme Ericka Bareigts.** Il est défendu.

**M. le président.** La parole est à Mme Hélène Vainqueur-Christophe, pour soutenir l'amendement n° 769.

**Mme Hélène Vainqueur-Christophe.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à M. Boris Vallaud, pour soutenir l'amendement n° 774.

**M. Boris Vallaud.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à M. Guillaume Garot, pour soutenir l'amendement n° 889.

**M. Guillaume Garot.** C'est toujours le même sujet. Ce soir, on nous a dit que l'expérimentation était une solution formidable. Je vous propose donc d'expérimenter, pendant trois ans, le conventionnement sélectif en différents points du territoire national, avant d'en évaluer les résultats pour effectuer un bilan. Cela s'inscrirait parfaitement dans votre nouvelle philosophie. Pourquoi repoussez-vous *a priori* une telle solution, qui n'est pas nouvelle, puisqu'elle avait déjà été proposée il y a un an par certains députés – des gens de terrain, connaissant les réalités, qui jugeaient qu'après l'échec des politiques menées depuis des années, il convenait d'organiser autrement un système de santé désormais à bout de souffle ?

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Pour ma part, monsieur Garot, je n'étais pas député l'année dernière : je suis donc tranquille. Mais si je l'avais été, je peux vous garantir que je n'aurais pas signé cet amendement, et je vais vous expliquer pourquoi. Mais auparavant, je remarque qu'un amendement signé avec emballement par des députés de la majorité est en principe destiné à être adopté.

**M. Guillaume Garot.** Normalement !

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** S'il ne l'a pas été, c'est peut-être justement parce qu'il n'y avait pas de majorité pour cela... Si la disposition qu'il propose n'est pas insérée dans le droit, alors même qu'il était signé par des députés de la majorité, c'est bien parce que, présenté au Parlement, il a été rejeté faute de majorité.

Pour vous prouver que je ne parlais pas pour rien de marronnier, je vais vous faire une confidence. Lorsque j'étais interne et que j'appartenais au syndicat national des internes, ma première action publique a été de faire la grève...

**M. Pierre Dharréville.** Bravo !

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** ...contre le premier projet de loi de financement de la Sécurité sociale porté par Roselyne Bachelot, alors ministre de la santé de Nicolas Sarkozy. Si nous nous y opposions, c'est justement parce que le texte prévoyait un conventionnement sélectif ! Cela date d'il y a dix ans, ce qui ne me rajeunit pas, mais je m'en souviens parfaitement : nous étions 10 000 sous les fenêtres du ministère de la santé, non pas pour défendre des intérêts corporatistes, mais pour dire quelque chose de très vrai, à savoir que le conventionnement sélectif est en fait un déconventionnement sélectif.

Vous ne pouvez pas forcer des gens à ouvrir un cabinet libéral dans un lieu déterminé en leur disant : « Montez votre patientèle et dans trois ans vous pourrez partir. » Ce n'est pas comme ça que ça marche, ni en médecine, ni dans n'importe quelle activité libérale ! Les gens n'iront pas là où vous voulez qu'ils s'implantent pour ouvrir un cabinet libéral – ou alors, ils ne sont plus libéraux.

Compte tenu de la mauvaise répartition de la pénurie, ce qui peut éventuellement résulter d'une telle politique, c'est que les praticiens choisissent de se déconventionner pour pouvoir s'installer là où ils ont vraiment envie d'aller. On crée alors un système de médecine à deux vitesses : certains pourront aller chez le médecin, parce qu'ils seront intégralement remboursés, tandis que d'autres devront payer pour le consulter. Or, ce n'est pas ce que nous voulons. Je le répète, le conventionnement sélectif n'a fait ses preuves nulle part.

Vous pourriez me rétorquer l'exemple des pharmacies. Mais dans ce secteur, des régimes dérogatoires peuvent être accordés par les élus locaux, si bien que 30 ou 35 % des officines sont installées hors quotas. Baladez-vous dans le septième arrondissement, vous en verrez une tous les cent mètres. Le conventionnement ne marche pas. C'est pour cela que nous ne sommes pas d'accord. Avis défavorable. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe REM.*)

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Avis défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Thomas Mesnier.

**M. Thomas Mesnier.** Je suis satisfait par l'explication donnée par M. le rapporteur général. (*Sourires.*)

**Mme Danièle Obono.** Quelle surprise !

**M. Sylvain Maillard.** Mais non ! C'est parce que c'était très clair !

**M. le président.** La parole est à M. Guillaume Garot.

**M. Guillaume Garot.** Non, ce n'est pas clair du tout ! Ce n'est absolument pas clair !

**M. Sylvain Maillard.** Bien sûr que si !

**M. Guillaume Garot.** Vous pouvez ne pas être d'accord avec l'idée du conventionnement ; mais ce que je regrette, c'est que vous ne vouliez même pas essayer au titre de l'expérimentation que vous prétendez soutenir par ailleurs. Un

système de régulation est un système adapté aux défis d'une offre de soins qui est aujourd'hui complètement insatisfaisante. Vous le savez bien, puisque vous êtes aussi des députés issus de territoires où existe une vraie pénurie médicale. Pourquoi s'interdire l'idée d'essayer des solutions qui jusqu'à présent n'ont pas été mises en œuvre ? Nous ne comprenons pas...

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** On le voit bien !

**M. Guillaume Garot.** ...le refus presque idéologique qui est le vôtre. Vous êtes accrochés à un dogme qui a montré aujourd'hui qu'il ne répondait plus aux réalités du terrain. Osez ! Soyez audacieux ! En fait, vous êtes vraiment tournés vers un monde du passé. (*Exclamations sur plusieurs bancs du groupe REM.*)

**M. Boris Vallaud.** Très bien !

(*Les amendements identiques n<sup>os</sup> 332, 783, 787, 788, 789 et 793 ne sont pas adoptés.*)

(*L'amendement n<sup>o</sup> 85 n'est pas adopté.*)

(*Les amendements identiques n<sup>os</sup> 765, 768, 769, 774 et 889 ne sont pas adoptés.*)

**M. le président.** Je suis saisi de plusieurs amendements identiques, n<sup>os</sup> 759, 760, 762 et 763.

La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 759.

**M. Joël Aviragnet.** Il est défendu.

**M. le président.** La parole est à Mme Ericka Bareigts, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 760.

**Mme Ericka Bareigts.** Il est défendu. Madame la ministre, peut-être pourrions-nous entendre une explication, au moins pour les gens qui nous écoutent ? Le rapporteur général en a donné une, mais elle était si compliquée, alors que la situation est très concrète, que les citoyens ont besoin d'y voir plus clairement.

**M. le président.** La parole est à Mme Hélène Vainqueur-Christophe, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 762.

**Mme Hélène Vainqueur-Christophe.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à M. Boris Vallaud, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 763.

**M. Boris Vallaud.** Défendu.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Avis défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Avis défavorable. Pour répondre à Mme Bareigts, avec l'article 35, je suis en train d'essayer de réaliser une réforme cohérente de notre système de santé. Cette cohérence vise à faire en sorte que les professionnels apprennent à travailler entre eux, que le décloisonnement entre la ville et l'hôpital soit réel, parce que chacun ne sera pas contraint de vérifier qu'il a accompli un nombre d'actes suffisants pour vivre, que les coordinations des parcours des patients soient réelles et effectives. J'ai donc présenté un plan d'accès territorial aux soins qui permet tout cela. Ces mesures pragmatiques permettront de bien

mieux prendre en charge les patients, d'améliorer leur parcours, d'éviter des actes et des consultations redondants, de rendre possibles des délégations de tâches entre professionnels, dont on sait qu'elles sont souhaitées et souhaitables.

C'est la raison pour laquelle je pense que le conventionnement sélectif auquel vous faites référence depuis tout à l'heure n'est pas le bon outil, car il ne permettra pas l'installation de médecins – nous le savons. Les médecins iront vers les professions salariées, où l'on manque durablement de personnel, comme la médecine scolaire ou la médecine du travail. Nous n'y arriverons pas parce que la pénurie actuelle de médecins tend à s'aggraver. Or le conventionnement sélectif n'est utile que lorsque les effectifs sont pléthoriques – c'est ce que j'ai tenté d'expliquer tout à l'heure à M. Garot. *(Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe REM.)*

**M. le président.** La parole est à M. Guillaume Garot.

**M. Guillaume Garot.** Je voudrais entendre ce soir l'avis de Mme la présidente de la commission des affaires sociales sur le conventionnement sélectif qu'elle soutenait il y a un an. *(Exclamations sur plusieurs bancs du groupe REM.)*

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Pas d'injonction !

**M. Guillaume Garot.** C'est un débat fondamental !

**M. Sylvain Maillard.** Ce n'est pas un débat personnel !

**M. Guillaume Garot.** Non, c'est un débat politique sur la politique de santé publique. Je souhaiterais pouvoir entendre l'avis de la présidente de la commission des affaires sociales sur ce sujet précis du conventionnement sélectif.

**M. le président.** La parole est à M. Julien Borowczyk.

**M. Julien Borowczyk.** J'aimerais que ce débat ne donne pas lieu à des règlements de comptes...

Le plan d'accès aux soins présenté par Mme la ministre est, de mon point de vue de médecin généraliste rural, très concret. Plutôt que d'en citer toutes les mesures intéressantes, je m'en tiendrai à un seul aspect, très innovant et que j'aime beaucoup : la confiance. En effet, nous avons dû traverser cinq années pendant lesquelles on s'est essuyé les pieds sur la médecine, et en particulier sur la médecine libérale. À cet égard, quelque chose a vraiment changé : on leur fait confiance. Je crois qu'il faut donner aux médecins et aux professionnels de santé l'envie d'avancer. C'est ainsi que l'on avancera et que l'on réussira à construire des projets.

S'agissant du conventionnement sélectif, je peux vous répondre très précisément parce que je suis médecin. Pour répondre à ce qui est en fait un vrai problème d'attractivité *(Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe REM)*, vous déclenchez l'arme de destruction massive, le conventionnement sélectif. *(Exclamations sur les bancs du groupe NG.)* Je vais vous donner des chiffres très précis : 40 % des médecins sortant de faculté ne font pas de médecine, et seulement 10 % des médecins généralistes décident de s'installer.

**M. Pierre Dharréville.** Ce n'est pas à cause du conventionnement sélectif !

**M. Julien Borowczyk.** Il y a donc vraiment une crise des vocations. Dès lors, il est préférable de privilégier l'accompagnement, de faire confiance. C'est d'ailleurs ce qui caractérise le projet territorial développé par ma collègue, derrière moi. Vous aviez raison, monsieur Aviragnet, d'affirmer qu'il faut aider les internes à s'installer dans une localité. Pour trans-

poser ce sujet dans le monde politique, prenons l'exemple des dernières élections législatives – et s'agissant du manque d'attractivité, vous vous y connaissez sur les bancs de la Nouvelle Gauche. Comment combattre l'abstention ? Soit on oblige à voter, soit on se demande pourquoi les gens ne sont pas allés voter. Je préfère quant à moi la deuxième option.

*(Les amendements identiques n° 759, 760, 762 et 763 ne sont pas adoptés.)*

#### Rappel au règlement

**M. le président.** La parole est à M. Joël Aviragnet, pour un rappel au règlement.

**M. Joël Aviragnet.** Mon intervention se fonde sur l'article 58 alinéa 1 relatif au bon déroulement de la séance. On ne peut pas laisser tout dire : il n'est pas acceptable de prétendre qu'on se serait « essuyé les pieds sur la médecine libérale ». Sans même parler des incohérences des discours que nous venons d'entendre, il faut avoir la décence de mesurer ses propos !

#### Après l'article 44 (suite)

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 235.

**M. Gilles Lurton.** C'est un amendement important qui permet de revenir sur la généralisation obligatoire du tiers payant. Comme vous vous en souvenez, l'année dernière, au moment de la loi de modernisation de notre système de santé, nous avons combattu cette disposition de toutes nos forces. J'avais fait les conclusions de la troisième lecture de la loi, à la tribune, alors que les médecins manifestaient dehors ; je revois le cadre de cet hémicycle, survolté. Nous avons combattu en vain. Aujourd'hui, nous demandons de revenir sur cette disposition. Le Conseil constitutionnel que nous avons saisi après l'adoption de la loi nous a donné en partie raison puisqu'il a censuré le tiers payant pour les complémentaires santé. Madame la ministre, dès votre arrivée, au mois de juin, vous avez demandé à l'IGAS de réaliser un rapport sur l'application de cette mesure, qui vous est parvenu il y a une huitaine de jours. Ce rapport démontre toute la complexité de la mise en application de cette décision, qui avait été prise contre l'avis de tous les professionnels de santé libéraux. C'est une bonne leçon d'humilité pour nous tous car les réformes qu'on tente de faire passer contre la volonté générale échouent. La concertation avec la population est très importante, et j'y crois beaucoup. Bref, nous demandons la suppression définitive de cette mesure.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je vais vous expliquer pourquoi je suis du même avis. Votre amendement, monsieur Lurton, supprimerait le tiers payant pour les personnes qui y ont accès aujourd'hui et pour lesquelles il fonctionne : les patients couverts par la CMU-C et l'ACS, les

femmes enceintes et les personnes suivies pour une maladie chronique, soit 11 millions de personnes. J'y suis donc totalement défavorable.

*(L'amendement n° 235 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 1223 rectifié.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** La pratique du tiers payant s'est fortement développée depuis 2015 pour les patients en situation de précarité – les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS –, ceux atteints d'une affection de longue durée, ALD, ou couverts par l'assurance maternité. Néanmoins la mise en place du tiers payant généralisé a soulevé des difficultés pratiques pour les professionnels de santé. Les conclusions de la mission de l'IGAS réalisée sur ce sujet sont claires : le tiers payant ne pourra être généralisé à l'ensemble de la population dans le calendrier et les conditions fixées, des avancées techniques étant indispensables. Dès lors, je souhaite changer de méthode. L'obligation pour les professionnels de santé de pratiquer le tiers payant au 30 novembre sera supprimée. Il s'agit de mettre d'abord en place les outils pour faciliter et fiabiliser le tiers payant, aussi bien sur la part obligatoire que complémentaire de l'assurance maladie, afin de lever tous les freins financiers à l'accès aux soins. Une concertation sera menée avec l'ensemble des parties prenantes – assurance maladie obligatoire, complémentaires, professionnels de santé, assurés, éditeurs de logiciels – pour définir un calendrier opérationnel et identifier les publics prioritaires pour lesquels le tiers payant sera garanti. Je vous remettrai un rapport sur les conclusions de ces travaux au plus tard le 31 mars 2018.

Dans cette logique d'action par priorité, le tiers payant obligatoire sera codifié pour les patients atteints d'une ALD et les personnes couvertes par l'assurance maternité, à l'instar des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, et des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Le tiers payant sera ainsi généralisable sans être obligatoire, avec une mise en œuvre progressive sur la part obligatoire et complémentaire grâce à des outils simples et fiables d'utilisation, en commençant par les patients qui en ont le plus besoin, en sus de ceux qui en bénéficient déjà.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Favorable.

**M. le président.** La parole est à M. Joël Aviragnet.

**M. Joël Aviragnet.** J'ai bien entendu, madame la ministre, que le tiers payant généralisé devenait optionnel et non plus obligatoire. En d'autres termes, il n'existera plus puisque de manière optionnelle il existe déjà. Ensuite, il me semble que le rapport de l'IGAS est plus nuancé que ce que vous en avez dit : il distingue le cas de la Sécurité sociale et celui des complémentaires santé. Comme pour le conventionnement, ce dispositif froisse certainement des intérêts corporatistes, mais faut-il y céder quand on croit vraiment dans une mesure ? Rappelons que le tiers payant ne s'adresse pas aux personnes les plus démunies, mais essentiellement aux classes moyennes dont les salaires sont juste un peu plus élevés. Ce n'est pas rien de ne plus avoir à avancer les soins ; c'est un véritable progrès social, une disposition utile à nos concitoyens. Certaines mesures nécessitent du courage et un peu de volonté politique !

