

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

XV^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

Séances du vendredi 26 octobre 2018

Compte rendu intégral



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



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

SOMMAIRE GÉNÉRAL

1 ^{re} séance	10849
2 ^e séance	10887
3 ^e séance	10935

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

38^e séance

Compte rendu intégral

1^{re} séance du vendredi 26 octobre 2018

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



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

SOMMAIRE

PRÉSIDENTICE DE MME CAROLE BUREAU-BONNARD

1. **Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019** (*suite*) (p. 10852)

TROISIÈME PARTIE (SUITE) (p. 10852)

Article 19 (p. 10852)

M. Jean-Pierre Door

Mme Valérie Rabault

M. Meyer Habib

M. Gilles Lurton

M. Alain Ramadier

M. Pierre Dharréville

M. Thibault Bazin

M. Francis Vercamer

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

Amendements n^{os} 1272, 1345

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

Amendements n^{os} 203, 1143

Amendement n^o 1260, 1261, 1307 et 1308

Amendements n^{os} 564, 782

Amendements n^{os} 191, 373, 1487 rectifié

Amendements n^{os} 1309 et 1315, 1318

Amendement n^o 1317, 1316, 1319, 1310, 1312 et 1321

Après l'article 19 (p. 10860)

Amendement n^o 204

Article 20 (p. 10861)

M. Jean-Pierre Door

Mme Caroline Fiat

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État

Après l'article 20 (p. 10861)

Amendements n^{os} 1334, 869

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé

Mme Brigitte Bourguignon, présidente de la commission des affaires sociales

Amendements n^{os} 1330, 1256, 65

Mme la présidente

Article 21 (p. 10864)

Après l'article 21 (p. 10864)

Amendement n^o 225

Article 22 et annexe C (p. 10865)

Amendement n^o 623

Article 23 (p. 10865)

Mme Delphine Bagarry

M. Thibault Bazin

Mme Agnès Buzyn, ministre

Articles 24 et 25 (p. 10866)

Article 26 et annexe B (p. 10866)

M. Joël Aviragnet

M. Jean-Pierre Door

Mme Monique Iborra

M. Olivier Véran, rapporteur général

Amendement n^o 1280

VOTE SUR L'ENSEMBLE DE LA TROISIÈME PARTIE
(p. 10868)

QUATRIÈME PARTIE (p. 10868)

Article 27 (p. 10868)

Mme Annie Vidal

Mme Danièle Obono

M. François Jolivet

M. Gilles Lurton

M. Pierre Dharréville

Mme Caroline Fiat

Amendements n^{os} 205, 1273

Amendements n^{os} 128, 355, 475, 711, 1000, 1289, 1121, 342, 366, 603 et 712, 1116, 1132, 1293, 1609 rectifié (sous-amendement), 353, 491, 1134, 1133, 1150

Amendements n^{os} 999, 354, 492, 635

Amendements indentiqnes^{os} 521, 346, 309, 367

Amendements n^{os} 370, 130 et 368, 477, 708, 1002, 1153, 1608 (sous-amendement)

Après l'article 27 (p. 10881)

Amendement n^o 217

Article 28 (p. 10881)

M. Jean-Pierre Door

Mme Martine Wonner

Mme Caroline Fiat

M. Joël Aviragnet

M. Gilles Lurton

M. Brahim Hammouche

Amendements n^{os} 109, 578, 777, 1155, 1197, 1522, 1435

Amendement n^o 493 et 604

Amendements n^{os} 776, 879, 1436, 1438

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 10886)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE MME CAROLE BUREAU-BONNARD

vice-présidente

Mme la présidente. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à neuf heures trente.)

1

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2019 *(suite)*

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 (n^{os} 1297, 1336, 1309).

Troisième partie (suite)

Mme la présidente. Hier soir, l'Assemblée a poursuivi la discussion des articles de la troisième partie du projet de loi, s'arrêtant à l'article 19.

Article 19

Mme la présidente. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 19.

La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Madame la présidente, madame la ministre de la santé et des solidarités, monsieur le secrétaire d'État auprès du ministre de l'action et des comptes publics, nous voilà réunis pour une quatrième journée de débats et je ne sais pas jusqu'à quelle heure – vous non plus, je suppose.

Mme Brigitte Bourguignon, présidente de la commission des affaires sociales. Cela va beaucoup dépendre de vous !

M. Jean-Pierre Door. Les articles 19 et 20, qui portent sur les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale, proposent d'autoriser le transfert de recettes entre la sécurité sociale et l'État. Vous engagez là une nouvelle politique qui s'écarte peut-être du pacte social de 1945, fondé sur une administration paritaire, mais nous n'y sommes pas opposés par principe. En effet, nous-mêmes, Les Républicains, propositions en projet de loi de finances la fusion des recettes du PLFSS et du PLF – évolution qui aurait modifié la loi organique de 2005. Vous vous appuyez sur le rapport de MM. Christian Charpy et Julien Dubertret, qui définit les relations financières entre l'État et la sécurité sociale. Les premières recommandations de ce rapport visent à faire évoluer les principes et les règles de compensation pour les exonérations ciblées. Ainsi, une partie des nouveaux allègements de cotisations ne sera plus compensée

à l'avenir par l'État si les excédents se confirment année après année. C'est ni plus ni moins que la fin d'une règle d'or édictée par la loi organique de 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale ; vous nous le confirmerez, madame la ministre, monsieur le secrétaire d'État. Je voudrais proposer à Mme la présidente de la commission des affaires sociales d'auditionner, dans les semaines qui viennent, au moins M. Charpy sur les conclusions de son rapport qui me semble très important.

Mme la présidente. La parole est à Mme Valérie Rabault.

Mme Valérie Rabault. Comme le rapporteur général l'indique dans son rapport, page 162 : « Cet article de neuf pages est le rendez-vous annuel que se donnent le Gouvernement et le Parlement dans le labyrinthe du financement de la sécurité sociale. » Monsieur le rapporteur général, je vous remercie d'avoir utilisé le terme de labyrinthe car c'est bien ce à quoi nous sommes confrontés. Il y a deux ans, nous avons fait un petit schéma résumant les relations entre la sécurité sociale, l'État et les différentes caisses : c'est en effet un vrai labyrinthe et je vous remercie de l'avoir décrit ainsi.

Grosso modo, l'État rembourse aujourd'hui à la sécurité sociale 51 milliards d'euros, soit quasiment 10 % des dépenses de l'ensemble des administrations de sécurité sociale. Ce n'est pas un petit montant. Avec l'article 19, vous proposez de faire en sorte que toutes les nouvelles exonérations – le stock des exonérations existantes n'est pas concerné –, décidées au sein des administrations de sécurité sociale, sur ses recettes, ne soient plus compensées par l'État. C'est une nouveauté majeure. Au regard de l'histoire de ces 51 milliards d'euros que l'État compense à la sécurité sociale, l'article 19 nous fait plonger dans un univers totalement nouveau.