**M. le président.** La parole est à M. Adrien Quatennens.

**M. Adrien Quatennens.** Monsieur le rapporteur, je note que vous avez donné un avis favorable au nom de la commission des affaires sociales, mais jusqu'à preuve du contraire, celle-ci n'a pas statué sur cet amendement puisqu'il est sorti du chapeau en catimini. Le tiers payant est l'un des trop rares acquis sociaux de l'ère Hollande, mais vous allez en priver les Français en cédant aux franges les plus puissantes du monde médical incarné par l'ordre des médecins, à l'instar de ce que vous avez fait pour le compte pénibilité, dont le MEDEF voulait la mort. Pourtant, nombre de médecins ont joué le jeu de la loi santé qui a instauré le projet de généralisation du tiers payant, tout comme nombre de chefs d'entreprise jugeaient correct de favoriser la retraite anticipée des plus exposés des travailleurs.

Comme le détricotage du compte pénibilité, la fin de l'objectif de généralisation du tiers payant intervient en catimini, à la fin de l'examen d'un projet de loi, sans que le Gouvernement ne l'ait crié sur les toits, car jamais le Président n'en avait parlé pendant sa campagne, lui qui n'arrête pas de clamer qu'il fait ce qu'il a promis. Votre gêne est d'ailleurs palpable : il suffit de lire l'exposé des motifs complètement embrouillé et usant du célèbre « en même temps ». On y lit : « tout en maintenant l'objectif de la loi de santé, le présent amendement vise à supprimer l'obligation de généralisation du tiers payant à l'ensemble de la population. » Mais l'objectif de la loi de santé était précisément la généralisation du tiers payant ! De plus, cet amendement est clientéliste : il ne vise qu'à contenter la frange la plus corporatiste des professions médicales et ne s'embarrasse même pas de justifications relatives à l'intérêt général. C'est une constante depuis que votre majorité gouverne : vous ne faites même plus semblant de donner des explications valables, vous imposez des décisions absurdes et contraires à l'intérêt général en vous drapant dans votre légitimité démocratique...

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Non mais ce n'est pas possible !

**M. Adrien Quatennens.** Nous voterons résolument contre cet amendement et nous appelons toutes celles et tous ceux qui donnent la priorité à la santé des Français plutôt qu'aux réquisits des lobbies les plus conservateurs à en faire de même ! *(Applaudissements sur les bancs du groupe FI.)*

**M. Sylvain Maillard.** Élégance et mesure !

**M. le président.** La parole est à M. Thomas Mesnier.

**M. Thomas Mesnier.** Tout d'abord, je tiens à dire que nous avons débattu du sujet en commission des affaires sociales, grâce à l'amendement déposé par M. Lurton. Cette mesure me semble aller dans le bon sens : pragmatique – car la politique doit aussi être pratique –, elle a été saluée par nombre de professionnels de santé, tout comme le rapport de l'IGAS.

**Plusieurs députés du groupe NG.** Ça, c'est sûr !

**M. Thomas Mesnier.** Il s'agit de rendre le tiers payant généralisable. Comme l'a bien expliqué Mme la ministre, les patients atteints d'une ALD, les personnes couvertes par l'ACS et la CMU-C, ainsi que les femmes enceintes continueront à en bénéficier sans discussion. Enfin, mes chers collègues de la France insoumise, je suis désolé de vous contredire, mais le tiers payant généralisable a bien été évoqué dans la campagne présidentielle, dont il fut l'un des engagements. Le groupe REM votera donc cet amendement. *(Applaudissements sur les bancs du groupe REM.)*

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Dharréville.

**M. Pierre Dharréville.** Nous avons tous reçu cet amendement sous forme d'une feuille volante au milieu de la liasse qui vient de nous être distribuée ; ce n'est pas acceptable. Ce n'est pas la première fois que cela nous arrive dans le cadre de l'examen du PLFSS. Malgré les demandes d'explication que nous avons formulées depuis hier soir, nous arrivons au stade où nous sommes sans vous avoir entendus sur le sujet. Vous dites que cette mesure va dans le bon sens, mais je ne crois pas que ce soit le cas pour l'abandon ou le report de la généralisation du tiers payant, que vous souhaitez clairement repousser *sine die*. Le rapport de l'IGAS auquel vous vous référez précise pourtant que cette mesure est réalisable « à brève échéance » s'agissant de la Sécurité sociale. Cela pourrait se faire grâce à la carte vitale, et le processus s'annonce rapide, fiable et simple, avec moins de 1 % de rejet des télétransmissions.

Je voudrais également souligner que le tiers payant est pratiqué par presque 100 % des pharmacies et 65 % des kinésithérapeutes, mais on tombe à des niveaux très bas pour certaines professions de santé : 20 % des médecins généralistes, 10 % des dentistes, etc. Selon les chiffres, la pratique du tiers payant parmi ces professions n'a pratiquement pas évolué depuis 2015 ; il faut donc faire quelque chose. Mais nous sommes au contraire en train de reculer ! L'IGAS a formulé deux scénarios : la suppression de l'obligation – le rapport met en garde contre le risque de démobilité des acteurs que comporte cette voie – et le report de l'obligation à 2019. Vous avez choisi les deux. Le terme même de « généralisable » qui vient remplacer le terme « généralisé » représente un recul significatif. Il faut s'y opposer ! On ne peut pas en arriver là. C'est une nouvelle illustration de la politique du décalage que nous constatons depuis le début. (*Applaudissements sur les bancs du groupe FI.*)

**M. le président.** La parole est à M. Bruno Millienne.

**M. Bruno Millienne.** C'est très beau de vouloir introduire le tiers payant généralisé partout, mais il faut tenir compte des réalités du terrain et des difficultés des médecins face à la surcharge administrative. Ainsi, mon généraliste ne trouvera pas de remplaçant à son départ ; en effet, aucun médecin ne veut prendre son poste dans une petite commune rurale parce qu'il passe un temps infini toutes les semaines à remplir des papiers administratifs et financiers qui ne sont pas forcément de son ressort. Alors merci, madame la ministre, de vouloir appliquer la mesure progressivement, en améliorant les outils, car sans cette amélioration non seulement on ne trouvera pas de candidats pour remplacer les médecins qui partent à la retraite, mais l'on aggravera encore le problème des déserts médicaux.

**M. Éric Alauzet, rapporteur pour avis.** C'est vrai !

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton.

**M. Gilles Lurton.** Notre amendement a été très rapidement évacué et je suis un peu surpris par votre réponse, madame la ministre, car en le rédigeant avec M. Jean-Pierre Door et tous les membres de notre groupe qui l'ont signé, nous savions que le tiers payant était déjà généralisé pour toutes les personnes les plus précaires, notamment les bénéficiaires de la CMU-C, et notre amendement ne changeait rien à leur situation. Peu importe : nous sommes opposés à la généralisation du tiers payant et nous considérons que le combat que nous avons mené l'année dernière n'a pas été vain ; c'est une belle victoire !

### Rappel au règlement

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Dharréville, pour un rappel au règlement.

**M. Pierre Dharréville.** La méthode nous semble cavalière. Plusieurs collègues souhaitent s'exprimer sur ce sujet important et je voudrais, monsieur le président, que vous leur accordiez la parole.

**M. le président.** Ainsi que l'indique le règlement que vous venez de brandir, la règle en matière de discussion des amendements est claire : le Gouvernement et la commission se sont exprimés ; ensuite, l'usage autorise deux prises de parole, et le texte, une seule. J'ai donné la parole à exactement six orateurs, un de chaque groupe. Le seul groupe qui ne s'est pas exprimé est celui des Constructifs. Je crois donc que tous les points de vue ont été exposés, comme nous y invite le règlement. Nous pouvons donc procéder au scrutin. (*Applaudissements sur les bancs des groupes REM et MODEM.*)

### Après l'article 44 (suite)

(*L'amendement n° 1223 rectifié est adopté et l'amendement n° 894 tombe.*)

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 330.

**M. Pierre Dharréville.** Je regrette, monsieur le président, que vous n'ayez pas accédé à ma demande. Cet amendement me permettra malgré tout de revenir sur le sujet que je voulais aborder.

Nombre de rapports montrent que les étudiants n'ont pas les moyens de se soigner correctement. Ainsi près d'un tiers d'entre eux ne va pas chez le dentiste ou l'ophtalmologue, trop coûteux pour eux. Près de 25 % prennent des antidépresseurs ou d'autres médicaments permettant de faire face à la pression des études.

On constate que cette situation est encore plus dramatique pour les étudiants les plus précaires. Conséquence : sans revenus propres ni protection sociale, rester en bonne santé tout au long de ses études devient un parcours du combattant. La santé des étudiants s'en ressent bien au-delà de leurs études.

Nous proposons donc, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, d'étendre le tiers-payant aux étudiants affiliés aux régimes étudiants de Sécurité sociale. Cette mesure est rendue nécessaire par l'inadéquation des critères conditionnant l'accès à l'aide au paiement d'une complémentaire santé.

Je maintiens que le tiers payant est une mesure très utile pour favoriser l'accès aux soins. L'expérience des centres de santé le montre bien, ainsi que celle des hôpitaux publics. C'est une mesure qui permettrait de contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins pour les étudiants. Vous reculez sur le tiers payant pour l'ensemble de la population, mais accordez-le au moins aux étudiants !

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Défavorable.

**M. Pierre Dharréville.** C'est un peu court !

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Un peu de patience, monsieur Dharréville ! Si j'ai choisi de ne pas développer les arguments à l'encontre de votre amendement, c'est parce que Mme la ministre va le faire.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Nous étions en effet convenus, monsieur Dharréville, que ce serait moi qui vous répondrais sur cet amendement. Je souhaitais le faire car je partage votre préoccupation quant aux étudiants, dont l'accès aux soins est très mauvais, et qui ont du mal à déboursier les sommes nécessaires pour se soigner.

Lundi prochain, ma collègue Frédérique Vidal présentera un plan pour les étudiants comprenant des mesures d'accès à la santé et d'amélioration de la qualité de vie des étudiants. Nous y avons travaillé ensemble.

Par ailleurs, je ferais remarquer à M. Aviragnet qu'il a mal lu l'amendement que j'ai présenté il y a quelques instants. Ses dispositions prévoient que nous travaillerons d'ici au 31 mars 2018, dans le cadre d'un rapport qui sera remis au Parlement, à identifier des publics prioritaires supplémentaires pour lesquels le tiers payant pourra être obligatoire. Cela répond tout à fait à votre souci des étudiants. Je le répète, je souhaite travailler afin d'identifier les personnes qui devraient avoir obligatoirement droit au tiers payant afin que leur accès aux soins ne soit pas retardé.

En revanche, pour prendre un exemple, je pense que nous, qui nous exprimons dans cette assemblée, n'avons pas besoin du tiers payant. Voilà pourquoi rendre le tiers payant obligatoire pour 100 % des Français n'est pas la priorité de ce Gouvernement. Ce qui compte, c'est que tous ceux qui en ont besoin pour accéder aux soins puissent y avoir recours. *(Applaudissements sur les bancs des groupes REM et MODEM.)*

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Dharréville.

**M. Pierre Dharréville.** Je ne comprends pas : à l'heure de la télémédecine, avec toutes les techniques dont nous disposons, le tiers payant devrait être d'une simplicité biblique !

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Eh bien non, justement !

**M. Pierre Dharréville.** Je ne comprends pas pourquoi vous ne voulez pas l'étendre à tous les patients : c'est la modernité, c'est l'innovation !

**M. Bruno Millienne.** Allez dire cela aux médecins !

**Mme Danièle Obono.** Et vous, allez dire cela aux patients !

**M. Bruno Millienne.** Sans médecins, il n'y a pas de patients bien soignés !

*(L'amendement n° 330 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de huit amendements identiques, n°s 136, 100, 732, 733, 735, 741, 743 et 747.

La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 136.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** À la fin de l'examen de ce projet de loi en commission, la semaine dernière, nous avons examiné différents amendements tendant à demander des rapports au Gouvernement. Cet amendement est l'un d'eux ; il a pour objet de demander au Gouvernement un rapport « sur l'accès financier aux soins des personnes en situation de handicap et personnes en situation de précarité ».

L'exposé des motifs évoque les personnes en situation de handicap, mais aussi d'invalidité, ainsi que celles qui vivent sous le seuil de pauvreté et celles qui se heurtent à des refus de soins. Il nous semble important que le Parlement dispose de toutes les informations nécessaires sur ce problème considérable.

La commission a adopté dans la foulée un deuxième amendement tendant à demander un rapport au Gouvernement, portant davantage sur l'accès financier aux soins pour les personnes précaires bénéficiant de l'aide médicale d'État. Nous avons alors parlé des permanences d'accès aux soins de santé – les PASS –, notamment pour les soins dentaires. Nous avons aussi évoqué les centres de soins Médecins du monde sur le territoire national, et d'autres dispositifs encore.

Il faut admettre qu'il y a des trous dans la raquette de la protection sociale pour les plus fragiles d'entre nous. Certains, bien qu'ils bénéficient d'un système de couverture santé, rencontrent des difficultés pour accéder aux soins, notamment pour aller chez le médecin généraliste ou le dentiste.

La plupart des amendements visant à demander au Gouvernement de remettre un rapport au Parlement ont été refusés. Il est vrai qu'il n'est pas utile de faire travailler le Gouvernement à des rapports que nous pourrions rédiger nous-mêmes. Toutefois, je pense qu'il serait opportun de faire exception à cette règle s'agissant de l'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité. Il nous semble important que le Gouvernement remette au Parlement des éléments à ce sujet, de façon à y voir plus clair.

Je propose donc à Mme la ministre de nous mettre d'accord pour que le Gouvernement remette au Parlement un seul rapport, un rapport global, traitant l'ensemble des questions relatives à l'accès et au financement des soins pour les personnes précaires.

**M. le président.** Merci, monsieur le rapporteur général.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Pardonnez-moi de prendre un peu de temps, monsieur le président, mais je ne m'exprimerai pas sur l'amendement suivant, n° 137 rectifié.

Ce rapport aborderait aussi la question de la précarité en milieu hospitalier. À ce propos j'ai évoqué en commission l'exemple de La Réunion, où viennent des patients de Mayotte – en raison de la proximité entre les deux îles – parfois en situation précaire, ce qui a un coût. Il devrait en outre examiner la situation des bénéficiaires de l'aide médicale d'État, et s'intéresser à ceux qui n'ont absolument aucune couverture, à ceux qui sont pris en charge par des ONG, des associations, sur notre territoire, aux personnes en situation de handicap et d'invalidité. Il faudrait encore qu'il analyse les situations de non-recours aux droits.

Voilà, madame la ministre : c'est à propos de tous ces sujets que nous voudrions que le Gouvernement remette au Parlement un rapport détaillé dans les six mois suivant la publication de la loi, afin que nous puissions travailler ensemble, et faire des propositions pour avancer.

**M. le président.** La parole est à Mme Nathalie Bassire, pour soutenir l'amendement n° 100.

**Mme Nathalie Bassire.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 732.

**M. Joël Aviragnet.** Cet amendement vise à demander un rapport au Gouvernement afin de garantir à la représentation nationale une information complète sur l'accès aux soins des personnes handicapées et en situation de précarité.

Madame la ministre, vous avez dit tout à l'heure que j'ai mal lu votre amendement n° 1223 rectifié. C'est fort possible. Mais vous conviendrez qu'il eût été préférable de nous laisser le temps d'en prendre connaissance en commission plutôt que de nous conduire à l'examiner en séance, à deux heures du matin, à la fin de l'examen de ce projet de loi ! Je vous dis cela en toute sympathie : cela aurait été profitable à la clarté de nos débats.

Vous avez dit, monsieur Véran, que vous n'avez pas participé au débat sur le tiers-payant.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Je n'en ai pas du tout parlé !

**M. Joël Aviragnet.** Pardonnez-moi, il est tard. Il s'agissait du conventionnement sélectif. Quoi qu'il en soit, je voulais seulement rappeler que vous avez été rapporteur des PLFSS pour 2014 et 2015 ainsi que du projet de loi de modernisation de notre système de santé. Vous deviez par conséquent être tout de même un peu concerné par ces questions !

**M. le président.** La parole est à Mme Nicole Sanquer, pour soutenir l'amendement n° 733.

**Mme Nicole Sanquer.** Il est défendu.

**M. le président.** La parole est à Mme Ericka Bareigts, pour soutenir l'amendement n° 735.

**Mme Ericka Bareigts.** Monsieur le rapporteur, j'ai bien pris note des arguments que vous avez avancés pour défendre l'amendement n° 136. Je rappelle que nous l'avons adopté à l'unanimité en commission, et qu'ainsi il est devenu un amendement de la commission des affaires sociales. Il serait donc dommage qu'il soit totalement vidé de son sens en séance !

L'amendement tel qu'il a été adopté à l'unanimité par la commission des affaires sociales concernait un sujet particulier. Or en lisant l'amendement n° 136, que vous avez présenté tout à l'heure, je ne retrouve pas tout à fait les termes adoptés en commission. Certes il y a le problème de l'accès aux soins pour les personnes handicapées et pour les personnes en situation de précarité.

Mais au-delà, nous avons aussi évoqué la question du maillage, de la simplification des dispositifs. Nous avons souligné qu'il était nécessaire de revoir l'ensemble des dispositifs, de façon à la fois plus globale et plus précise, afin de toucher les personnes qui se trouvent en dessous du seuil de pauvreté et surtout, parmi elles, celles qui sont exclues de la santé.

Je voudrais m'assurer qu'il y aura bien aussi une demande de rapport concernant l'aide médicale d'État, l'AME, parce que c'est le sens des dispositions que nous avons votées en commission, et que je ne retrouve pas ces termes dans l'amendement n° 136.

**M. le président.** La parole est à Mme Hélène Vainqueur-Christophe, pour soutenir l'amendement n° 741.

**Mme Hélène Vainqueur-Christophe.** Je voudrais appuyer les propos tenus par Mme Bareigts. Par l'amendement n° 136, M. le rapporteur reprend notre demande d'un rapport sur le handicap et sur l'accès des personnes précaires aux soins. Mais je crois que nous avons également demandé des éléments sur la fusion des différents minima sociaux. Cette réforme permettrait en effet de simplifier l'accès des personnes handicapées et précaires aux soins, à la couverture sociale. Je voudrais donc m'assurer que le rapport demandé par M. le rapporteur au Gouvernement au moyen de l'amendement n° 136 aborde toutes ces questions.

**M. le président.** La parole est à M. Boris Vallaud, pour soutenir l'amendement n° 743.

**M. Boris Vallaud.** Il est défendu.

**M. le président.** La parole est à Mme Gisèle Biémouret, pour soutenir l'amendement n° 747.

**Mme Gisèle Biémouret.** Cet amendement vise à demander un rapport au Gouvernement sur l'impact de ces mesures concernant les personnes handicapées. Je profiterai de cette prise de parole pour dire deux mots concernant la politique de santé du Gouvernement.

Mais avant cela, je tiens à répondre à notre collègue qui nous a élégamment accusés de nous être essuyés les pieds pendant cinq ans sur la médecine libérale. Ce soir, je me demande qui s'essuie les pieds sur qui !

La suppression des dispositions généralisant le tiers payant, que nous avons adoptées dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé, vous fait peut-être sourire, mais elle me rend très triste, car c'était une avancée, une mesure de justice sociale. Ce PLFSS a fait une victime : l'égal accès aux soins de tous nos concitoyens. Après la suppression de l'APL accession et celle de l'ISF, cette mesure montre combien le Gouvernement abandonne les politiques de justice sociale. Je crois pourtant me souvenir, comme mon collègue Joël Aviragnet, qu'il y a au sein du groupe La République en marche plusieurs collègues qui avaient voté cette loi comme moi en 2015 !

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Le Gouvernement est favorable à la demande de rapport sur l'accès aux soins de l'ensemble des publics précaires ou handicapés, présentée par Olivier Véran au moyen de l'amendement n° 136.

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton.

**M. Gilles Lurton.** Je suis d'accord avec vous sur un point : il me semble important à moi aussi de disposer d'un rapport sur l'accès aux soins pour l'ensemble des publics précaires. Mais il ne faut pas oublier qu'en commission, nous avons décidé de cibler les personnes en situation de handicap. Je ne voudrais donc pas que celles-ci, qui ne sont pas forcément précaires, soient oubliées par ce rapport.

Vous comprenez, le procédé est facile : on demande beaucoup de rapports au Gouvernement, mais quelles suites leur sont données ? Je me souviens que l'année dernière, mon seul amendement qui était passé portait sur la demande d'un rapport concernant la situation des personnes handicapées vivant en couple, parce que si la femme était potentiellement bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé, elle ne pouvait la percevoir si son mari gagnait sa vie. Cela la rendait complètement dépendante de son conjoint, et cela me semblait constitutif d'une anorma-

lité. Mais je n'ai jamais vu la couleur de ce rapport. Et pourtant, l'amendement avait été voté. J'insiste vraiment pour que les personnes handicapées, quelle que soit leur situation, soient prises en compte dans le cadre du rapport demandé dans ces amendements.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** L'amendement de la commission des affaires sociales et les autres qui lui sont identiques concernent bien évidemment les personnes en situation de handicap et les personnes précaires, et je redis que j'y suis favorable.

*(Les amendements identiques n° 136, 100, 732, 733, 735, 741, 743 et 747 sont adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'une nouvelle série d'amendements identiques, n° 137 rectifié, 748 rectifié, 751 rectifié, 753 rectifié, 755 rectifié et 756 rectifié.

La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 137 rectifié.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à Mme Ericka Bareigts, pour soutenir l'amendement n° 748 rectifié.

**Mme Ericka Bareigts.** Je voudrais juste dire à M. le rapporteur général que cela manque beaucoup d'élégance.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Que voulez-vous dire ?

**Mme Ericka Bareigts.** On se comprend. En plus, c'est un manque de parole.

**M. le président.** La parole est à Mme Gisèle Biémouret, pour soutenir l'amendement n° 751 rectifié.

**Mme Gisèle Biémouret.** Il s'agit à l'origine d'un amendement adopté en commission des affaires sociales, à l'unanimité de surcroît : nous n'osons imaginer que le Gouvernement ne suive pas la volonté des députés sur cette question de l'intégration du dispositif de l'aide médicale d'État dans l'assurance maladie et de l'accès pour tous à une complémentaire santé, y compris pour les plus précaires.

Le constat est aujourd'hui le suivant : les démarches pour obtenir l'AME sont bien souvent ignorées des bénéficiaires potentiels et rendues complexes par des demandes abusives de pièces justificatives, ce qui favorise le retard des dossiers, parfois le renoncement des intéressés, et donc des ruptures de prise en charge. De plus, les bénéficiaires de l'AME sont confrontés à de fréquents refus de soins de la part des professionnels de santé, ce que dénonce le Défenseur des droits.

La fusion de l'AME dans le système général de la Sécurité sociale donnerait à tous un accès effectif et continu aux soins, comme le proposent de nombreuses associations et institutions. Cela répondrait à une logique de santé publique et à une logique de simplification administrative mettant fin à un régime spécifique.

**M. le président.** La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 753 rectifié.

**M. Joël Aviragnet.** Le rapport demandé permettrait de mesurer l'accès effectif aux soins des personnes en situation de précarité, notamment au regard du non-recours aux soins.

Je me souviens maintenant, monsieur le rapporteur général, qu'il s'agissait bien du tiers payant. Je continue d'affirmer qu'en tant que rapporteur à l'époque, au moyen des deux rapports que vous avez fournis, vous avez largement contribué à ce qu'il soit présenté dans la loi relative à la modernisation de notre système de santé.

**M. le président.** La parole est à Mme Hélène Vainqueur-Christophe, pour soutenir l'amendement n° 755 rectifié.

**Mme Hélène Vainqueur-Christophe.** Il est défendu, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 756 rectifié est-il défendu, monsieur Vallaud ?

**M. Boris Vallaud.** Oui, monsieur le président.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Je voudrais d'abord préciser à Mme Bareigts que si j'ai seulement dit « défendu » sans présenter l'amendement, c'était par respect pour elle puisque c'est son amendement qui a été adopté en commission et qu'elle est donc à l'origine des autres amendements identiques. J'ai toujours fait ainsi depuis quatre jours que nous débattons de ces articles dans l'hémicycle : quand un député a déposé un amendement et qu'il a été accepté par la commission, je le laisse le présenter. Ce que vous jugez inélégant était en fait un geste d'élégance. Je suis déçu que vous ne l'ayez pas compris alors que vous êtes parmi nous depuis les débuts des débats.

**Mme Ericka Bareigts.** Je vous remercie.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Ensuite, s'agissant de la demande de rapport, il faut bien préciser de quoi on parle. Monsieur Aviragnet, vous le présentez comme ayant pour objet l'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité, alors que nous venons déjà d'en voter un concernant certes le handicap, mais aussi la précarité. Je considère, afin de ne pas multiplier inutilement les rapports, que l'on peut demander un rapport global sur le financement des soins des personnes en situation de précarité, que ce soit à l'hôpital ou en ville, avec les associations, avec les PASS – permanences d'accès aux soins de santé –, c'est-à-dire pour les patients bénéficiaires de l'AME, pour ceux qui n'ont aucun accès au droit, pour ceux qui sont en invalidité ou en situation de handicap. Je voulais qu'on n'élude aucun problème. Or, avec un rapport focalisé sur un seul aspect, on aura encore besoin d'en demander d'autres l'année prochaine pour compléter. Il faut être capable de faire un bilan exhaustif sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap ou d'invalidité comme de celles en situation de précarité, en ne se focalisant pas sur une catégorie particulière. J'ai pensé qu'il serait plus globalisant d'avoir un rapport sur l'ensemble des données plutôt que deux rapports distincts. Voilà ce dont je voulais discuter avec vous, madame Bareigts, et pourquoi j'ai voulu vous passer la parole.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Vous présentez, monsieur Aviragnet, cet amendement comme proposant un rapport qui mesure l'accès aux soins des personnes les plus précaires. Je ne pourrais évidemment m'opposer à un tel rapport. Mais quand on lit bien, il s'agirait plutôt d'un rapport sur la mise en œuvre de l'intégration de l'AME au régime d'assurance maladie. Or il s'agit de deux choses bien distinctes.

Il faut bien mesurer ce dont on discute. L'intégration des bénéficiaires de l'AME à l'assurance maladie impliquerait bien plus que la seule mesure de l'accès aux soins des personnes en AME parce que ces dispositifs relèvent de deux logiques complètement distinctes. L'AME, à laquelle je suis particulièrement attachée, a pour but de permettre de se soigner à des personnes qui vivent sur notre territoire en situation irrégulière, qui sont très vulnérables et qui relèvent à ce titre de l'action sociale et humanitaire financée par l'État, puisque le respect du droit à la santé est évidemment indispensable. Notre système de sécurité sociale est, par contre, fondé sur des contributions obligatoires des assurés – Dieu sait qu'on en a parlé les deux jours précédents –, dont la contrepartie permet une couverture universelle face aux aléas de la vie.

Un rapport envisageant la fin de la distinction primordiale entre AME et assurance maladie serait problématique, car la question est lourde d'implications. L'on peut craindre que l'évolution suggérée n'aboutisse à l'effet inverse de celui escompté en alimentant des fantasmes, des crispations, et en affaiblissant l'adhésion des citoyens à notre système de protection sociale. C'est la raison pour laquelle je suis défavorable à ces amendements identiques.

*(Les amendements identiques n° 137 rectifié, 748 rectifié, 751 rectifié, 753 rectifié, 755 rectifié et 756 rectifié ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 192.

**M. Gilles Lurton.** C'est une demande de rapport sur les problèmes que nous avons évoqués à l'article 44, à savoir l'adaptation des régulations de la dentisterie aux données actuelles de la science.

*(L'amendement n° 192, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 186.

**M. Gilles Lurton.** Ma collègue Bérengère Poletti en est l'auteure. Elle demande que le Gouvernement remette un rapport, au plus tard six mois après la promulgation de la présente loi, sur la possibilité d'une revalorisation des tarifs de consultations complexes des sages-femmes sur le même modèle que les tarifs des médecins, dont la hausse a été actée par une décision du 21 juin 2017 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

La situation des sages-femmes lui tient beaucoup à cœur. Elle a longuement travaillé sur ces sujets.

*(L'amendement n° 186, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Adrien Quatennens, pour soutenir l'amendement n° 925.

**M. Adrien Quatennens.** Nous sommes nombreux à nous réclamer du camp du progrès. Il serait intéressant de savoir quel sens chacun de nous donne à ce mot. En tant que députés du groupe La France Insoumise, nous pensons que l'instauration d'une sécurité sociale intégrale et universelle serait un véritable progrès. La France, cinquième puissance économique mondiale, doit être le porte-étendard du progrès humain et social.

Alors qu'un Français sur deux refuse de se soigner en raison du coût, le remboursement à 100 % des actes médicaux et des dépenses de soins répond à une nécessité impérieuse de santé publique. Il s'agit, bien évidemment, d'aller à rebours de la logique que vous contribuez à imposer, celle où complémentaires et assurances privées assument la hausse du forfait hospitalier et le financement de l'assurance maladie. C'est une alternative radicale à ce recul que nous vous proposons, non sans qu'une indispensable évaluation du coût pour les finances sociales d'un passage au remboursement à 100 % ait été conduite. Il ne faudrait pas raser gratis.

Nous demandons donc au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport évaluant le coût de l'instauration d'un système de couverture aussi ambitieux. Nous sommes conscients du grand nombre de rapports sur lesquels les administrations vont devoir travailler, mais nous estimons qu'un tel projet d'extension du périmètre de la Sécurité sociale, qui changerait la vie de millions de Français, l'exige. C'est pourquoi j'annonce que je maintiendrai cet amendement.

*(L'amendement n° 925, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 1029.

**M. Pierre Dharréville.** Cet amendement vise à étudier la faisabilité pour l'assurance maladie de se positionner également en tant qu'assurance maladie complémentaire. Une telle mesure serait d'autant plus justifiée que les coûts de gestion des mutuelles, mais aussi des assurances, sont plus élevés que ceux de l'assurance maladie. La mise en place d'une complémentaire santé publique serait une première étape vers la prise en charge des soins à 100 % par la Sécurité sociale.

*(L'amendement n° 1029, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 1062.

**M. Pierre Dharréville.** Celui-ci a une portée plus ciblée. Les actes d'ostéopathie sont actuellement pris en charge par certaines mutuelles, à défaut d'être remboursés par la Sécurité sociale. Alors que de plus en plus de Français et de Françaises recourent à des séances d'ostéopathie, la présente demande de rapport vise à étudier la possibilité pour l'assurance maladie obligatoire de prendre en charge ces actes.

*(L'amendement n° 1062, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

#### Article 45

**M. le président.** La parole est à M. Adrien Quatennens, pour soutenir l'amendement, n° 863, tendant à la suppression de l'article.