M. Jean-Pierre Door. Oui !

Mme Valérie Rabault. Il aura forcément des conséquences sur la manière dont les administrations de sécurité sociale assureront leur équilibre. Madame la ministre, monsieur le secrétaire d'État, vous avez indiqué à juste titre que les administrations de sécurité sociale ont retrouvé un équilibre, mais cette situation est le fruit des années antérieures. Avec l'article 19, il est fort à parier que cela ne se reproduira plus à l'avenir, sauf si les dépenses de la sécurité sociale sont contraintes à la hauteur des nouvelles exonérations. Nous avons besoin de précisions car cette absence de compensation par l'État nous inquiète beaucoup.

Mme la présidente. La parole est à M. Meyer Habib.

M. Meyer Habib. Madame la ministre, mes chers collègues, je suis un récidiviste, un multirécidiviste : cette année encore, je suis contraint de prendre la parole pour dénoncer le scandale que représentent les prélèvements CSG et CRDS sur les revenus du patrimoine des non-résidents. Ces prélèvements sont injustes, absurdes, contre-productifs et contraires au droit de l'Union européenne. C'est une simple question de bon sens et de cohérence fiscale : en

effet, comment 90 % des 3 millions de Français établis hors de France peuvent-ils être taxés pour financer un système de protection sociale dont ils ne bénéficient pas ? On est en train de faire payer le gaz à des gens qui se chauffent à l'électricité ! Je peux vous assurer que sur le terrain, ça gronde : nos compatriotes – des familles, souvent des retraités – ne comprennent pas cette injustice.

« J'ai entrevu un nouveau monde et cela suffit », écrivait Alfred de Musset à George Sand dans sa magnifique correspondance. C'est vrai, ce nouveau monde, les Français de l'étranger l'ont attendu, l'ont espéré : je vous rappelle qu'ils ont été 93 % à voter pour Emmanuel Macron, pour le monde nouveau incarné par le Président de la République. Quelle déception ! L'an passé, votre Gouvernement a utilisé les mêmes rustines que vos prédécesseurs socialistes. J'étais seul, bien seul, à porter la voix des Français de l'étranger. Sur les bancs de la majorité, absents ou gênés, les dix nouveaux députés étaient silencieux, tétanisés. Madame Genetet, vous n'avez pas voté mes amendements ! Puis vous avez rédigé un rapport, commandé par Matignon, et je suis heureux d'y avoir retrouvé – parfois au mot près – certaines formules que je ressasse depuis six ans. Mieux vaut tard que jamais, je n'en tire aucune gloire. Enfin, le 16 octobre, Gérald Darmanin s'est engagé ici, dans l'hémicycle, à prendre des mesures en faveur des non-résidents au sein de l'Union européenne et en Suisse. Mais, mesdames et messieurs les députés, qu'en sera-t-il des autres, qui sont 1,8 million ? Pourquoi ces deux poids et deux mesures ? C'est peut-être même encore plus insupportable. Maintenant, il s'agit de passer aux actes et d'aller au bout de la logique pour en finir avec cette injustice fiscale et cette aberration économique qui fait que plus un seul Français n'a envie d'investir un euro dans son propre pays ! C'est la triste réalité d'aujourd'hui ; c'est elle qui me pousse à présenter, dans quelques minutes, un amendement en ce sens, que je vous remercie de voter.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. L'article 19 est lourd de conséquences pour la politique familiale de notre pays et je dirais même qu'il lui porte un coup fatal pour les années à venir. J'ai parfaitement compris, madame la ministre, que vous assumiez pleinement – vous l'avez mentionné dans la discussion générale – de renoncer à la politique familiale de notre pays, à contre-courant des autres pays européens. Je regrette qu'à travers cet article, vous engagiez cette procédure de renoncement pour tout le quinquennat. En effet, la lecture croisée de l'article 19 et de l'annexe B du PLFSS nous montre que la branche famille devient la variable d'ajustement qui permet la progression des dépenses de l'assurance maladie comme de l'assurance vieillesse. Ainsi, entre 2018 et 2021, vous prévoyez d'accroître les dépenses de l'assurance maladie, tous régimes confondus, de 6,8 %, celles de l'assurance vieillesse de 6,8 % et celles de la branche famille de seulement 1,8 %, dans un contexte de redémarrage de l'inflation. Ce faisant, vous condamnez toute initiative en matière de politique familiale.

Cet appauvrissement de la politique familiale se traduit par votre proposition, à l'article 19, d'assécher les recettes de la branche famille, notamment par le transfert du produit de la taxe sur les salaires au profit des branches maladie et vieillesse. Cette mécanique est enclenchée dès 2019, année au cours de laquelle vous prévoyez de ne plus compenser intégralement les pertes de recettes liées à la baisse des cotisations sociales des entreprises pour la branche famille, contrairement aux engagements que vous aviez vous-même pris. Cette disposi-

tion marque une rupture historique avec la notion même de branche et surtout avec la spécificité de notre politique familiale. Cette mesure est d'autant plus contestable que – nous vous l'avons dit à plusieurs reprises – les familles ont subi depuis plusieurs années des coupes massives, que la commission des comptes de la sécurité sociale a chiffrées à 1,7 milliard d'euros.

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Ramadier.

M. Alain Ramadier. Madame la ministre, cet article modifie les ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, CNSA, et je voudrais vous poser deux questions à ce propos. Pouvez-vous nous dire si la modification de ses ressources se fera à budget constant ? Pouvez-vous en conséquence nous donner l'assurance que les montants de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie, APA, et de la prestation de compensation du handicap, PCH, resteront inchangés ? Ces deux questions courtes et précises doivent aider la représentation nationale à faire toute la lumière sur le contenu de ce PLFSS, notamment sur le volet important du secteur médico-social.

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. La Constitution en son article 34 prévoit que « les lois de finances déterminent les ressources et les charges de l'État » et que « les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses ». La disposition prévue au deuxième alinéa de l'article 19 de ce projet de loi vise à faire supporter au budget de la sécurité sociale le coût de la réduction des cotisations sociales relative aux heures supplémentaires, décidée par l'État. Par un alinéa dans ce projet de loi, le Gouvernement met donc fin à la règle de la compensation intégrale par l'État du coût des exonérations de cotisations sociales, édictée par la loi du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale. Ce faisant, vous ouvrez la voie à la fongibilité des budgets de l'État et de la sécurité sociale. Vous amorcez ainsi, dans ce PLFSS, la remise en cause de l'autonomie de la Sécu et l'assèchement de ses recettes, au lieu d'en sanctuariser le budget. La sécurité sociale ne peut être la variable d'ajustement du budget de l'État ; une telle évolution se répercutera de manière préjudiciable sur le système de santé et le niveau des droits et des prestations sociales.