**M. Adrien Quatennens.** La généralisation de la facturation directe des établissements de santé est la dernière étape de la réforme néolibérale de l'hôpital menée depuis 2004, avec l'introduction de la tarification à l'acte.

La tarification à l'acte est unanimement reconnue par les professionnels hospitaliers comme une des causes majeures de la crise de l'hôpital et de la détérioration des conditions de travail des soignants comme de la qualité des soins prodigués aux patients.

Elle contraint les équipes hospitalières à envisager les soins qu'elles pratiquent sous l'angle de leur rentabilité pour leurs établissements, et ne prend pas en compte les aspects non techniques mais indispensables du métier de soignant. Je pense notamment à l'attention portée aux patients, aux interactions avec eux, à la dimension collective du travail entre équipes et au surcoût lié à la prise en charge de patients précaires. Il est pourtant reconnu que ces éléments ont un effet réel et significatif sur la qualité et l'efficacité des soins.

Enfin, la tarification à l'acte plonge les établissements de santé dans la précarité financière et ne leur permet pas d'avoir une visibilité suffisante pour engager des dépenses d'investissement qui leur permettraient, par exemple, d'intégrer les innovations technologiques.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** La tarification à l'acte, monsieur Quatennens, n'existe pas à l'hôpital, où est en vigueur, en revanche, la tarification à l'activité. Et il existe une grande différence entre les deux : dans le cadre de la première, chaque acte donne lieu à un paiement, alors que, dans le cadre de la seconde, c'est à chaque séjour que l'établissement est payé.

L'adoption de l'amendement que vous avez défendu aurait pour conséquence, alors que vous souhaitez le supprimer, d'accélérer la mise en place du dispositif de facturation au fil de l'eau, dit FIDES, pour facturation individuelle des établissements de santé. En effet, l'article 45, que vous souhaitez supprimer, prévoit de repousser l'application de ce dispositif. Une lecture juridique de votre amendement conduirait à l'analyse suivante : au lieu de repousser l'application du dispositif FIDES, il aurait pour conséquence son application immédiate. Tel n'était pas, je pense, son esprit.

*(L'amendement n° 863, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

*(L'article 45 est adopté.)*

#### Article 46

*(L'article 46 est adopté.)*

#### Article 47

**M. le président.** La parole est à Mme Élisabeth Toutut-Picard, inscrite sur l'article.

**Mme Élisabeth Toutut-Picard.** Les dépenses relatives au transport de patients ont doublé en dix ans : c'est la conséquence du vieillissement de la population, de l'augmentation du nombre de personnes atteintes d'une affection de longue durée et du regroupement des plateaux techniques.

Le sujet a fait l'objet de plusieurs rapports, en 2008, 2010 et 2014. Ce dernier, produit par la MECSS, formulait plusieurs préconisations pour coordonner le pilotage, restructurer l'offre, renforcer les contrôles et rationaliser ces dépenses de transport.

L'une de ces préconisations visait notamment « à programmer, de façon progressive, la prise en charge des dépenses hospitalières de transport sur le budget des établissements de santé et non plus sur l'enveloppe des soins de ville, ceci afin de mieux relier le responsable de la prescription et celui qui en supporte le financement ».

Les auteurs du rapport de la MECSS précisaient toutefois qu'une telle évolution supposait d'introduire un volet transports dans la conférence médicale d'établissement, de rendre obligatoire l'individualisation des prescriptions et de restructurer les flux de transport au sein de l'hôpital.

L'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2017 prévoyait le transfert dans le budget des établissements de santé des dépenses de transports inter-établissements au 1<sup>er</sup> mars 2018. L'article 47 du présent projet reporte ce transfert au 1<sup>er</sup> octobre 2018. Les représentants des hôpitaux publics et privés sont opposés à ce transfert sec, car aucun chiffrage des coûts qui leur incomberaient ne leur a été communiqué.

Par ailleurs, cette mesure pourrait constituer un frein au développement des coopérations inter-hospitalières – et donc aux Groupements hospitaliers de territoire, les GHT – ainsi qu'à la fluidité des parcours de soins. Elle augmenterait, en outre, considérablement le nombre de factures que les établissements de santé auraient à traiter.

**M. le président.** Je suis saisi de quatre amendements identiques, n°s 153, 737, 795 et 1172.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 153.

**M. Gilles Lurton.** Je remercie Mme Toutut-Picard, qui est membre de la MECSS, dont je suis co-président avec Mme Annie Vidal, d'avoir cité le rapport de son ancien président, Pierre Morange, sur le transport de patients. Il avait dégagé des pistes de réflexion particulièrement intéressantes. Nous vous avons, d'ailleurs, madame la ministre, écrit à ce sujet il y a quelques jours, puisque vous semblez vous intéresser au problème du transport sanitaire.

Mme Toutut-Picard a très bien décrit la démarche qui a conduit au dépôt de l'amendement n° 153 : dans la mesure où les établissements publics ne sont pas en mesure à ce jour d'assumer la prise en charge de ces transferts, le report du transfert au 1<sup>er</sup> octobre 2018 ne changera rien au problème. C'est pour cette raison que cet amendement propose d'abroger l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2017.

**M. le président.** La parole est à Mme Nicole Sanquer, pour soutenir l'amendement n° 737.

**Mme Nicole Sanquer.** Il est défendu.

**M. le président.** La parole est à Mme Élisabeth Toutut-Picard, pour soutenir l'amendement n° 795.

**Mme Élisabeth Toutut-Picard.** Il découle logiquement de mon intervention sur l'article. L'amendement n° 795 tend à abroger l'article 80 de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2017, qui prévoit précisément le transfert des dépenses de transport inter-hospitaliers aux établissements de santé.

L'application de cette mesure irait à l'encontre du développement de la coopération inter-hospitalière, risquerait d'entraîner une dégradation des soins et serait contraire au principe de subsidiarité que les GHT mettent en avant.

**M. le président.** La parole est à Mme Nathalie Bassire, pour soutenir l'amendement n° 1172.

**Mme Nathalie Bassire.** Les dépenses de santé en matière de transport de patients ont augmenté de façon significative. L'article 47 prévoit de transférer, au 1<sup>er</sup> mars 2018, les dépenses de transport de patients entre établissements dans le budget de ces mêmes établissements de santé.

Or ce transfert pose un certain nombre de problèmes : le périmètre du transfert des dépenses est flou, ses effets incertains et le chiffrage desdites dépenses n'a pas été détaillé. Il est donc nécessaire de clarifier ces points avant de procéder à un tel transfert.

Par conséquent, l'amendement n° 1172 propose d'abroger l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2017 afin que ledit transfert n'intervienne pas en 2018.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Elle demande le retrait des amendements. À défaut, son avis serait défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Défavorable.

**M. le président.** Madame Toutut-Picard, retirez-vous votre amendement ?

**Mme Élisabeth Toutut-Picard.** Oui.

*(L'amendement n° 795 est retiré.)*

*(Les amendements identiques n° 153, 737 et 1172 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi de quatre amendements, n° 983, 154, 745 et 1175, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n° 745 et 1175 sont identiques.

La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 983.

**M. Francis Vercamer.** Je le défends brièvement, puisque le sujet a été évoqué juste avant. Le dispositif prévu à l'article 47 ne peut entrer en vigueur au 1<sup>er</sup> mars 2018, ce que d'ailleurs le Gouvernement reconnaît, puisque des risques existent qui le rendent inapplicable en l'état.

Il n'existe pas actuellement de dispositif juridique permettant aux fédérations hospitalières de mettre en œuvre leurs propres solutions de transport. En outre, l'enveloppe du transfert de dépenses, qui est de l'ordre de 125 millions d'euros, paraît floue et n'est pas détaillée.

L'amendement propose donc de décaler la date du transfert au 1<sup>er</sup> janvier 2020 afin de laisser le temps nécessaire aux travaux techniques de mise en œuvre du dispositif.

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 154.

**M. Gilles Lurton.** M. Vercamer vient de défendre excellemment l'amendement n° 983. Le nôtre prévoit un décalage du transfert non au 1<sup>er</sup> janvier 2020, mais au 1<sup>er</sup> mars 2020. À deux mois près, nous ne chipoterons pas.

**M. le président.** La parole est à Mme Nicole Sanquer, pour soutenir l'amendement n° 745.

**Mme Nicole Sanquer.** Il est défendu.

**M. le président.** La parole est à Mme Nathalie Bassire, pour soutenir l'amendement identique n° 1175.

**Mme Nathalie Bassire.** Il s'agit d'un amendement de repli puisqu'il prévoit de reporter l'application de l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2017 au 1<sup>er</sup> octobre 2019.

*(Les amendements n° 983, 154 et les amendements identiques 745 et 1175, repoussés par la commission et le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)*

*(L'article 47 est adopté.)*

#### Article 48

**M. le président.** La parole est à Mme Audrey Dufeu Schubert, inscrite sur l'article.

**Mme Audrey Dufeu Schubert.** L'article 48, auquel je suis favorable, traite de la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation, ou SSR. Il vise à reporter cette réforme afin de ne pas mettre en difficulté les SSR spécialisés, car elle pourrait avoir pour eux des conséquences négatives et mettre en péril leur équilibre financier.

Si je soutiens cet article, j'insiste, madame la ministre, sur la situation des SSR polyvalents, dont les projections sont, s'agissant des dotations financières modulées à l'activité, majoritairement plutôt positives, contrairement aux SSR spécialisés.

Je vous alerte également sur l'avenir, compte tenu du nombre de personnes âgées qui croît de façon exponentielle d'année en année. Il faut, par conséquent, prêter une attention particulière à ces SSR polyvalents, qui vont être amenés à traiter de plus en plus de personnes âgées. En raison du maintien à domicile de ces dernières, certains points de croisement de prise en charge seront beaucoup plus sollicités.

Je souhaitais donc insister sur l'évolution de la situation des SSR.

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n° 399 et 400, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Olivier Véran, pour les soutenir.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Tous deux sont rédactionnels.

*(Les amendements n° 399 et 400, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)*

*(L'article 48, amendé, est adopté.)*

### Après l'article 48

**M. le président.** Nous en venons à plusieurs amendements portant articles additionnels après l'article 48.

Je suis saisi de deux amendements, n<sup>os</sup> 1171 et 698, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à Mme Hélène Vainqueur-Christophe, pour les soutenir.

**Mme Hélène Vainqueur-Christophe.** Si la situation des hôpitaux dans l'hexagone est très difficile, celle des hôpitaux outre-mer est encore plus explosive. Cet amendement propose de préciser les critères sur lesquels reposent les coefficients géographiques.

Madame la ministre, je sais – car j'étais à vos côtés lorsque vous avez visité le centre hospitalo-universitaire de Pointe-à-Pitre – que vous êtes sensible à la situation des hôpitaux dans les outre-mer. Il faut absolument que vous trouviez une solution à la situation dramatique des finances de ces hôpitaux. Ils font face à des surcoûts liés à l'insularité, aux dépenses de personnel, aux frais d'approche mais également à la mise aux normes des bâtiments en matière sismique et cyclonique et au fait que bon nombre de leurs patients vivent dans la précarité.

Les coefficients géographiques multiplicateurs appliqués dans les outre-mer ne compensent pas totalement les charges pesant sur ces hôpitaux. C'est la raison pour laquelle une aide exceptionnelle en trésorerie leur est accordée chaque année, à la fin du mois de décembre, afin de leur permettre de rétablir leur situation financière.

Cet amendement vise donc à préciser les critères sur lesquels reposent les coefficients géographiques et à garantir leur application à toutes les enveloppes.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Madame Vainqueur-Christophe, nous avons eu une discussion en commission au sujet du financement des établissements de santé dans les outre-mer, au cours de laquelle nous avons notamment évoqué les différents critères permettant de mesurer les surcoûts auxquels ils sont confrontés.

La rédaction de votre amendement a d'ailleurs évolué depuis lors, puisque vous y avez notamment intégré les coûts immobiliers sur lesquels nous avons échangé. Il n'en reste pas moins que la question des coefficients géographiques que vous abordez ne relève pas de la loi, mais davantage du règlement et de la négociation.

Je vous propose donc de retirer votre amendement et de prendre l'attache des services du ministère afin d'engager une discussion autour de cette question du coefficient géographique. À mon sens, cette démarche aura plus d'impact que l'insertion dans la loi des éléments précis que vous avez cités.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Avis défavorable. Les surcoûts liés à l'insularité et l'éloignement géographique sont d'ores et déjà intégrés dans le calcul du coefficient géographique, qui prend en compte l'ensemble des points que vous avez soulevés, madame Vainqueur-Christophe : dépenses de personnel, cherté de la vie, précarité, surcoûts assurantiels liés aux risques naturels.

Je précise que le coefficient géographique a été revalorisé pour la Corse, les Antilles et la Guyane en 2017. Je vous propose de retirer votre amendement et que nous nous rencontrions pour discuter des spécificités de ces territoires.

**M. le président.** Madame Vainqueur-Christophe, retirez-vous l'amendement ?

**Mme Hélène Vainqueur-Christophe.** Non, monsieur le président.

*(Les amendements n<sup>os</sup> 1171 et 698, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 1048.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** L'objet de cet amendement est de faire évoluer l'évaluation de la qualité des soins dans les établissements de santé. Aujourd'hui, cette évaluation se fait sur la base d'indicateurs de processus ; l'idée serait d'inclure aussi des indicateurs de résultat, ainsi que le retour des usagers, c'est-à-dire leur propre perception de la qualité des soins reçus, et celui des professionnels de santé. Ceux-ci pourront ainsi dire s'ils n'ont pas eu le temps de faire certains soins parce qu'ils ont trop de missions à accomplir ou s'ils ont confiance dans les soins donnés aux malades dans l'établissement.

Il s'agit surtout d'engager une réflexion sur la question. J'ai bien conscience que cela ne relève pas de la loi à proprement parler, mais je souhaitais évoquer le sujet dans l'hémicycle. Puisque c'est fait, je retire l'amendement.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 1048 est retiré.)*

**M. le président.** Je suis saisi de plusieurs amendements identiques, n<sup>os</sup> 802, 966, 972 et 1160.

La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 802.

**M. Joël Aviragnet.** Cet amendement vise à appeler l'attention du Gouvernement sur l'augmentation de 2 euros du forfait hospitalier.

Lors de sa création, en 1983, le forfait hospitalier était de 20 francs, ce qui correspond à 3,05 euros. S'il avait suivi le cours normal de l'inflation, il serait aujourd'hui de 7 euros.

Il faut bien se rendre compte que cette hausse étant répercutée sur les patients, elle va entraîner une hausse des tarifs des complémentaires de santé, dont les tarifs ne sont pas fonction des ressources des cotisants, contrairement aux cotisations de sécurité sociale qui, elles, sont proportionnelles au revenu. La mesure pèsera donc davantage sur les personnes aux revenus modestes. Les premières victimes de cette taxe sur les malades seront ainsi les personnes les plus fragiles, les 5 % de Français qui n'ont pas de complémentaire de santé et ceux pour qui le coût de la complémentaire représentait déjà une charge financière telle qu'ils risquent de devoir y renoncer.

**M. le président.** La parole est à Mme Ericka Bareigts, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 966.

**Mme Ericka Bareigts.** Il est défendu, monsieur le président.

**M. le président.** La parole est à Mme Hélène Vainqueur-Christophe, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 972.

**Mme Hélène Vainqueur-Christophe.** Défendu !

**M. le président.** La parole est à Mme Gisèle Biémouret, pour soutenir l'amendement n° 1160.

**Mme Gisèle Biémouret.** Il est défendu.

*(Les amendements identiques n°s 802, 966, 972 et 1160, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)*

#### Article 49

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 985.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

*(L'amendement n° 985, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 1023.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il s'agit de permettre la fongibilité des enveloppes des agences régionales de santé – ARS. Aujourd'hui, si une agence régionale de santé veut, par exemple, développer un centre de soins urgents non programmés ou financer *via* le Fonds d'intervention régional un centre périnatal de proximité plutôt que des urgences ou une maternité classiques, elle n'est pas incitée à le faire. En effet, si, dans le cadre d'une restructuration, une unité ferme, l'argent n'est pas récupérable par l'agence régionale de santé pour développer d'autres formules de soins sur le territoire. C'est un frein.

L'idée serait de permettre une fongibilité; ce serait d'ailleurs une manière de contrer le financement à l'activité dans les urgences hospitalières. Quand l'agence régionale de santé procéderait à une restructuration ou qu'elle constaterait qu'un service est en train de fermer, mais qu'elle aurait la possibilité de développer quelque chose d'autre en ambulatoire, elle pourrait le faire. Le financement des soins « resterait » de ce fait dans le territoire concerné: c'est important, car ce sont des territoires qui, en général, ne sont pas très fournis en offre de soins.

*(L'amendement n° 1023, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 496 et 1000.

La parole est à Mme Nathalie Elimas, pour soutenir l'amendement n° 496.

**Mme Nathalie Elimas.** Il est défendu, monsieur le président.

**M. le président.** La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 1000.

**M. Francis Vercamer.** L'article 49 vient donner un peu plus de souplesse aux ARS. Il me paraît important, par respect du principe de transparence, que les ARS justifient de l'utilisation des financements publics devant les citoyens en publiant leurs dépenses au recueil des actes administratifs.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Dans leurs rapports d'activité, les ARS font déjà part de la façon dont sont alloués les crédits du Fonds d'intervention régional. Les amendements sont donc satisfaits; je vous propose de les retirer.

**M. le président.** Monsieur Vercamer ?

**M. Francis Vercamer.** Je retire mon amendement.

**Mme Nathalie Elimas.** Je retire aussi le mien.

*(Les amendements identiques n°s 496 et 1000 sont retirés.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Ericka Bareigts, pour soutenir l'amendement n° 1097.

**Mme Ericka Bareigts.** Il est défendu, monsieur le président.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Demande de retrait; à défaut, avis défavorable.

**M. le président.** L'amendement est-il retiré, madame Bareigts ?

**Mme Ericka Bareigts.** Non, monsieur le président.

*(L'amendement n° 1097 n'est pas adopté.)*

*(L'article 49, amendé, est adopté.)*

#### Après l'article 49

**M. le président.** Je suis saisi de trois amendements portant articles additionnels après l'article 49.

La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 1008.

**M. Francis Vercamer.** Cet amendement vise à revoir la répartition des crédits du Fonds d'intervention régional, le FIR. Cela fait plusieurs années que je m'étonne de ce que la région dont je viens, anciennement Nord-Pas-de-Calais et aujourd'hui Hauts-de-France, qui est une région en difficulté sanitaire, avec un taux de mortalité parmi les plus élevés de France, ne perçoive pas de crédits par habitant à la hauteur de ce qu'elle devrait avoir. Par conséquent, je souhaite que l'on revoie la manière dont les crédits du FIR sont répartis entre les agences régionales de santé, en fonction de la démographie régionale et, surtout, des besoins de santé recensés sur le territoire.

J'ai présenté cet amendement en commission; M. le rapporteur général m'a répondu que cela était prévu réglementairement. Peut-être est-ce le cas, mais ce n'est pas appliqué! La situation dans les Hauts-de-France est dramatique, avec une précarité très importante. Or les fonds sont extrêmement faibles. Je voudrais que ces modalités de répartition soient inscrites dans la loi afin qu'elles deviennent une réalité.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Monsieur Vercamer, je persiste et signe : la mesure est déjà appliquée.

**M. Francis Vercamer.** Non ! Si vous voulez, nous pouvons en parler pendant une heure : j'ai tous les chiffres !

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Non, n'en parlons pas pendant une heure, s'il vous plaît : il est deux heures quarante du matin ! (*Sourires.*)

L'amendement que nous venons d'adopter prévoit, en outre, une fongibilité des crédits du FIR, notamment pour organiser la permanence des soins. Votre amendement est totalement satisfait par l'état du droit, monsieur Vercamer. Que cela n'aille pas assez loin à votre goût, dont acte, mais l'amendement que nous venons d'adopter permettra de renforcer le dispositif. Nous allons progresser. Tout cela ne relève pas de la loi.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je ne comprends pas très bien. Il existe depuis 2015 des règles de péréquation qui prennent en compte le taux brut de mortalité, le taux de précarité et le taux de personnes en affection de longue durée. Cette péréquation porte sur 60 % des crédits du FIR, qui sont répartis par la direction générale de l'offre de soins. L'amendement est donc largement satisfait : cela existe déjà dans la réalité !

**M. le président.** La parole est à M. Francis Vercamer.

**M. Francis Vercamer.** Je ne dis pas que ce n'est pas dans les textes, je dis que ce n'est pas appliqué. J'ai les tableaux, avec tous les chiffres, les crédits par habitant etc., là, sous les yeux ! Cela fait cinq ans que je fais ça, tous les jours !

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Tous les jours ? (*Sourires.*)

**M. Francis Vercamer.** Je peux vous les lire, si vous voulez !

Je le répète : aujourd'hui, ce n'est pas appliqué. La région des Hauts-de-France, qui connaît la situation sanitaire la plus dramatique de toute la France, reçoit moins de crédits par habitant que d'autres régions.

(*L'amendement n° 1008 n'est pas adopté.*)

**M. le président.** La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 1003.

**M. Francis Vercamer.** Il s'agit d'un autre « marronnier ». Il vise à relancer la réflexion sur les objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie, de sorte que chaque région dispose des crédits correspondant à ses besoins. Cela revient à ce que j'ai défendu dans l'amendement précédent, mais s'agissant de l'assurance maladie.

(*L'amendement n° 1003, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Danièle Obono, pour soutenir l'amendement n° 850.

**Mme Danièle Obono.** Cet amendement propose de lancer une campagne ciblée de prévention du sida.

Dès décembre 2015, l'Institut de veille sanitaire s'alarmait de la recrudescence du virus du sida : « Le fait que l'augmentation soit beaucoup plus marquée chez les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est un constat

alarmant. » Et l'Institut d'ajouter : « Il est essentiel que les populations les plus exposées, et notamment les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, aient un recours répété aux tests. »

Depuis ce constat alarmant, nous n'avons connu aucune campagne de grande ampleur visant à rappeler aux jeunes et aux populations les plus touchées l'importance de la protection et du dépistage. Quand on sait que le coût mensuel pour l'assurance maladie d'une trithérapie est de 1 000 à 1 500 euros, on peut aisément se figurer les conséquences sur les finances sociales du relâchement actuel des comportements individuels et des politiques de prévention du sida. Il serait temps de lancer une vaste campagne de sensibilisation qui touche les publics les plus concernés, sans céder aux pressions de celles et ceux qui estiment que ces campagnes sont des atteintes aux bonnes mœurs.

**Mme Caroline Fiat.** Très bien !

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Nous avons déjà débattu de la question en commission. Santé publique France et d'autres instituts de santé publique apportent déjà toutes les données nécessaires sur ce sujet, qui est extrêmement important.

Nous partageons pleinement vos objectifs, madame Obono, d'autant plus que la prévention est le maître-mot de la politique de santé du Gouvernement, mais il n'y a pas besoin que celui-ci remette un rapport au Parlement sur la question. Nous pourrions, si vous le souhaitez, travailler ensemble sur le sujet. Avis défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je partage pleinement votre préoccupation, madame Obono. J'en fais même un axe prioritaire de ma politique de santé publique. Il sera inscrit dans la stratégie nationale de santé qu'il faut renforcer les campagnes d'information ainsi que la prévention.

Je pense donc que l'amendement est satisfait. Nous perdriions beaucoup de temps à faire un rapport sur le coût des campagnes. Nous ferions mieux de faire plutôt que de faire des rapports.

(*L'amendement n° 850 n'est pas adopté.*)

## Article 50

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 329 et 785, tendant à la suppression de l'article.

La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 329.

**M. Pierre Dharréville.** L'article 50 prévoit de généraliser les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens – CPOM – actuellement applicables aux EHPAD à tous les établissements du secteur du médico-social.

Il prévoit également de supprimer l'opposabilité des conventions collectives de travail aux établissements de ce secteur au motif que celles-ci entreraient en contradiction avec les CPOM, dont la logique de financement conduit à faire dépendre les dotations accordées aux établissements au niveau de l'activité et non plus au niveau des dépenses.

Alors que ce secteur est marqué par une grande précarité, une telle mesure aggraverait la situation en contribuant au démantèlement du statut collectif des personnels du secteur social et médico-social.

**M. le président.** La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 785.

**Mme Caroline Fiat.** Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens s'inscrivent dans une logique d'austérité, cette logique comptable dont tous les professionnels de santé vous diront qu'elles tuent leur travail et en détruisent le sens, en particulier dans les EHPAD. Il est plus que temps, je le répète, de sortir de ces carcans budgétaires. Or l'article 50 franchit un cran supplémentaire en permettant à ces contrats de déroger aux conventions collectives des salariés des EHPAD.

On sait que cette majorité n'a pas pour priorité d'améliorer les conditions de travail des travailleurs de ce pays,...

**M. Sylvain Maillard.** Oh !

**Mme Caroline Fiat.** ...mais tout de même ! Nous avons auditionné dans ces murs les syndicats des EHPAD, et le constat est largement partagé : dans le contexte actuel, les conditions de travail sont rudes, dangereuses pour la santé et psychologiquement éreintantes. C'est la raison précise pour laquelle l'opposabilité des conventions collectives doit à tout prix être maintenue, pour que le droit du travail soit sanctuarisé, au moins là où se trouvent les soignants qui supportent les insuffisances de votre politique en matière de médico-social.

Pour ces salariés, par respect pour leur travail et l'énergie qu'ils donnent pour accueillir nos anciens, je vous demande de retirer cet article. *(Applaudissements sur les bancs du groupe FI.)*

*(Les amendements identiques n° 329 et 785, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n° 946 rectifié et 491, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 946 rectifié.

**M. Gilles Lurton.** J'avais déposé le même amendement en commission, mais le rapporteur général m'avait dit que sa rédaction était incomplète. J'ai donc revu celle-ci avec soin.

Le présent amendement, donc, vise à consacrer au niveau législatif le principe de libre affectation des résultats par le gestionnaire d'un EHPAD.

Je n'en dis pas davantage, puisque je m'étais longuement expliqué sur le sujet en commission, mais cet amendement me paraît réellement bienvenu.

**M. le président.** La parole est à Mme Nathalie Elimas, pour soutenir l'amendement n° 491.

**Mme Nathalie Elimas.** Défendu !

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Je propose à M. Lurton de retirer son amendement au profit de celui de Mme Elimas, qui vise le même objectif avec une rédaction

plus simple. N'y voyez rien de politique, monsieur Lurton : le motif est vraiment rédactionnel. Sur le fond, ces deux amendements nous paraissent aller dans le bon sens.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je suggère également à M. Lurton de retirer son amendement au profit de celui de Mme Elimas, auquel le Gouvernement est favorable.

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton.

**M. Gilles Lurton.** Je retire mon amendement, pour me rallier à celui de Mme Elimas.

**M. Bruno Millienne.** Très bien !

*(L'amendement n° 946 rectifié est retiré.)*

*(L'amendement n° 491 est adopté.)*

**Mme Michèle de Vaucouleurs.** Très bien !

**M. le président.** La parole est à Mme Nicole Sanquer, pour soutenir l'amendement n° 777.

**Mme Nicole Sanquer.** Cet amendement vise à inclure dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant d'une autorisation et d'une tarification préfectorales.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Le passage sous CPOM d'un établissement médico-social implique un véritable changement de régime budgétaire, ce à quoi les établissements sociaux sous l'autorité de l'État ne sont pas prêts. Avis défavorable.

*(L'amendement n° 777, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Nicole Sanquer, pour soutenir l'amendement n° 1203.

**Mme Nicole Sanquer.** Défendu.

*(L'amendement n° 1203, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Nicole Sanquer, pour soutenir l'amendement n° 767.

**Mme Nicole Sanquer.** Défendu.

*(L'amendement n° 767, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de plusieurs amendements identiques, n° 758, 849, 852, 860 et 1012.

La parole est à Mme Nicole Sanquer, pour soutenir l'amendement n° 758.

**Mme Nicole Sanquer.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 849.

**M. Joël Aviragnet.** Cet amendement, qui concerne lui aussi les établissements sociaux et les CPOM, vise à demander la suppression de la non-opposabilité des conventions collectives ; dans le cas contraire, ces établissements devraient pouvoir maintenir l'acquis de leurs excédents.

En d'autres termes, les établissements qui réalisent des excédents dans leur exercice budgétaire habituel devraient pouvoir les transformer en réserves, à des fins d'investissement ou de compensation en cas de baisse de l'activité au cours des années ultérieures.

**M. le président.** La parole est à Mme Ericka Bareigts, pour soutenir l'amendement n° 852.

**Mme Ericka Bareigts.** Il est défendu.

**M. le président.** La parole est à M. Boris Vallaud, pour soutenir l'amendement n° 860.

**M. Boris Vallaud.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 1012.

**M. Francis Vercamer.** Défendu également.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Ces amendements paraissent satisfaits par l'amendement n° 491 de Mme Elimas, que notre assemblée vient d'adopter. Je suggère donc leur retrait.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Même avis : retrait ; à défaut, avis défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Joël Aviragnet.

**M. Joël Aviragnet.** Me confirmez-vous que les établissements peuvent constituer des réserves ?

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Oui.

**M. Joël Aviragnet.** En ce cas, je retire mon amendement.

**M. le président.** Il en est de même des autres amendements identiques.

*(Les amendements identiques n° 758, 849, 852, 860 et 1012 sont retirés.)*

*(L'article 50, amendé, est adopté.)*

#### Après l'article 50

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 1201 portant article additionnel après l'article 50.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a créé, dans chaque département, une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées – CFPPA. À ce titre, les départements bénéficient de concours financiers de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie – CNSA –, à hauteur de 180 millions d'euros en année pleine.

En 2015 et 2016, des crédits supplémentaires destinés à couvrir des dépenses d'ingénierie ont été versés aux départements et financés par la CNSA afin de soutenir le démarrage opérationnel du dispositif.

Afin de poursuivre le soutien aux départements dans le fonctionnement de cette nouvelle instance partenariale et de favoriser sa réussite, il est proposé de pérenniser le financement des dépenses d'ingénierie, jusqu'à présent ponctuel, tout en le simplifiant. À cette fin, il est proposé de financer ces dépenses sur le concours de la CNSA versé aux départements.

Dans le même temps, l'amendement tend à ouvrir ce concours aux dépenses permettant d'assurer le fonctionnement des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie – CDCA – qui, créés par la même loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, connaissent des retards d'installation.

Une limite sera bien évidemment fixée à l'utilisation du concours en soutien du fonctionnement de ces deux instances, la plus grande partie des crédits devant directement bénéficier aux personnes âgées ou à leurs aidants.

*(L'amendement n° 1201, accepté par la commission, est adopté.)*

#### Article 51

**M. le président.** La parole est à Mme Caroline Fiat, première oratrice inscrite sur l'article.

**Mme Caroline Fiat.** L'article 51 prévoit la suppression de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, dite ANESM, et la reprise de ses compétences par la Haute Autorité de santé.

Cette décision, prise sans concertation préalable avec les acteurs, n'est pas sans inquiéter les représentants du secteur social et médico-social, que nous avons rencontrés. Quel manque de considération pour les personnels de cette structure et pour les valeurs du monde social et médico-social ! En effet, l'ANESM a su prendre en compte, depuis fort longtemps déjà, les spécificités du secteur social et médico-social.