Nous sommes opposés à toute instrumentalisation de la sécurité sociale, surtout au service de politiques qui ne la concernent pas au premier chef. Il serait bon que le Gouvernement précise ses intentions. Voulez-vous étatiser la protection sociale ? Voulez-vous mettre fin à notre modèle social paritaire ? Toutes les conditions semblent réunies pour placer la sécurité sociale sous la tutelle imposante de l'État – processus qui a commencé pour l'assurance chômage, avec des conséquences directes sur les droits des chômeurs. Il s'agit d'une tout autre logique que celle que nous connaissons aujourd'hui. Pour notre part, nous ne souhaitons pas que la sécurité sociale soit peu à peu réduite à un système d'assistance pour les plus démunis. C'est pourquoi nous nous opposerons à une série de dispositions de cet article.

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Si l'on croise l'article 19 et l'annexe B de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, la branche famille apparaît comme la variable d'ajustement permettant la progression des dépenses de l'assurance maladie comme de l'assurance vieillesse. Avec le raboutage

de la prestation d'accueil du jeune enfant dès la première année du mandat du président Macron, vous contenez l'évolution des crédits pour la branche famille bien en deçà de l'inflation. C'est une baisse déguisée des moyens consacrés à la politique familiale. Et les rabotages vont se poursuivre avec la sous-indexation des prestations familiales pour les deux prochaines années et la sous-revalorisation programmée des plafonds de ressources. Les familles moyennes vont être de plus en plus nombreuses à être exclues des dispositifs de soutien.

Pourtant l'avenir de la France, ce sont les familles. L'avenir de nos retraites, l'avenir des solidarités intergénérationnelles, ce sont les familles qui le permettront. Madame la ministre, les voyants sont au rouge; ne citons que la baisse de la natalité. Les difficultés quotidiennes des familles devraient nous alerter: difficultés à se loger et à accéder à la propriété – l'accueil d'enfants est ainsi retardé, on observe un recul constant de l'âge de la première maternité –, difficultés à financer les études des jeunes – les études supérieures peuvent coûter 5 000 à 15 000 euros par an –, difficultés à assurer leur insertion. Des défis ont été identifiés: je pense en particulier au congé maternité pour les femmes agricultrices, qu'il faut améliorer. Avec votre politique, en l'état de ce PLFSS, les familles sont pénalisées: elles perdent du pouvoir d'achat. Avec la sous-indexation du complément de libre choix du mode de garde, vous augmentez le reste à charge pour les familles. La politique familiale était pourtant un des atouts singuliers de la France par rapport à nos voisins. J'aimerais, madame la ministre, que le Gouvernement se préoccupe davantage des familles. Je vous invite à mener une véritable politique familiale car il y va de l'avenir de la France. *(Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LR.)*

Mme la présidente. La parole est à M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Je voudrais dire quelques mots sur le problème de la non-compensation par le budget de l'État des exonérations sociales votées dans le cadre du PLFSS. Il s'agit d'un vrai sujet de société, d'un vrai sujet politique.

Le PLFSS est financé à 61 % par des cotisations, lesquelles portent essentiellement sur le travail. Le travail doit-il payer la solidarité nationale? C'est la question qu'il faut se poser. Notre groupe a toujours estimé qu'un certain nombre de mesures de solidarité devaient être financées par l'impôt, c'est-à-dire par l'ensemble des Français, de façon à ce que les revenus provenant d'autres sources que le travail – les revenus issus des transactions financières, par exemple – financent eux aussi la solidarité nationale.

La non-compensation par l'État des exonérations votées dans le cadre du PLFSS accentue la situation actuelle: ce sont les cotisations prévues dans le PLFSS qui devront payer ces exonérations. Autrement dit, les exonérations que nous votons tous ensemble afin de remédier à ce que nous considérons comme une injustice sociale seront financées par les revenus du travail. Ce n'est pas notre conception de la société. À notre sens, un certain nombre de mesures de solidarité doivent être payées par l'impôt et par l'ensemble des Français. *(M. Meyer Habib applaudit.)*

Mme la présidente. La parole est à M. le secrétaire d'État auprès du ministre de l'action et des comptes publics.

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État auprès du ministre de l'action et des comptes publics. Je souhaite répondre à un certain nombre de questions posées par les orateurs inscrits sur l'article. Cela nous permettra peut-être, à Agnès Buzyn et à moi-même, d'être plus rapides lorsque nous donnerons nos

avis sur les amendements à l'article 19 – je réponds ainsi à l'inquiétude exprimée par M. Door quant au nombre d'heures qu'il nous reste à passer ensemble dans le cadre de l'examen de ce PLFSS.

Monsieur Dharréville, vous nous avez renvoyés à l'article 34 de la Constitution, mais l'article 19 ne contrevient pas à cette disposition constitutionnelle. Permettez-moi ce raisonnement par l'absurde: nous continuons d'examiner un PLFSS, ce qui montre bien qu'il y aura pour 2019 à la fois un PLF et un PLFSS. Ce sera aussi le cas pour 2020 et les années suivantes.

Nous ne revenons pas sur l'autonomie des comptes de la sécurité sociale, qui est un principe constitutionnel, comme vous l'avez rappelé. Cependant, nous regardons les choses en face: nous voyons que la loi de 1994, qui pose le principe de la compensation, a été appliquée de manière extrêmement diverse et inégale, et que ce n'est pas la première fois qu'un certain nombre d'exonérations ou de diminutions de recettes de la sécurité sociale ne sont pas compensées strictement par le budget de l'État.

Vous avez rappelé vous-même, monsieur Dharréville, l'importance des transferts budgétaires de l'État vers la sécurité sociale – Mme Rabault a cité le chiffre de 51 milliards d'euros. Dans le PLFSS pour 2019, l'intégralité des allègements généraux et exonérations sont compensés par l'État, par le biais de l'affectation d'une fraction de TVA. L'article 19 que nous examinons, associé à la loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022 que vous avez discutée l'an dernier, prévoit une trajectoire extrêmement progressive pour la prise en charge d'un certain nombre de pertes de recettes par le budget de la sécurité sociale, dans le cadre de son retour à l'équilibre et compte tenu de sa capacité à générer des excédents.

La loi de programmation a posé le principe de rétrocession des excédents de chacune des branches de la sécurité sociale au budget de l'État pour participer au désendettement de la France – si le PLF et le PLFSS sont deux textes distincts, nous savons que les déficits et les dépenses publiques sont pris en compte de manière globale. Ce principe de rétrocession s'accompagne d'un principe de compensation des exonérations. Afin de suivre les recommandations du rapport évoqué, un certain nombre de pertes de recettes pourraient être assumées directement par la sécurité sociale de manière à simplifier un peu – je dis bien « un peu » – les tuyauteries du schéma élaboré il y a deux ans et que la présidente Rabault a rappelé tout à l'heure.

Nous voulons donc à la fois préserver l'autonomie de la sécurité sociale – nous ne sommes pas dans une logique de fusion du PLF et du PLFSS – et faire contribuer les comptes sociaux, dans le cadre d'une trajectoire progressive, au désendettement de notre pays et à la maîtrise de nos comptes publics.