La crainte est donc grande que la Haute Autorité de santé, qui a une histoire et un champ de compétences déjà vaste, ne soit pas en mesure d'appréhender toutes les spécificités d'un secteur qui comprend des structures de protection de l'enfance, de lutte contre les exclusions, d'accueil des demandeurs d'asile, de personnes âgées ou en situation de handicap et des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Aussi, nous avons fait le choix de proposer deux amendements qui permettent de réparer ce manque d'attention pour un secteur qui n'est déjà que trop en souffrance. Nous insistons particulièrement sur la nécessité, pour la commission du secteur social et médico-social au sein de la Haute Autorité de santé, d'intégrer des représentants du secteur de ce nouveau champ d'action.

De plus, au regard des bouleversements induits, nous jugeons nécessaire la remise d'un rapport pour apprécier la continuité des actions et l'impact sur les personnels concernés.

**Mme Danièle Obono.** Très bien !

**M. le président.** La parole est à Mme Mireille Robert.

**Mme Mireille Robert.** L'article 51 prévoit la reprise des compétences de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux par la Haute Autorité de santé à partir du 1<sup>er</sup> avril 2018. Certes, le transfert de compétences était prévu, et le rapprochement du médico-social avec le sanitaire est cohérent. Mais la fusion-absorption envisagée ne doit pas occulter la nécessaire prise en compte de la spécificité du secteur social et médico-social.

En effet, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux est particulièrement attachée aux spécificités du secteur, qu'il s'agisse des structures de protection de l'enfance, de lutte contre les exclusions, d'accueil des demandeurs d'asile, de personnes âgées ou en situation de handicap ou des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Par son histoire et son champ de compétences initial, la Haute Autorité de santé, elle, est davantage orientée vers le sanitaire, et les démarches de certification et d'accréditation mises en œuvre pour le secteur sanitaire ne sont pas adaptées au secteur médico-social. Les grandes fédérations craignent que la dimension sociale des établissements médico-sociaux ne soit pas suffisamment prise en compte au sein de la Haute Autorité de santé. Elles souhaitent donc des garanties en la matière, principalement en termes de participation de représentants du secteur médico-social à la gouvernance de la Haute Autorité de santé.

Pouvez-vous, madame la ministre, les rassurer sur ce point, et indiquer quelles sont ces garanties ? Celles-ci n'apparaissent clairement ni dans le présent article ni dans son étude d'impact. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe REM.*)

**M. le président.** La parole est à M. Adrien Quatennens, pour soutenir l'amendement n° 779.

**M. Adrien Quatennens.** Défendu.

(*L'amendement n° 779, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 987.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Rédactionnel.

(*L'amendement n° 987, accepté par le Gouvernement, est adopté.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Mireille Robert, pour soutenir l'amendement n° 976.

**Mme Mireille Robert.** L'article prévoit le transfert des compétences de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux à la Haute Autorité de santé. Cette fusion inquiète les représentants du secteur social et médico-social.

En effet, l'ANESM prend en compte les spécificités du secteur social et médico-social, composé de structures de protection de l'enfance, de lutte contre les exclusions, et d'accueil de demandeurs d'asile, de personnes âgées ou en situation de handicap, ainsi que des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Par son histoire et son champ de compétences initial, la Haute Autorité de santé est, elle, davantage orientée vers le sanitaire.

Cet amendement vise à garantir la bonne intégration de la dimension sociale et médico-sociale au sein de la Haute Autorité de santé, à travers trois propositions. D'abord, une précision apportée sur la composition de la commission spécialisée de la Haute Autorité, afin que cette commission comprenne des représentants des acteurs du secteur social et médico-social. Ensuite, la modification de la composition de la Haute Autorité, afin de garantir une représentation minimale du secteur social et médico-social. Enfin, le changement de dénomination de la Haute Autorité de santé en Haute Autorité des solidarités et de santé, pour mieux refléter la nouvelle mission et le nouveau champ d'action qui lui sont confiés.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Je demande le retrait de l'amendement ; à défaut, avis défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je profite de cet amendement pour rassurer les personnes de l'ANESM et ceux qui travaillent dans le secteur médico-social. Cette fusion est prévue depuis de nombreuses années. La HAS peut créer autant de commissions en son sein qu'elle le souhaite. À l'évidence, il y aura une commission dédiée au secteur médico-social, dont l'instauration sera prévue par la loi. Par définition, les commissions à la HAS comprennent uniquement des parties prenantes, si bien qu'il n'y aura que des personnes intéressées par le sujet qui siégeront dans cette commission.

Il n'y a donc pas lieu d'insérer dans la loi la composition de la commission. Aussi, je vous demande de retirer votre amendement ; dans le cas contraire, mon avis serait défavorable.

**M. le président.** La parole est à Mme Mireille Robert.

**Mme Mireille Robert.** Je retire l'amendement.

(*L'amendement n° 976 est retiré.*)

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n° 989 et 952, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Olivier Véran, pour les soutenir.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il s'agit de deux amendements rédactionnels.

(*Les amendements n° 989 et 952, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.*)

(*L'article 51, amendé, est adopté.*)

#### Après l'article 51

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements portant articles additionnels après l'article 51.

La parole est à Mme Danièle Obono, pour soutenir l'amendement n° 772.

**Mme Danièle Obono.** Cet amendement tend à obtenir un rapport d'évaluation sur les conséquences de la fusion de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, et de la Haute Autorité de la santé, sur le personnel et sur la qualité de service.

Ce rapport doit, en premier lieu, prendre en compte l'intérêt des personnels transférés, statutaires ou en contrat à durée indéterminée, qui ne doivent pas servir de variable d'ajustement budgétaire.

Il doit, en second lieu, apprécier la continuité de l'énergie déployée dans les établissements et les services du champ social et médico-social pour assurer l'amélioration de la qualité des pratiques aux côtés des personnes accueillies et accompagnées.

Au regard des bouleversements engendrés et de la pauvreté de la concertation, ce rapport a, de notre point de vue, toute sa pertinence.

*(L'amendement n° 772, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Nicole Sanquer, pour soutenir l'amendement n° 1143.

**Mme Nicole Sanquer.** Selon les projections de l'INSEE, le nombre de personnes âgées de plus de soixante ans devrait augmenter massivement dans les prochaines années. Ainsi, en 2060, 23 millions de personnes seront âgées d'au moins soixante ans, tandis que près de 12 millions auront plus de soixante-quinze ans.

Face aux nombreux enjeux humains, organisationnels et financiers soulevés par le vieillissement d'une partie croissante de nos concitoyens, la puissance publique a répondu par un accroissement conséquent de l'effort en direction des personnes âgées dépendantes. Pour autant, la qualité de la prise en charge de la perte d'autonomie pourrait être grandement améliorée. La question d'un financement pérenne et soutenable reste notamment posée.

Depuis sa création par le Conseil national de la Résistance en 1945, notre système de protection sociale est fondé sur un modèle assurantiel visant à protéger les femmes et les hommes contre les aléas de la vie, de leur naissance à leurs vieux jours. Le présent amendement vise à susciter le débat sur la création d'une cinquième branche couvrant les risques spécifiques liés à la perte d'autonomie et à la dépendance.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** C'est un beau sujet, important, mais mon avis sur cet amendement est défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Le Gouvernement vient de confier une mission autour de la dépendance au Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et au Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge. Nous venons d'engager les travaux sur ce sujet et nous verrons quelles conclusions en tirer.

Je vous propose de retirer votre amendement ; à défaut, mon avis serait défavorable.

**M. le président.** La parole est à Mme Nicole Sanquer.

**Mme Nicole Sanquer.** Je retire l'amendement.

*(L'amendement n° 1143 est retiré.)*

## Article 52

*(L'article 52 est adopté.)*

## Article 53

**M. le président.** La parole est à M. Adrien Quatennens, inscrit sur l'article.

**M. Adrien Quatennens.** Madame la ministre, la décision de procéder à des milliards d'euros d'économies sur l'assurance maladie, à peine compensés par une hausse du forfait hospitalier, est indigne. Vous soutenez dans la presse que ces économies seront indolores en parlant de 30 % de dépenses inutiles, ce que ne peuvent croire les femmes et les hommes qui, sur le terrain, vivent les effets d'une politique d'austérité que vous amplifiez.

Le niveau de cet ONDAM constitue l'organisation consciente et méthodique d'une nouvelle catastrophe industrielle. Cette dernière est vécue dans leur chair par une majorité de personnels soignants.

Pour décrire ce qui se passe dans les murs de l'hôpital public, permettez-moi de reprendre les mots de Sabrina Ali Benali, jeune interne à l'hôpital Bichat de Paris, qui s'est engagée à dénoncer la situation de l'hôpital à travers des vidéos de son quotidien : « Beaucoup d'entre nous souffrent d'avoir parfois l'impression de maltraiter leurs patients, tant il devient difficile de pouvoir pratiquer une vraie prise en charge humaine, d'avoir la possibilité de passer du temps auprès du lit du malade, sans compter l'épuisement physique et moral des personnels médicaux et paramédicaux. »

Ce sont des métiers particuliers compte tenu de leur proximité directe avec la maladie, la mort, mais aussi, fort heureusement, avec quelques bonheurs humains. Ces professions doivent donc être protégées, et les temps de repos nécessaires doivent être respectés, afin que les soignants puissent assurer leur travail sans mettre en péril leur santé physique et mentale.

Ne serait-il pas opportun, chers collègues, de profiter de ce PLFSS pour 2018 pour soulager enfin les soignants et les patients, ou bien ce que vous appelez « sauver la Sécurité sociale » est en fait rendre son hôpital moins qualitatif et, sans doute, son personnel plus malheureux ?

**Mme Caroline Fiat.** Très bien !

*(L'article 53 est adopté.)*

## Article 54

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Dharréville, inscrit sur l'article.

**M. Pierre Dharréville.** Avec les articles 7 et 8, l'article 54 est le plus important de ce PLFSS.

Après vous avoir fait voyager à Martigues tout à l'heure, je vous emmène maintenant, malgré l'heure tardive, dans le Jura où j'ai récemment séjourné. J'y ai rencontré beaucoup d'acteurs de la santé, qui m'ont demandé de relayer leur appel, qu'ils nomment « L'appel du Jura ». À partir de la

situation de leur territoire, ils souhaitent qu'une nouvelle loi sur la santé et la dépendance soit rédigée, qui redonnerait toute sa place à l'humain.

Ils notent le contraste entre les progrès scientifiques extraordinaires et l'épuisement des personnels, les déserts médicaux et la régression. J'ai rencontré beaucoup de gens mobilisés, à la fois des personnels et des habitants, à Lons-le-Saunier et à Dole. Les hôpitaux sont menacés de fermeture, et ces personnes appellent à une mobilisation pour la défense du service public de la santé, un meilleur accueil, plus digne, des résidents dans les EHPAD, une sécurité sociale à 100 %, etc. Ils veulent que cet appel ait un écho dans tout le pays.

Ce budget repose sur un objectif national de compression des dépenses d'assurance maladie, qui n'augmentent que de 2,3 % alors que la croissance naturelle est estimée à 4,5 %. Cela correspond à près de 4,2 milliards d'euros d'économies et de restrictions sur la santé. Ces restrictions seront insupportables pour la population de notre pays et pour les personnels qui agissent dans les lieux de soins. Il faut rompre définitivement avec l'austérité des politiques sociales dans les pays européens et en France.

**M. le président.** Sur l'article 54, je suis saisi par le groupe de la Gauche démocrate et républicaine d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Je suis saisi de sept amendements, n<sup>os</sup> 868, 869, 872, 890, 770, 155 et 1118, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n<sup>os</sup> 868, 869, 872 et 890 sont identiques, de même que les amendements n<sup>os</sup> 155 et 1118.

La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 868.

**M. Joël Aviragnet.** Cet amendement vise à rapprocher les dépenses de soins de ville des dépenses relatives aux établissements de santé, tarifées à l'activité.

Le Gouvernement proposait d'augmenter de 800 millions d'euros l'écart entre les dépenses de soins de ville et les dépenses des établissements de santé. Nous proposons de rapprocher ces dépenses, sans modifier le total des dépenses de l'ONDAM.

Cette mesure permettrait d'éviter d'augmenter l'écart déjà existant entre les dépenses de santé relatives à la médecine de ville et les dépenses de santé relatives à l'hôpital.

**M. le président.** La parole est à Mme Ericka Bareigts, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 869.

**Mme Ericka Bareigts.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à M. Boris Vallaud, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 872.

**M. Boris Vallaud.** L'effort de rétablissement des comptes sociaux a démarré il y a maintenant quelques années, et je crois que l'on peut faire de ce rétablissement des comptes une cause commune dès lors que les efforts sont justement répartis. D'expérience, on sait que l'on peut améliorer les comptes sociaux sans remboursements, sans augmentation du forfait hospitalier, en baissant le reste à charge et même en créant des droits nouveaux. Si vous avez raison d'interroger la

pertinence des actes, de poursuivre le virage ambulatoire, d'engager des expérimentations, de réfléchir à la diversification des modes de financement des établissements – notamment en réduisant la place de la tarification à l'activité, la T2A –, tout cela réclame du temps et nous nous interrogeons sur le fait de savoir si cela suffira.

Aujourd'hui, les poches de performance à l'hôpital sont largement vides et les efforts accomplis ces dernières années ont été importants. L'ONDAM que vous proposez de voter nécessitera un niveau d'économies supérieur à celui de 2017 et sera le plus exigeant depuis la création de l'indicateur en 1997. L'ONDAM hospitalier s'avère particulièrement exigeant, surtout si l'on considère le niveau d'inflation que le Gouvernement prévoit, de 1,2 %, après plusieurs années d'une inflation nulle.

La rigueur des budgets hospitaliers contraint les hôpitaux à réaliser des progrès de productivité tels que l'on peut être inquiet, et nous le sommes, de l'évolution des conditions de travail des personnels et de la qualité des soins.

Madame la ministre, le Gouvernement veut diminuer le nombre d'agents publics, mais les actes augmentent de 2 % par an en volume dans les hôpitaux. Il nous paraît important de connaître vos projets en matière d'emploi public à l'hôpital.

Les parlementaires – je crois que le rapporteur général sera d'accord avec moi – votent l'ONDAM sans pouvoir mesurer les conséquences de leur vote sur l'intensité du travail à l'hôpital et sur la qualité des soins. Madame la ministre, puisque vous pouvez encore le faire, vous pourriez déposer un amendement en séance, qui consisterait à proposer que le Gouvernement présente chaque année un rapport sur la productivité du travail dans les établissements de santé, sur la satisfaction des patients hospitalisés – en s'appuyant sur un recueil de leurs appréciations à la suite d'une hospitalisation –, sur les conditions de travail – en s'appuyant sur un recueil de l'expérience des personnels soignants – et sur la qualité des soins, en s'appuyant sur des indicateurs cliniques de résultats. Je suis convaincu que M. Véran soutiendra cette proposition, puisqu'elle est assez largement inspirée d'un rapport de qualité qu'il a rédigé sur l'hôpital.

**M. le président.** La parole est à Mme Gisèle Biémouret, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 890.

**Mme Gisèle Biémouret.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 770.

**Mme Caroline Fiat.** Alors que le secteur hospitalier connaît des difficultés extrêmes, il nous semble juste et pragmatique de lui attribuer davantage de moyens.

Nous ne sommes pas là pour faire pleurer dans les chaumières, mais pour rappeler ce que nos concitoyens, patients comme soignants, nous racontent tous les jours. Ce que l'on nous raconte et ce que l'on vous décrit, ce sont certainement des personnels à bout de souffle, des patients logés dans des couloirs, des services d'urgences débordés... Tous ces dysfonctionnements méritent d'être corrigés très rapidement et avec détermination.