Je termine par un point important, qui renvoie aux deux questions posées par M. Ramadier sur le niveau d'intervention et la capacité d'action de la CNSA ainsi que sur les moyens dont disposent les administrations de sécurité sociale pour le financement de l'APA ou de la PCH. L'article 19 et les amendements déposés sur cet article se caractérisent par une rédaction extrêmement technique – nous en convenons tous –, mais la réponse à vos deux questions est « oui », tout simplement. Je ne peux pas faire mieux! J'espère ainsi vous rassurer.

Lors de la discussion de certains amendements, nous aurons l'occasion de revenir sur l'intervention de M. Meyer Habib, notamment sur l'application de la jurisprudence De Ruyter. Je garde mes explications pour le débat sur les amendements en question.

Mme la présidente. Nous en venons aux amendements identiques n^{os} 1272 et 1345, tendant à supprimer l'article 19.

Sur ces deux amendements, je suis saisie par le groupe Socialistes et apparentés d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n^o 1272.

M. Joël Aviragnet. L'article 19 vise à assurer un transfert de recettes entre la sécurité sociale et l'État et entre les régimes de sécurité sociale. Il organise le siphonnage des ressources de la sécurité sociale, notamment des branches famille et maladie, pour financer des baisses de cotisations et la baisse du coût du travail.

Il n'est pas acceptable que vous organisiez la mise à mort de notre modèle social. Vous nous parlez sans cesse de justice sociale, mais où est cette justice quand on assomme les retraités, quand on diminue les prestations sociales et quand on s'attaque même à notre modèle social ?

M. Thibault Bazin. Eh oui !

M. Joël Aviragnet. Par cet article, vous ouvrez une brèche qui n'est pas près de se refermer.

Le groupe Socialistes et apparentés s'oppose fermement à cette mesure, qui n'est pas cohérente avec le retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale. C'est la raison pour laquelle nous demandons sa suppression.

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n^o 1345.

Mme Caroline Fiat. Madame la présidente, madame la ministre, monsieur le secrétaire d'État, monsieur le rapporteur général, alors que les comptes de la sécurité sociale sont repassés au vert et que nous étions en droit d'attendre la fin de la logique austéritaire qui prédomine depuis des années, le Gouvernement semble décidé à remettre en difficulté notre modèle social en lui faisant porter le poids des prochaines exonérations.

De façon inédite et totalement injustifiée, le Gouvernement va faire peser le poids de la désocialisation des heures supplémentaires et de la suppression du forfait social sur la sécurité sociale. Ces deux réformes, totalement hasardeuses quant à leurs effets sur l'emploi, sont surtout avantageuses pour le patronat, qui bénéficiera d'une plus grande souplesse et pourra compter sur le mode de rémunération alternatif qui est l'épargne salariale pour réduire ses cotisations.

Pour la sécurité sociale, la fin du forfait social représente une perte de 440 millions d'euros. Ce coût serait encore plus élevé à l'avenir, à mesure que les entreprises se saisiront du dispositif et que la masse salariale augmentera.

Avec la fin de la compensation des exonérations par le budget de l'État, nous assistons à une « politique des caisses vides » que les chercheurs anglais surnomment « *starving the beast* » – « affamer la bête » en français. Cette

stratégie désormais bien connue est adoptée par les gouvernements qui souhaitent réduire les dépenses publiques ou sociales mais qui craignent que ces réformes soient impopulaires et politiquement coûteuses. Elle consiste à générer d'abord du déficit, pour ensuite justifier politiquement la réforme au nom de la bonne gestion. C'est pourquoi nous demandons la suppression de l'article 19.

Mme la présidente. La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur général de la commission des affaires sociales, pour donner l'avis de la commission sur ces deux amendements de suppression.

M. Olivier Véran, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'article 19 relatif aux relations entre l'État et la sécurité sociale transfère des crédits du budget de l'État vers celui de la sécurité sociale ; il prévoit également des règles de non-compensation d'un certain nombre d'exonérations votées dans le cadre du PLFSS. Ce principe n'est pas nouveau : nous l'avons déjà mis en œuvre pour d'autres dispositifs et d'autres années. L'année dernière, par exemple, nous avons déjà acté une non-compensation pour le crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires, le CITS.

La décision prise par le Gouvernement vise non seulement à financer les dépenses de protection sociale et même à en créer de nouvelles – je pense à la feuille de route « grand âge et autonomie » dont l'immense chantier a démarré et qui permettra d'engager, à terme, plusieurs milliards d'euros pour venir en aide aux personnes âgées et aux aidants qui prennent soin d'elles au quotidien –, mais aussi à envisager le remboursement d'une dette que personne n'avait prévu de rembourser ! La dette de l'ACOSS, supérieure à 20 milliards d'euros, était jusqu'ici une sorte de *no man's land* car personne ne l'avait prise en charge. Le Gouvernement a prévu, avec le soutien de la majorité, de se mettre en capacité de rembourser cette dette sociale, inhérente à la sécurité sociale, avant de réfléchir à l'usage qu'il pourrait faire des excédents.

Cela dit, une partie des excédents de la sécurité sociale pourront aussi permettre de rembourser une partie de la dette de l'État. Cela peut faire l'objet de débats – personne ne l'a caché ici, et j'ai moi-même eu l'occasion de rappeler au ministre de l'action et des comptes publics le souhait d'une partie d'entre nous d'engager des dépenses dans le champ de la protection sociale, de l'écologie, de la qualité de vie au travail ou des transports collectifs afin d'améliorer la situation sanitaire et sociale de notre pays.

Mes chers collègues, je vous appelle à voter l'article 19 et à rejeter les amendements n^{os} 1272 et 1345, car la suppression de l'article ôterait du PLFSS le transfert de plusieurs dizaines de milliards d'euros de recettes de TVA du budget de l'État vers celui de la sécurité sociale. Autrement dit, nous mettrions tout simplement en banqueroute notre système de protection sociale pour l'année à venir. La commission a donc donné un avis défavorable à ces amendements de suppression.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Il est évidemment défavorable. Je voudrais ajouter trois éléments.

Tout d'abord, je remercie M. le rapporteur général d'avoir salué notre volonté de rembourser la dette de l'ACOSS. Cette mesure est importante et constitue un gage de pérennité de notre système social.

Par ailleurs, il nous est difficile d'entendre que le Gouvernement organiserait la disparition de la sécurité sociale alors même que nous avons le projet d'élargir la couverture des risques pris en charge dans le cadre de la feuille de route « grand âge et autonomie » suivie par Agnès Buzyn, que nous voulons instaurer un reste à charge zéro et que nous souhaitons octroyer à toutes les femmes les mêmes droits au congé maternité – tout cela démontre notre volonté d'universalité des droits.

Enfin, M. le rapporteur général a eu raison de rappeler que le principe de compensation n'a pas toujours été respecté et que d'autres exonérations n'ont pas été compensées. Ainsi, la prime accordée en 2013 et 2014 en contrepartie de dividendes, la réduction de la cotisation minimale maladie du RSI pour les travailleurs indépendants, l'exonération en faveur des personnes employées en chantier d'insertion n'ont pas été compensées. De même, institué par la loi de finances pour 2017, le CITS n'a pas non plus été compensé – pour un montant d'un peu plus de 500 millions d'euros. Je le dis d'autant plus librement que j'ai voté ces mesures et ces PLFSS, comme vous, monsieur Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Non, monsieur le secrétaire d'État, je n'ai voté que le PLFSS pour 2015 car je n'ai siégé qu'une année sous la précédente législature !

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Peut-être, monsieur Aviragnet, mais vous étiez, comme moi, solidaire de la majorité.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 1272 et 1345.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	45
Nombre de suffrages exprimés	41
Majorité absolue	21
Pour l'adoption	11
contre	30

(Les amendements identiques n^{os} 1272 et 1345 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Nous en venons aux amendements identiques n^{os} 203 et 1143, sur lesquels je suis saisie par le groupe Socialistes et apparentés et 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.

La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n^o 203.

M. Pierre Dharréville. Tout à l'heure, monsieur le rapporteur général, vous avez parlé de « la décision prise par le Gouvernement ». Mais si nous sommes ici aujourd'hui, c'est justement pour prendre des décisions et ne pas les laisser au Gouvernement !

Sans préjudice aucun pour mes collègues, je veux souligner la subtilité de mon amendement par rapport aux deux amendements de suppression que nous venons d'examiner, et que j'ai votés par ailleurs. *(Sourires.)* En effet, monsieur le rapporteur général, pour répondre à l'un de vos arguments, l'amendement n^o 203 vise à supprimer le seul alinéa 2 de

l'article 19. Il s'attaque évidemment à cette logique de non-compensation des exonérations que vous prévoyez et qui prolifèrent d'ailleurs d'année en année, à chaque examen d'un nouveau PLFSS.

Pour nous, la sécurité sociale appartient aux assurés. C'est d'ailleurs l'une des particularités de notre modèle, qui a été décidée lors de sa création à la Libération.

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. C'est une question importante pour nous que de savoir à qui appartiennent les œuvres sociales et qui, en leur sein, doit décider. Ce lien de propriété est une question fondamentale. Le droit de propriété occupe régulièrement une partie de nos débats : en l'occurrence, on est en train de remettre en cause un droit de propriété des assurés sociaux sur leurs institutions et leurs œuvres sociales.

Cela n'exclut pas que certains mécanismes de solidarité nationale viennent par ailleurs se greffer, pour toute une partie de la population, sur les institutions sociales telles que nous les connaissons, qui existent déjà et que mon propos ne vise aucunement à nier.

Monsieur le secrétaire d'État, quel est votre projet réel ? Vous avez dit qu'il ne s'agissait pas de la fusion entre le PLF et le PLFSS, mais c'est pourtant le chemin que vous semblez emprunter et c'est pourquoi je me suis permis de poser ces questions.

Vous nous avez répondu pour cette année et j'espère qu'il en ira de même l'année prochaine et que nous n'aurons pas non plus, à la faveur de la réforme constitutionnelle, de mauvaises surprises, mais je suis quelque peu perplexe devant le chemin que nous empruntons avec la fiscalisation. Vous avez évoqué la compensation des exonérations par une part de la TVA, qui est l'impôt le plus injuste. Là aussi, je me permets de douter que nous empruntons le bon chemin pour financer les prestations sociales dans notre pays.

Mme la présidente. Il faut conclure, monsieur Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Je termine, madame la présidente. Compte tenu de ce que je viens de dire, c'est, selon nous, un problème que, dans l'ensemble des caisses, un vote négatif ait été émis sur le PLSS. Cela doit nous interroger sur le chemin que vous êtes en train d'emprunter. Pour nous, il s'agit d'une mesure de pillage et de siphonage.

Mme la présidente. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n^o 1143.

M. Joël Aviragnet. L'article 19 organise les circuits de compensation. Le Gouvernement propose, comme cela vient d'être dit, de ne pas faire compenser par l'État le manque à gagner en cotisations résultant de la désocialisation des heures supplémentaires.

Monsieur le secrétaire d'État, vous nous parlez du gouvernement précédent, mais je n'ai, pour ma part, siégé qu'un an et je pense que vous êtes mieux à même que moi d'en parler. Vous devez certainement vous souvenir vous aussi – même si décidément, bien des membres de ce gouvernement ont une mémoire sélective ! – qu'à l'époque, les comptes n'étaient pas excédentaires, ce qu'ils seront désormais : c'est là que se situe le changement de situation.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Avis défavorable, pour les raisons évoquées tout à l'heure. Monsieur Dharréville, vous évoquez l'évolution de la protection sociale. C'est un débat que nous avons déjà eu dans le cadre de la réforme constitutionnelle, où un bien mauvais procès a été fait à cette majorité, dont la volonté n'est pas de restreindre ou de supprimer le champ de la protection sociale, mais précisément de l'entériner pour ce qu'il est : la sécurité sociale complétée de la question de la perte d'autonomie. Si c'était sur vos bancs qu'avait germé cette idée, vous auriez été les premiers à la promouvoir, car c'est une idée de justice sociale.

Pour ce qui est de la proposition formulée dans le rapport de MM. Charpy et Dubertret d'une fusion des parties « recettes » du PLF et du PLFSS ou, du moins, d'une discussion générale commune, vous avez peut-être remarqué que, dans cette première année, nous n'avons pas instauré de discussion générale commune à la commission des finances et à la commission des affaires sociales. Pour le dire avec une pointe d'ironie, l'acte fondateur de la fusion, voulue par certains, des budgets de l'État et de la sécurité sociale aura été l'amendement cosigné par le rapporteur général de la commission des finances et par moi-même, qui visait à supprimer une disposition budgétaire déposée par le Gouvernement, précédent qui pourrait éviter à celles et ceux qui en avaient envie une fusion totale des deux budgets.

N'ayez pas d'inquiétude : sachez que, sur ces bancs, nous défendrons mordicus l'intégrité du budget de la sécurité sociale – et demain, je l'espère, du budget de la protection sociale.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Madame la présidente, je serai bref, pour compenser. (*Sourires.*) Monsieur le rapporteur général, vous prenez aujourd'hui cet engagement, mais nous mettons le doigt dans un engrenage : qu'advient-il demain, notamment sous d'autres majorités ? Nous prenons une orientation très discutable, qui peut nous entraîner, à l'avenir, sur des chemins dont nous ne voulons pas.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements n^{os} 203 et 1143.

(*Il est procédé au scrutin.*)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	48
Nombre de suffrages exprimés	42
Majorité absolue	22
Pour l'adoption	9
contre	33

(*Les amendements identiques n^{os} 203 et 1143 ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. Sur les amendements identiques n^{os} 564 et 782, je suis saisie par le groupe UDI, Agir et indépendants d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Les quatre amendements n^{os} 1260, 1261, 1307 et 1308, sont rédactionnels.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Tout à fait madame, la présidente.