Prenant acte de l'engorgement du secteur hospitalier, vous misez tout sur le virage ambulatoire, sorte de solution miracle qui consiste trop souvent à renvoyer les gens plus vite chez eux après une intervention, mettant parfois en péril leur sécurité. Vous demandez aux familles de prendre soin de

leurs proches en assurant les soins de surveillance postopératoire. Ces soins font l'objet de modules dans les formations des soignants, infirmières et aides-soignantes. Pensez-vous que cette formation soit obsolète, étant donné que vous demandez à tout un chacun d'assurer ces soins ?

Le virage ambulatoire ne peut donc pas être l'unique réponse aux impératifs de santé de notre temps, surtout s'il se fait au détriment du système hospitalier. Ce dernier reste un plus grand vecteur d'égalité que la médecine libérale : les dépassements d'honoraires y sont moins répandus, même si certains praticiens y ont recours, et la répartition des hôpitaux sur le territoire est plus équilibrée que celle des médecins libéraux, caractérisée par les fameux déserts médicaux.

Puisque les contraintes d'un PLFSS nous empêchent d'augmenter l'objectif global de dépenses de l'assurance maladie, c'est avec regret mais avec détermination que nous vous proposons de prendre un peu aux soins de ville pour donner aux hôpitaux. (*Applaudissements sur les bancs du groupe FI.*)

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 155.

**M. Gilles Lurton.** Il est défendu, monsieur le président.

**M. le président.** La parole est à Mme Nathalie Bassire, pour soutenir l'amendement n° 1118.

**Mme Nathalie Bassire.** Défendu également.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Vous avez raison, monsieur Dharréville : l'article 54 est important puisqu'il fixe l'ONDAM pour 2018. La majorité n'a pas à en rougir, car cet ONDAM est plus important que n'importe quel ONDAM voté par le Parlement au cours du quinquennat précédent.

**M. Boris Vallaud.** C'est faux !

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Cet ONDAM à 2,3 % était une promesse du Président de la République : après avoir fait campagne pour cette mesure, nous allons enfin la voter dans quelques minutes. Évidemment, on pourrait vouloir mieux, mais compte tenu de la réduction des déficits et de la dette sociale, ce taux de 2,3 % nous permet de voir loin. Ça, c'est important !

**M. Boris Vallaud.** Avec quelle inflation ?

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** L'ONDAM est fixé à 2,2 % pour l'hôpital et à 2,4 % pour les soins de ville, du fait des engagements pris par le gouvernement précédent en faveur de la médecine de ville, sur lesquels nous ne revenons évidemment pas. (*Exclamations sur les bancs du groupe NG.*)

Mes chers collègues, ce n'était pas une critique mais un constat !

Contrairement à ce que l'on entend parfois, un ONDAM de 2,3 % ne correspond pas à une réduction mais à une augmentation des dépenses de santé. Ainsi, pour la santé des Françaises et des Français, nous dépenserons 4,6 milliards d'euros de plus en 2018 qu'en 2017 – ça aussi, c'est factuel ! Par ailleurs, l'ONDAM pour 2018 est supérieur de 400 millions d'euros à l'ONDAM pour 2017 – là encore, c'est factuel ! Voilà pour les chiffres.

S'agissant de votre proposition sur l'évaluation de la qualité des soins hospitaliers, monsieur Vallaud, je ne vais pas me déjuger : j'ai rédigé et même défendu, il y a environ une demi-heure, un amendement visant à faire évoluer les critères d'évaluation de la qualité des soins en faisant davantage appel, dans la construction des indicateurs, aux retours des patients et du personnel hospitalier. Il n'y a donc pas de sujet : nous allons travailler en ce sens.

La commission a rejeté l'ensemble des amendements déposés sur l'article 54. La majorité votera l'ONDAM pour 2018, fixé à 2,3 %, ce qui est un bon niveau.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Monsieur Vallaud, il est quand même paradoxal que l'Assemblée nationale s'apprette à voter l'ONDAM hospitalier le plus important des quatre dernières années, à 2,2 %, alors que le gouvernement que vous souteniez avait voté un ONDAM à 2 %, 1,7 % et 2 % les trois dernières années.

**M. Boris Vallaud.** Oui, mais avec quelle prévision d'inflation ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Nous prévoyons donc 1,7 milliard d'euros de dépenses supplémentaires à l'hôpital en 2018.

Concernant les indicateurs qui permettront de mesurer la qualité des soins à l'hôpital, votre proposition rejoint exactement ma politique, qui consiste à diversifier les modes de tarification, car je pense que le fait de s'intéresser à la pertinence et à la qualité des soins à l'hôpital plutôt qu'au volume d'activité participera à l'amélioration de la qualité de vie des soignants.

**M. le président.** La parole est à M. Boris Vallaud.

**M. Boris Vallaud.** Pour comparer des ONDAM successifs, il faut tenir compte des prévisions d'inflation, qui ne sont pas les mêmes d'une année sur l'autre. Si vous retirez les effets de l'inflation, cela modifie un tout petit peu votre regard sur l'évolution des dépenses !

**M. le président.** La parole est à Mme Annie Vidal.

**Mme Annie Vidal.** Je veux juste dire quelques mots sur les soins ambulatoires, qui ne visent certainement pas à mettre les patients dehors plus tôt que prévu. Le virage ambulatoire est d'abord un bénéfice de l'amélioration des techniques de chirurgie. Il répond également à un besoin des patients qui, chaque fois qu'il n'est pas nécessaire de rester à l'hôpital, préfèrent dormir chez eux. Il permet enfin d'offrir beaucoup plus de postes de jour au personnel hospitalier.

**M. le président.** La parole est à Mme Michèle de Vaucouleurs.

**Mme Michèle de Vaucouleurs.** Je suis d'accord avec certains propos de Mme Fiat, concernant notamment l'attention qu'il convient de porter aux soins ambulatoires et la nécessité de bien suivre les patients hospitalisés dans ce cadre.

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Dharréville.

**M. Pierre Dharréville.** J'ai entendu des critiques contre les ONDAM précédents : je m'en réjouis car, moi aussi, j'ai été très critique...

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Ce n'étaient pas des critiques, mais de simples constats factuels !

**M. Pierre Dharréville.** Ah, pardon... J'ai sans doute mal interprété vos propos, monsieur le rapporteur général ! En tout cas, de mon point de vue, le fait que les ONDAM précédents n'aient pas été suffisants ne rend pas le vôtre acceptable aujourd'hui. Vous avez dit que vous énonciez des faits, que vous citiez des chiffres purement factuels : permettez-moi de signaler que les miens le sont aussi. Il peut y avoir un débat politique, un débat d'interprétations et même un débat d'ambitions sur l'ONDAM mais, comme vous l'imaginez, je continuerai à m'opposer à l'article 54.

*(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 868, 869, 872 et 890, l'amendement n<sup>o</sup> 770 et les amendements identiques n<sup>os</sup> 155 et 1118, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 54.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	69
Nombre de suffrages exprimés .....	62
Majorité absolue .....	32
Pour l'adoption .....	55
contre .....	7

*(L'article 54 est adopté.) (Applaudissements sur les bancs des groupes REM et MODEM.)*

#### Après l'article 54

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements portant articles additionnels après l'article 54.

La parole est à M. Thomas Mesnier, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 656 rectifié.

**M. Thomas Mesnier.** J'associe à cet amendement ma collègue Olivia Grégoire.

**M. Gilles Lurton.** On ne l'a pas beaucoup vue pendant les débats !

**M. Thomas Mesnier.** Il s'agit d'un amendement d'appel, madame la ministre. Il nous semblait intéressant d'engager avec le Gouvernement une réflexion sur l'opportunité de créer un sous-objectif de l'ONDAM qui concernerait la recherche, qui permettrait d'accompagner l'évolution de nos hôpitaux et d'asseoir les travaux de recherche de nos centres hospitaliers universitaires.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Je demande le retrait de cet amendement, même si le débat est intéressant.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je demande également le retrait de cet amendement. La discussion mérite d'être approfondie.

**M. le président.** La parole est à M. Thomas Mesnier.

**M. Thomas Mesnier.** Je retire mon amendement.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 656 rectifié est retiré.)*

**M. le président.** La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 953.

**M. Francis Vercamer.** Cet amendement est un peu de la même nature que le précédent. Le Gouvernement semble nous dire qu'il veut faire de la prévention sa priorité absolue. J'ai moi-même évoqué ce sujet au cours de nos débats – en ma qualité de rapporteur pour avis de la commission des affaires sociales sur les crédits de la mission « Santé », j'en ai fait un thème de mon rapport cette année. J'ai constaté une fragmentation des financements, des opérateurs et des donneurs d'ordres, ainsi qu'un manque de coordination entre ces acteurs qui me paraît préjudiciable à la mise en œuvre d'une politique de prévention ambitieuse. Je propose donc de créer un sous-objectif de l'ONDAM consacré à la prévention, de façon à orienter plus facilement les dépenses vers ce domaine.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Moi aussi, en arrivant au ministère, je me suis demandé pourquoi l'ONDAM ne reflétait pas les dépenses de prévention. La réponse est excessivement compliquée : l'ONDAM n'est pas fait pour servir la politique de santé mais pour identifier la destination des dépenses. Or il se trouve qu'en matière de prévention, beaucoup de dépenses ne sont pas des dépenses d'assurance maladie, mais des dépenses liées à différents acteurs. En d'autres termes, l'ONDAM n'a pas été conçu pour retracer une politique de santé, mais plutôt pour réguler les montants de dépenses.

Je souhaite continuer à travailler sur ce sujet : j'ai donc demandé à la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – DREES – de prolonger les travaux qu'elle avait entrepris en 2016 et qui lui avaient permis d'identifier un montant affecté à la prévention non institutionnelle au sein de l'ONDAM. Je publierai régulièrement des informations sur ce sujet.

Cela étant, je pense que l'ONDAM n'est pas l'outil approprié pour assurer un suivi des dépenses de prévention. Je vous invite donc à retirer votre amendement ; à défaut, l'avis du Gouvernement sera défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Francis Vercamer.

**M. Francis Vercamer.** Je retire mon amendement, monsieur le président.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 953 est retiré.)*

#### Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

#### Article 55

*(L'article 55 est adopté.)*

#### Dispositions communes aux différentes branches

**M. le président.** Nous abordons les dispositions communes aux différentes branches.

**Article 56**

(L'article 56 est adopté.)

**Article 57**

**M. le président.** La parole est à M. Joël Aviragnet, premier orateur inscrit sur l'article.

**M. Joël Aviragnet.** Madame la ministre, permettez-moi de vous suggérer la lecture d'un article du *Monde* intitulé : « Le "cancer" de l'assistanat : origine d'un préjugé ».

L'article 57 du PLFSS, qui vise à lutter contre la fraude sociale, est plus dangereux qu'il n'y paraît, car il stigmatise les pauvres et les fait passer pour les profiteurs du système.

Selon une enquête de l'Ipsos, 71 % des Français estiment que la lutte contre l'assistanat doit être une priorité. En effet, dans la France de 2017, un certain discours évoque l'assistanat avec des accents moraux au lieu d'analyser les mécanismes économiques et sociaux qui précipitent certains dans la pauvreté. Il emprunte le vocabulaire de l'opprobre et de l'infamie pour montrer du doigt les paresseux.

On a les bons pauvres et les mauvais pauvres. Les bons pauvres, on les connaît tous : ce sont les personnes âgées ou handicapées. Les mauvais pauvres, ce sont les chômeurs qui pourraient travailler s'ils s'en donnaient la peine ! Si les premiers ne sont évidemment pas responsables de leur mauvaise fortune, les seconds ne doivent, bien sûr, leur malheur qu'à eux-mêmes. Ce sont eux qui profitent indûment du RSA. Aujourd'hui, cette peur du profiteur semble plus vivante que jamais. Notre société compte 3,7 millions de chômeurs : la pauvreté n'a donc pas grand-chose à voir avec l'absence de courage ou la faiblesse de volonté.

Vous le savez comme nous, madame la ministre, la meilleure manière de lutter contre la fraude sociale, c'est de prévoir l'automatisme des droits sociaux.

Les vrais assistés ne sont pas ceux que l'on croit, et les citoyens les plus riches mobilisent une part importante des subsides de l'État.

**M. le président.** Merci, monsieur Aviragnet.

**M. Joël Aviragnet.** Je ne vais pas vous les décrire : tout le monde les connaît, puisqu'on parle d'eux depuis le débat de l'examen du PLFSS !

**M. le président.** La parole est à Mme Ericka Bareigts.

**Mme Ericka Bareigts.** Cet article est extrêmement important. Par la confusion qu'il peut susciter, il en devient même dangereux.

Je vous invite d'abord à comparer deux chiffres : la fraude fiscale, estimée à 21 milliards d'euros, et la fraude sociale, évaluée à 672 millions d'euros. Il ne s'agit pas de relativiser ce deuxième montant – nous parlons bien de fraude –, mais juste de rappeler un ordre de grandeur.

J'illustrerai mon propos par l'exemple de la fraude aux prestations familiales. L'escroquerie identifiée par la Caisse nationale des allocations familiales – CNAF – coûte

275 millions d'euros sur un montant total de 88 milliards d'euros. Elle est le fait de gens qui détournent volontairement l'argent public.

Il existe par ailleurs un système alimenté par le dispositif de droits existant en France, caractérisé par la complexité. Des droits sont ouverts à des familles de plus en plus modestes, qui ne parviennent pas toujours à les atteindre. Leur situation change en moyenne vingt-quatre fois par mois et la CNAF gère 20 000 règles de droit ! Ces chiffres montrent la complexité de la situation.

Il en résulte l'existence de sommes indues. En entourant la tricherie d'une sorte de flou, voire en en faisant une course au vol d'argent, on institue une petite musique englobant toutes les familles, y compris celles à qui des sommes sont indûment versées en raison de la complexité du système de droits.

Ainsi, on tend à placer tout le monde dans le même sac et à diffuser cette musique selon laquelle toutes ces familles modestes qui souffrent de la complexité du système de droits seraient composées de tricheurs et de voleurs. Cet article me semble véritablement dangereux et pervers.

**M. le président.** La parole est à Mme Gisèle Biémouret.

**Mme Gisèle Biémouret.** J'ai remis en octobre 2016 un rapport d'information sur l'évaluation des politiques publiques en faveur de l'accès aux droits sociaux, que j'ai rédigé avec notre collègue Jean-Louis Costes. Nous avons travaillé pendant six mois, sous forme d'auditions et de déplacements, avant de formuler des préconisations.

Il s'agissait du dernier rapport réalisé dans le cadre du Comité d'évaluation et de contrôle de la précédente législature. Peut-être pourrions-nous nous en inspirer. Nous présentons d'ailleurs un amendement visant à améliorer l'accès aux droits. Il serait bon parfois, même à 3 h 35 du matin, que nous nous mettions à la place des personnes concernées par les lois que nous votons.

**M. Sylvain Maillard.** Nous essayons toujours de le faire ! C'est le but !

**M. le président.** S'il vous plaît, monsieur Maillard.

**Mme Gisèle Biémouret.** Cela s'appelle l'empathie et ne fait pas de mal. En tant que membre du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale – CNLE – lors de la législature précédente, j'ai travaillé sur plusieurs sujets. Pour faciliter l'accès aux droits, nous ne partons pas de rien. Marisol Touraine et Ségolène Neuville, membres du précédent gouvernement, ont travaillé sur le coffre-fort numérique et sur *mesaides.gouv*, site internet où chacun peut simuler des demandes de minima sociaux et savoir s'il est éligible.