(*Les amendements n^{os} 1260, 1261, 1307 et 1308, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n^{os} 564 et 782.

La parole est à M. Meyer Habib, pour soutenir l'amendement n^o 564.

M. Meyer Habib. Comme je le disais en m'exprimant sur l'article, le ministre Gérald Darmanin, au cours de la séance de questions au Gouvernement du 16 octobre dernier, s'est engagé à une série de mesures fiscales en faveur des Français de l'étranger, en particulier à l'exonération des prélèvements CSG et CRDS – dont acte –, mais « pour un certain nombre de Français résidant à l'étranger (...) dans l'Union européenne ou en Suisse ». Et les autres, monsieur le ministre ? Voilà cinq ans que nous dénonçons dans cet hémicycle – ou plutôt, que je dénonce, car mes collègues de l'opposition ne sont, hélas, plus avec moi – cette fiscalité abusive. On fait payer aux Français de l'étranger un régime de protection dont, dans leur immense majorité, ils ne bénéficient pas. Voilà des années qu'on les prend pour des vaches à lait, alors qu'ils ne sont ni des rentiers, ni des exilés fiscaux, ni des vaches à lait.

Je me réjouis donc, évidemment, de cette annonce, mais pourquoi ne pas aller jusqu'au bout ? Sur les 3 millions de Français établis à l'étranger, 1,8 million restent concernés. Pourquoi créer une inégalité de traitement injustifiée entre les Français résidant en Europe et les autres ? Monsieur le ministre, l'égalité devant la loi fiscale est un principe constitutionnel. Soyez sûr que cette rupture d'égalité alimentera un contentieux lourd et coûteux pour les finances de l'État.

Mon amendement vise à exonérer de CSG et de CRDS l'ensemble des Français de l'étranger, qu'ils résident à Abidjan, à Genève, à New York, à Jérusalem, à Agadir ou ailleurs – et peut-être même bientôt à Londres. C'est une question de principe, mais le raisonnement est également économique.

De grâce, réfléchissez : il faut favoriser l'investissement immobilier des non-résidents chez eux, en France. Comme je le disais tout à l'heure, les Français ne veulent plus investir dans leur propre pays, car ils sont sur-fiscalisés. C'est le monde à l'envers !

Nous avons demandé un scrutin public sur cet amendement et trois millions de Français nous regardent. L'exonération doit s'appliquer à tous nos compatriotes : voilà le sens de mon amendement et, même si c'est vous qui en avez le crédit, le principal est que nous y parvenions. Votez cet amendement, car il est vraiment important pour nos compatriotes de l'étranger.

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne Genetet, pour soutenir l'amendement identique n^o 782.

Mme Anne Genetet. Une explication me semble utile, car la situation n'est peut-être pas claire pour tout le monde : les prélèvements sociaux, notamment la CSG, sont prélevés sur différents types de revenus. Dans le cas des contribuables non-résidents, dont un certain nombre de Français, ces prélèvements ne sont pas dus, car ces personnes ne sont pas

affiliées à un régime de protection sociale obligatoire en France. Depuis 2012, ces prélèvements sociaux sont prélevés sur les seuls revenus de leur patrimoine, et en particulier de leur patrimoine immobilier.

La Cour de justice de l'Union européenne a retoqué cette mesure et critiqué notre pays : la France risque à nouveau d'être condamnée, ce qui entraînerait un contentieux lourd pour le budget de l'État. C'est pour cela que nous avons demandé et que je demande,...

M. Meyer Habib. Vous n'avez pas voté mon amendement l'année dernière !

Mme Anne Genetet. ...au nom de tous mes collègues député des Français de l'étranger – notamment de Roland Lescure, qui est actuellement à Montréal, d'Alexandre Holroyd, qui est assis derrière moi, et de tous les autres –, qu'au nom de l'équité, ces personnes, puisqu'elles ne bénéficient pas d'un système de protection sociale, puissent être exonérées de ces prélèvements sociaux, comme c'était le cas avant 2012.

J'ai remis au Premier ministre un rapport dans lequel j'ai proposé une grande réforme de la fiscalité des contribuables non-résidents, qui comportait un ensemble de mesures parmi lesquelles figurait celle-ci, au même titre que la réforme de l'imposition sur les revenus de ceux qui disposent de revenus de source française. Il est un peu dommage que manque, dans cette grande réforme, le dernier petit pas. Le dispositif actuellement proposé oppose ceux qui résident dans l'Union européenne et ceux qui n'y résident pas. Or, pour ma part, représentant les Français de l'étranger hors Union européenne, je ne me sens pas être une sous-députée ni une sous-citoyenne et je n'ai pas très envie d'être opposée aux autres.

Nous avons tous le projet et la même envie de participer au projet de transformation de la France, et c'est ce que nous faisons avec détermination et volontarisme, en saluant tous les efforts qu'accomplit Gouvernement dans un très grand nombre de domaines. Il manque, dans ce domaine précis, un petit pas : c'est la raison pour laquelle je défends la suppression de ces prélèvements sociaux pour l'ensemble des citoyens résidant hors de nos frontières, et pas seulement pour ceux qui résident dans l'Espace économique européen.

M. Meyer Habib. Ravi que vous nous rejoignez mais vous avez voté contre l'année dernière !

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Madame Genetet, il n'y a évidemment pas de députés qui auraient moins de poids ou de valeur que d'autres. Comme M. Meyer Habib, vous représentez les Français de l'étranger et c'est une fonction très noble. Nous pouvons nous enorgueillir d'avoir des parlementaires très actifs et nous pouvons le reconnaître année après année, PLFSS après PLFSS – ce n'est pas moi qui dirai le contraire. Vous déployez une très grande activité et défendez parfaitement les Français qui vous ont élus.

Cette question est récurrente. Comme le savent en effet les députés qui siégeaient dans la législature précédente, la question de la fiscalité applicable aux Français résidant à l'étranger se pose tous les ans : faut-il qu'ils paient des impôts sur le revenu et s'acquittent d'une fiscalité sur leur patrimoine par le biais notamment de la CSG et de la CRDS ?

Pour ceux qui résident dans l'Union européenne et en Suisse,...

M. Meyer Habib. Et les autres ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. ...des procédures ont été lancées, auprès de la Cour de justice européenne de l'Union européenne, laquelle, année après année, renforce le niveau de pression sur la France pour que notre pays remplisse les objectifs fixés à l'échelon communautaire. C'est la raison pour laquelle le groupe La République en marche – et je devance en cela un peu le débat que nous devrions avoir tout à l'heure, mais cela me permet de faire, madame la présidente, une réponse groupée sur ces amendements – présentera un amendement visant à régulariser la situation de la France au regard de ses obligations rappelées par la Cour de justice de l'Union européenne.

À titre personnel, ce n'est pas de gaieté de cœur que je le voterai, car il se traduit par une perte de recettes de 180 millions d'euros et on peut se demander s'il est légitime que de gens qui sont souvent hébergés à titre professionnel n'aient pas à s'acquitter de prélèvements sociaux destinés à des dépenses sociales en France. Il importait cependant que la France régularise sa situation au regard de ses obligations européennes et je voterai donc évidemment, tout à l'heure, l'amendement du groupe.

Pour ce qui est, en revanche, d'une extension de cette mesure à l'ensemble des Français de l'étranger, et au-delà du fait qu'elle représenterait pour l'État une perte de recettes considérable et non compensée, vous ayant répondu que ce n'est pas de gaieté de cœur que, du fait de nos obligations, je voterai ce dispositif au niveau de l'Union européenne, j'émettrai un avis défavorable dès lors que la France ne se trouve pas sous le coup d'une procédure de justice internationale.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Olivier Dusopt, secrétaire d'État. Pour faire écho aux propos de Mme Genetet, je confirme qu'un grand nombre des propositions de son rapport sont mises en œuvre. Gérald Darmanin s'était engagé ici même, le 16 octobre, non seulement à donner suite à une large partie de vos préconisations, mais également à régler et sécuriser la situation après la jurisprudence dite « De Ruyter ».

Il faut rappeler que tous les revenus du capital de source française sont actuellement soumis à l'impôt sur le revenu et aux prélèvements sociaux, que le bénéficiaire soit fiscalement domicilié en France ou non. La rédaction actuelle, rétroactive jusqu'en 2012, ne permet même pas d'exonérer tous les revenus du capital, car le placement est exclu.

L'assujettissement de ces revenus à la CSG résulte du principe d'universalité de l'assiette de cette contribution, dans une logique de solidarité nationale que le rapporteur vient de rappeler et à laquelle nous souscrivons. Cela vise à inclure l'ensemble des revenus de source française dans le financement de notre système de protection sociale. Par conséquent, les non-résidents ne peuvent être exonérés de CSG sur les revenus du capital réalisés en France.

En revanche, et je l'ai dit à l'instant, le Gouvernement est favorable à une clarification juridique de l'application des prélèvements sociaux sur les revenus du capital, compte tenu de la jurisprudence de Ruyter de la Cour de justice de l'Union européenne. C'est la raison pour laquelle nous soutiendrons, bien évidemment, l'amendement n°

1487 rectifié, déposé par plusieurs députés de la majorité, qui garantit la conformité de la législation française avec les règlements européens. Il s'agit donc d'exonérer de CSG et de CRDS l'ensemble des personnes affiliées au régime de sécurité sociale d'un autre État membre de l'espace européen, que ces personnes résident ou non en France.

En 2016, l'État a essayé de répondre à cette jurisprudence en affectant cette CSG et cette CRDS au Fonds de solidarité vieillesse, qui finance le minimum vieillesse, mais les juridictions administratives françaises ont considéré que ce système ne sécurisait pas assez la situation au regard de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne que j'ai rappelée.

Il faut aussi souligner que, chaque fois que les juridictions administratives françaises ont eu à se prononcer sur cette situation, le principe d'équité, que plusieurs d'entre vous ont rappelé, n'a pas été retenu, mais qu'aucune jurisprudence en la matière, au-delà de l'interrogation sur la clarification de notre situation vis-à-vis de la jurisprudence De Ruyter, n'a jamais retenu les arguments présentés ainsi.

Nous nous sommes donc engagés à mettre en œuvre certaines recommandations de votre rapport indépendamment de cette question de l'assujettissement aux prélèvements sociaux et nous vous proposons aujourd'hui – c'est du reste la raison pour laquelle nous souscrivons à l'amendement déposé par M. Mesnier – la clarification de la situation pour les non-résidents établis dans un autre pays de l'Union européenne, dans un pays de l'Espace économique européen ou en Suisse, considérant qu'ils dépendent d'un autre système de protection sociale, mais nous ne pouvons pas souscrire, y compris au regard de ce principe d'universalité, à la demande formulée pour les résidents non communautaires et résidant en Suisse.

C'est la raison pour laquelle – peut-être sans espoir – je sollicite le retrait des amendements déposés, au profit de l'amendement numéro n° 1487 rectifié. À défaut de retrait, l'avis du Gouvernement sera défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Meyer Habib.

M. Meyer Habib. Monsieur le rapporteur, monsieur le secrétaire d'État, j'ai écouté avec attention vos arguments : ils ne m'ont absolument pas convaincu. Tout d'abord, l'année dernière, nous vous avions parlé de la législation européenne et, pour autant, la mesure n'avait pu être votée. Mais mieux vaut tard que jamais !

En l'occurrence, vous nous dites : « On est obligés en Europe mais ailleurs, on s'en fout ! » Cela fait 1,8 million de Français que l'on jette en pâture ! De plus, c'est une hérésie économique : ils n'investiront plus un euro en France, chez eux ! C'est incroyable ! Je vois bien que Mme Genetet évolue, peut-être parce que des élections se rapprochent – ou pas, d'ailleurs – ; en tout cas, c'est une bonne chose.

Mais je vous demande de prendre vos responsabilités : cela concerne près de 2 millions de Français ! 2 millions de Français qui n'oublieront pas ! C'est extrêmement important ! Je me rends de temps en temps dans des salons consacrés à l'investissement des Français de l'étranger : aujourd'hui, il n'y en a plus un qui veut investir chez lui, en France ! Ce n'est ni moral, ni économiquement justifiable ! Il faut aller jusqu'au bout. Vous êtes en train de

faire une différence entre les Français habitant à Abidjan ou à Jérusalem et ceux habitant à Bruxelles ou à Genève, ce qui est tout à fait incroyable et illogique.

Nous avons demandé un scrutin public : nous regarderons avec attention qui vote quoi. (*Exclamations sur plusieurs bancs du groupe LaREM.*) Je vous rappelle qu'il y a 2 millions de Français de l'étranger...

Mme Sophie Beaudouin-Hubiere. C'est une menace ?

M. Meyer Habib. Ce n'est pas une menace, c'est une question de morale ! C'est une question fondamentale pour 2 millions de Français ! Ils ne bénéficient pas de prestations sociales, ils n'y ont pas droit et pourtant ils les payent : ce n'est pas normal, c'est illogique !

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne Genetet.

Mme Anne Genetet. Je veux juste préciser que nous sommes absolument sensibles à la notion de solidarité nationale ; je l'avais d'ailleurs écrit dans mon rapport. La réforme fiscale que j'avais proposée permettait de parvenir à un équilibre, les contribuables non-résidents participant également à cet effort de solidarité nationale, auquel ils sont sensibles. C'est juste une histoire de cohérence globale et je regrette un tout petit peu ce dernier pas qui manque. Cela autant, je veux saluer tous les efforts qui ont été faits par ailleurs. Il manque le dernier petit pas pour traverser le gué complètement : j'aurais aimé ce petit effort supplémentaire.

Mme la présidente. Maintenez-vous votre amendement ?