J'ai également travaillé dans le cadre du Conseil consultatif des personnes accueillies et accompagnées, qui fait partie du CNLE, comme de nombreuses associations. Les bénéficiaires potentiels des minima sociaux perçoivent toujours très mal le durcissement des discours.

**M. le président.** La parole est à M. Adrien Quatennens.

**M. Adrien Quatennens.** Nous savions que la France organisera bientôt les Jeux olympiques, mais nous ignorions que la chasse aux pauvres figurait parmi les disciplines retenues ! (*Exclamations sur les bancs des groupes REM et MODEM.*)

**M. Bruno Millienne.** Si ce n'est pas caricatural !

**M. Adrien Quatennens.** Aucun projet de loi ne manque l'occasion de se doter de sa course contre la fraude afin de jeter l'opprobre sur un public de tricheurs, de menteurs et de calculateurs. Nous ne souscrivons pas à cette vision manichéenne des individus, qui ne correspond à aucune réalité sociale.

**M. Éric Alauzet,** *rapporteur pour avis.* Manichéenne ?

**M. Adrien Quatennens.** Si l'on veut prévenir la commission d'une faute par quelqu'un, il faut être pédagogue et s'adresser à lui. Je doute qu'une lettre recommandée doublée d'une amende réglera quelque problème que ce soit. Si vous cherchez des fonds pour financer la protection sociale, madame la ministre, adressez-vous à nous, nous savons où trouver l'argent !

**M. Olivier Véran,** *rapporteur général.* Vous savez tout sur tout, monsieur Quatennens ! Vous vivez dans un monde merveilleux !

**M. Adrien Quatennens.** La fraude la plus importante en France est la fraude fiscale, dont le montant est compris entre 60 et 80 milliards d'euros par an. Le Gouvernement montre pourtant moins de volontarisme pour en venir à bout !

C'est donc avec la plus grande ferveur que nous demandons la suppression de cet article, qui ne grandit personne. Un célèbre hebdomadaire en vente dans nos locaux titre cette semaine en Une « Les vrais assistés de la République ».

**M. Mickaël Nogal,** *Fakir* ?

**M. Adrien Quatennens.** Non, un autre.

**M. Sylvain Maillard,** *Le Figaro* ?

**M. Adrien Quatennens.** Il s'agit de ceux auxquels on redistribue plus de 400 millions d'euros par le biais de baisses d'impôt, soit les ultrariches. Il rappelle également que 61 % des Français sont opposés à la suppression de l'ISF à laquelle vous avez procédé. (*Applaudissements sur les bancs du groupe FI.*)

**M. le président.** Sur l'article 57, je suis saisi par le groupe La France insoumise d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Je suis saisi de deux amendements identiques, n<sup>os</sup> 325 et 761, tendant à la suppression de l'article.

La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 325.

**M. Pierre Dharréville.** L'article 57 est le dernier du PLFSS, dont il constitue la triste conclusion. J'ai eu la chance d'être invité hier sur le plateau de LCP pour y débattre de la pauvreté avec la présidente Bourguignon. Aborder frontalement ce sujet, ai-je commencé par dire, me semble précieux et préférable que l'aborder sous l'angle de la fraude. Celui-ci procède bien souvent d'une logique de culpabilisation, d'humiliation et de stigmatisation rendant les personnes pauvres responsables de leur pauvreté.

Cette fraude-là ne représente que 3 % de la fraude détectée, contre 95 % pour la fraude fiscale, soit 21,2 milliards d'euros. J'ai suggéré en commission les moyens d'aller chercher cet argent afin de le rendre utile aux enjeux dont nous discutons. Les dispositions de

l'article 57 stigmatisent inutilement les personnes pauvres et leur infligent une humiliation supplémentaire. Je suis heurté que nous achevions ainsi l'examen du PLFSS.

**M. le président.** La parole est à Mme Danièle Obono, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 761.

**Mme Danièle Obono.** Si la fraude aux prestations sociales est pleinement répréhensible et doit faire l'objet de sanctions, leur mise en œuvre doit rester conforme aux normes élémentaires de justice que sont l'égalité et le débat contradictoire. Or, en matière de lutte contre la fraude aux prestations sociales, les organismes de Sécurité sociale ont outrepassé ces normes.

Tel est le constat dressé par le Défenseur des droits dans un rapport très documenté publié en septembre dernier que je vous invite à lire, chers collègues de la majorité. On y apprend que l'erreur est systématiquement associée à la fraude et que les organismes de Sécurité sociale poursuivent des objectifs chiffrés de détection, ce qui les amène à adopter une interprétation pour le moins extensive d'une fraude commise par 0,3 % des usagers seulement.

On y lit ainsi qu'il existe « des dérives dans les procédures de contrôle, de qualification et de sanction de la fraude. Leurs effets peuvent être dramatiques et sont susceptibles de porter atteinte au principe d'égalité devant les services publics, à celui de dignité de la personne ou encore au principe du contradictoire ». Cet article renforce ces dérives. Alors que les allocataires des minima sociaux sont largement stigmatisés dans la société, vous en rajoutez une couche en augmentant les pénalités, madame la ministre, afin de dissuader ceux qui seraient tentés de faire une fausse déclaration.

Comme l'ont affirmé plusieurs de nos collègues, il existe un décalage entre l'acharnement manifesté sur ce point et le manque de volonté politique à poursuivre les fraudeurs fiscaux. Nous vous aurions soutenue si vous aviez adopté cette démarche, madame la ministre, mais nous ne pouvons soutenir celle que vous adoptez ici. C'est pourquoi nous demandons la suppression de l'article 57. (*Applaudissements sur les bancs du groupe FI.*)

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements identiques ?

**M. Olivier Véran,** *rapporteur général.* Avis défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn,** *ministre.* Je ne pensais pas prendre longuement la parole, car il est tard, mais je suis absolument abasourdie par les propos que j'ai entendus. Rappelons votre raisonnement, mesdames et messieurs les députés qui siégez à ma gauche : vos propos laissent penser que lutter contre la fraude, c'est lutter contre les pauvres. Je vous laisse la responsabilité de cet amalgame ! (*Applaudissements sur les bancs des groupes REM et MODÈM.*) Lutter contre toutes les fraudes constitue au contraire le moyen de protéger et de pérenniser notre modèle de protection sociale.

**Mme Danièle Obono.** Vous ne luttez pas contre toutes les fraudes !

**M. Adrien Quatennens.** Qu'en est-il de la fraude fiscale ?

**Mme Coralie Dubost.** Laissez parler madame la ministre !

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je suis vraiment énervée ! En outre, si vous aviez lu l'article 57, vous auriez constaté qu'il comporte des dispositions favorables aux bénéficiaires des prestations sociales. En cas de méconnaissance involontaire de ses obligations déclaratives, l'assuré sera invité à rectifier son erreur auprès de l'organisme d'assurance maladie après que celui-ci lui aura rappelé la règle applicable. Un droit à l'erreur est donc inscrit dans la loi.

Par ailleurs, cet article place au même niveau la fraude commise par les assurés sociaux et celle commise par les médecins. Visiblement, vous n'avez nullement été choqués que nous luttons contre la fraude des médecins ! Je suis très énervée.

**M. Adrien Quatennens.** Nous aussi !

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Cet amalgame est une honte, je vous en laisse la responsabilité ! (*Applaudissements sur les bancs des groupes REM et MODEM.*)

*(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 325 et 761 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 744.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** C'est un amendement rédactionnel.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 744 est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Adrien Quatennens, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 754.

**M. Adrien Quatennens.** Madame la ministre, je comprends bien l'intérêt du coup de sang que vous venez d'avoir, mais laissez-moi vous dire que votre volonté de lutter contre la fraude est à géométrie variable. En matière de fraude fiscale, nous ne voyons pas que le Gouvernement déploie le volontarisme que vous prétendez déployer sur cet article. (*Exclamations sur les bancs du groupe REM.*)

Madame la ministre elle-même vient d'évoquer toutes les fraudes ! L'article 57 est relatif aux fraudes aux prestations sociales, mais les fraudes commises par les entreprises font perdre chaque année 500 millions d'euros aux finances de la Sécurité sociale ! Pourtant, je ne vois pas qu'on consacre à cette lutte des moyens plus importants ! Quant à la fraude fiscale, qui obère les finances sociales et celles de l'État, elle s'élève à 21 milliards d'euros par an selon le Défenseur des droits.

Tandis que les fraudeurs aux prestations sociales sont pourchassés dans des conditions aussi mauvaises que souvent arbitraires par les organismes qui les allouent, les fraudeurs fiscaux nous coûtent trente fois plus cher et bénéficient toujours du verrou de Bercy, le tribunal du pire !

**M. Sylvain Maillard.** Rien à voir !

**M. Adrien Quatennens.** La justice expéditive des pauvres, que vous aggravez, madame la ministre, contraste fortement avec celle réservée aux riches exilés fiscaux. Je suis désolé de le dire, mais moi aussi, ça m'énervé ! (*Mêmes mouvements.*)

**M. Sylvain Maillard.** Hors sujet !

**M. Florian Bachelier.** Pitoyable !

**M. Adrien Quatennens.** Si de telles distorsions existent, comment voulez-vous que nous fassions société ? La meilleure lutte contre la fraude et les petits larcins du quotidien consiste d'abord à bâtir une société globalement juste n'excluant pas la compassion et la prise en compte de la situation économique réelle ou présumée des fraudeurs.

En quoi l'interdiction de la remise de dette de gens ruinés, prévue par cet article dans toutes les branches de la Sécurité sociale, sert-elle la société française ? Quel est le véritable usage de cet article, sinon contenter un électoralat aimant traiter le pauvre de fainéant, l'allocataire du RSA de profiteur et le bénéficiaire des allocations familiales de magouilleur ? (*Exclamations sur les bancs du groupe REM.*)

**Un député du groupe REM.** Amalgame !

**M. le président.** Merci de conclure, cher collègue.

**M. Adrien Quatennens.** Et si nous déployions plutôt un maillage d'information et de sensibilisation des usagers ? C'est en sensibilisant les usagers que nous lutterons contre la fraude, pas en nous adonnant à une telle chasse. (*Applaudissements sur les bancs du groupe FI.*)

**M. Bruno Millienne.** Ridicule !

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Monsieur Quatennens, nous sommes ensemble dans cet hémicycle depuis dix-neuf heures.

**M. Adrien Quatennens.** Et alors ?

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Je suis désolé de vous dire que j'ai le sentiment de jouer dans le film *Un jour sans fin* – vous souvenez-vous du Jour de la marmotte, de cette journée qui recommence sans cesse ? (*Rires sur les bancs du groupe REM.*)

Nous avons commencé la journée avec les éléments de langage du groupe La France insoumise, nous la terminons avec les éléments de langage du groupe La France insoumise : franchement, on peut faire cesser les outrances ! Très calmement, je constate que vous proposez la suppression des sanctions en matière de droit de communication. Je ne suis d'ailleurs pas certain que vous ayez défendu l'amendement.

**M. Florian Bachelier.** Il ne l'a pas lu !

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Peut-être, il ne m'appartient pas d'en juger. L'avis de la commission sur l'amendement est défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Avis défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Dharréville.

**M. Pierre Dharréville.** Monsieur le président, si vous le permettez, cette intervention me servira aussi à défendre mes deux amendements, n<sup>os</sup> 335 et 1092, portant article additionnel après l'article 57, qui portent sur le même sujet.

Vous pouvez comprendre qu'en lisant le texte que vous nous proposez, dans le contexte que nous connaissons, nous ayons pu penser qu'il risque d'alimenter des amalgames. C'est ce que nous avons voulu dire, et c'est ce que j'ai dit. Ce sont les plus défavorisés que l'on accuse le plus souvent de frauder.

Il faut lutter contre la fraude, et des dispositifs existent déjà, que vous avez décidé de renforcer. Mais il se trouve qu'il y a aussi 20 milliards d'euros de fraude aux cotisations patronales – et là, nous sommes bien dans le sujet, mes chers collègues – qui échappent au contrôle. C'est pourquoi notre amendement n° 1092 demande la remise d'un rapport sur la fraude patronale.

Par ailleurs, vous avez dit, madame la ministre, que vous introduisiez dans cet article 57 un droit à l'erreur. Si vous le confirmez, alors mon amendement n° 335 n'a plus d'objet, qui propose de faire droit à la demande exprimée par le Défenseur des droits dans son rapport du 7 septembre 2017 sur la fraude aux prestations sociales.

*(L'amendement n° 754 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 742.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

*(L'amendement n° 742, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 57, tel qu'il a été amendé.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	65
Nombre de suffrages exprimés .....	63
Majorité absolue .....	32
Pour l'adoption .....	55
contre .....	8

*(L'article 57 est adopté.) (Applaudissements sur les bancs du groupe REM.)*

#### Après l'article 57

**M. le président.** La parole est à Mme Gisèle Biémouret, pour soutenir l'amendement n° 1180.

**Mme Gisèle Biémouret.** Très rapidement, pour finir sur une note un peu plus optimiste, je vous propose, avec cet amendement, de faire usage d'un outil qui existe déjà, le Répertoire national commun de la protection sociale, qui est davantage utilisé aujourd'hui pour lutter contre la fraude que pour garantir l'accès aux droits. Ce répertoire est une base de données à finalité administrative très importante, qui peut permettre l'échange d'informations. Il semblerait donc utile qu'il soit utilisé pour contribuer à la lutte contre le non-recours.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Cet amendement est intéressant et il propose une vraie piste technique, mais il y manque un dispositif politique à ce stade. Avis défavorable.

*(L'amendement n° 1180, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Nous pouvons considérer, monsieur Dharréville, que l'amendement n° 335 a déjà été défendu, n'est-ce pas ?

**M. Pierre Dharréville.** Absolument.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je vous invite à retirer votre amendement, faute de quoi je lui donnerai un avis défavorable, puisque le droit à l'erreur figure effectivement dans le texte. Je vous informe par ailleurs que nous travaillons actuellement à une loi beaucoup plus large – nous essayons de la terminer, mais elle est compliquée à élaborer – qui doit garantir le droit à l'erreur pour tous les Français.

**M. le président.** Monsieur Dharréville, l'amendement n° 335 est-il retiré ?

**M. Pierre Dharréville.** Je le retire.

*(L'amendement n° 335 est retiré.)*

**M. le président.** Monsieur Dharréville, pouvons-nous considérer que l'amendement n° 1092 a déjà été défendu ?

**M. Pierre Dharréville.** Absolument.

*(L'amendement n° 1092, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

#### VOTE SUR L'ENSEMBLE DE LA QUATRIÈME PARTIE

**M. le président.** Je mets aux voix l'ensemble de la quatrième partie du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018.

*(L'ensemble de la quatrième partie du projet de loi est adopté.)*

**M. le président.** Nous avons achevé l'examen des articles du projet de loi. *(Applaudissements sur les bancs des groupes REM et MODEM.)* Je rappelle que la Conférence des présidents a décidé que les explications de vote et le vote par scrutin public sur l'ensemble du projet de loi auront lieu le mardi 31 octobre, après les questions au Gouvernement.

Avant de lever la séance, je souhaitais, en votre nom à tous, adresser des vœux chaleureux de bon anniversaire à Christine Cloarec. (*Applaudissements sur tous les bancs.*)

2

#### ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

**M. le président.** Prochaine séance, mardi 31 octobre, à quinze heures :

Question au Gouvernement ;

Vote solennel sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 ;

Seconde partie du projet de loi de finances pour 2018 : Examen des crédits de la mission "Anciens combattants, mémoire et liens avec la Nation" et des crédits de la mission "Justice".

La séance est levée.

*(La séance est levée, le samedi 28 octobre 2017 à trois heures cinquante.)*

*La Directrice du service du compte rendu de  
la séance de l'Assemblée nationale*

CATHERINE JOLY