Mme Anne Genetet. Je maintiens donc mon amendement car, je le répète, nous tenons au principe de solidarité nationale et nous le respectons.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n° 564 et 782.

(*Il est procédé au scrutin.*)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	47
Nombre de suffrages exprimés	46
Majorité absolue	24
Pour l'adoption	15
contre	31

(*Les amendements identiques n° 564 et 782 ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n° 191 et 373.

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 191.

M. Thibault Bazin. Par cet amendement de notre éminent collègue Éric Pauget, nous vous proposons qu'une fraction du produit de la CSG, que vous avez considérablement augmentée – de 25 % pour les retraités –, soit versée à la Caisse nationale d'assurance vieillesse ainsi qu'au régime unifié de retraites complémentaires AGIRC-ARRCO, afin de compenser financièrement la perte de recettes occasionnée.

Mme la présidente. La parole est à M. Stéphane Viry, pour soutenir l'amendement n° 373.

M. Stéphane Viry. Défendu.

(Les amendements identiques n^{os} 191 et 373, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Alexandre Holroyd, pour soutenir l'amendement n^o 1487 rectifié.

M. Alexandre Holroyd. L'objet de cet amendement est de tirer enfin un trait sur cette jurisprudence de Ruyter en remplissant l'un des objectifs fondamentaux de ce paquet budgétaire, qui est de « sincériser » les comptes publics. Cette affaire, devenue le plus grand contentieux de l'État en nombre de dossiers, doit trouver son terme. Je veux remercier ma collègue Anne Genetet pour le travail remarquable qu'elle a accompli dans son rapport. Elle a trouvé auprès de ce gouvernement l'écoute que M. Meyer Habib n'avait pas obtenue des gouvernements précédents. Cela nous permet aujourd'hui, je l'espère, de sortir de ce contentieux dans lequel nous sommes entrés il y a maintenant cinq ans.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Avis favorable, sans entrain mais par nécessité.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Le Gouvernement est évidemment favorable à cet amendement, pour les raisons que j'ai évoquées tout à l'heure de mise en conformité avec la jurisprudence de Ruyter. Nous levons donc le gage en vue de l'adoption de cet amendement.

(L'amendement n^o 1487 rectifié, modifié par la suppression du gage, est adopté.)

Mme la présidente. Les deux amendements, n^{os} 1309 et 1315, sont rédactionnels, monsieur le rapporteur général.

M. Olivier Véran, rapporteur général. En effet, madame la présidente.

(Les amendements n^{os} 1309 et 1315, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. le secrétaire d'État, pour soutenir l'amendement n^o 1318.

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. C'est une simple correction d'erreur matérielle.

(L'amendement n^o 1318, accepté par la commission, est adopté.)

Mme la présidente. Sur l'article 19, je suis saisie par le groupe Socialistes et apparentés d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Les amendements n^{os} 1317, 1316, 1319, 1310, 1312 et 1321 sont rédactionnels.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Ce sont en effet des amendements de coordination.

(Les amendements n^{os} 1317, 1316, 1319, 1310, 1312 et 1321, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 19.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	46
Nombre de suffrages exprimés	45
Majorité absolue	25
Pour l'adoption	33
contre	12

(L'article 19, amendé, est adopté.)

Après l'article 19

Mme la présidente. Sur l'amendement n^o 204 portant article additionnel après l'article 19, je suis saisie 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.

La parole est à M. Alain Bruneel, pour soutenir l'amendement n^o 204.

M. Alain Bruneel. Cet amendement vise à limiter la création de dispositifs d'exonération de cotisations sociales en prévoyant que chaque nouveau dispositif entraînera la suppression d'un dispositif existant pour un montant équivalent. Les différents dispositifs d'exonération de cotisations sociales représentent aujourd'hui à 46 milliards d'euros en 2018 avant l'intégration du CICE, 70 milliards d'euros après sa transformation en baisse de cotisations.

Aujourd'hui, on dénombre près d'une centaine de dispositifs différents. Si certains peuvent avoir leur utilité, comme les exonérations ciblées pour soutenir un secteur d'activité en particulier ou des territoires rencontrant des difficultés économiques, l'inflation de ces dispositifs depuis 1990 impose de réviser le maquis des niches sociales, comme le préconise la Cour des comptes. Outre leur coût exorbitant pour les finances publiques, les dispositifs d'allègements généraux ne permettent pas une élévation du niveau de la qualification des travailleurs de notre pays, en les maintenant à de bas niveaux de rémunération. C'est donc un enjeu en termes d'emplois mais également en termes de montée en gamme de notre économie. Je vous propose donc de prévoir un mécanisme permettant de limiter l'inflation des niches sociales, qui fragilisent le financement par cotisations de la sécurité sociale.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n^o 204.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	44
Nombre de suffrages exprimés	40
Majorité absolue	21
Pour l'adoption	6
contre	34

(L'amendement n° 204 n'est pas adopté.)

Article 20

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door, premier orateur inscrit sur l'article 20.

M. Jean-Pierre Door. Nous sommes tous engagés, sur tous les bancs, à ce que l'équilibre des comptes soit rétabli. Ce qui est annoncé pour les comptes de 2019 est donc une bonne nouvelle. La Caisse d'amortissement de la dette sociale, la CADES, devra s'éteindre en 2024, comme prévu par la loi organique, et ne peut évidemment pas être prolongée. Or la Cour des comptes, dans son dernier rapport, juge incompatibles les nouvelles perspectives de financement du régime général de la sécurité sociale avec la trajectoire pluriannuelle proposée dans la loi de programmation des finances publiques 2018-2022. Cette loi de programmation prévoyait un excédent de 20 milliards d'euros en 2021, un chiffre ramené à 9,5 milliards d'euros suivant la nouvelle projection dans le PLFSS pour 2019. Le manque à gagner cumulé serait donc important, d'autant qu'une partie notable de celui-ci devait être imputée à la CADES pour achever son extinction. Dès lors, quid de la nouvelle projection entre 2019 et 2024 compte tenu du manque à gagner qui est très important par rapport à ce que vous aviez prévu ? La Cour des comptes l'a signalé : que répondez-vous à son interprétation ?

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Cet article vise à faire reprendre par une caisse le déficit de la sécurité sociale. La Caisse d'amortissement de la dette sociale reçoit, année après année, les déficits des différentes branches du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse. Fin 2019, la CADES doit amortir une dette de 89 milliards. Les gouvernements successifs ayant procédé à des exonérations de cotisations, c'est l'ensemble des contribuables qui paye cette dette à travers la CSG et la CRDS.

Il est important de bien comprendre qu'en transférant ainsi un déficit normalement remboursé par des cotisations à une caisse abondée par la CSG et la CRDS, ce sont de plus en plus les retraités, les personnes malades ou handicapées, les personnes sans emploi, les plus fragiles d'entre nous qui paient à la place des actifs. Ce transfert mine la cohésion sociale dans notre pays, en mettant à mal la solidarité.

Par ailleurs, une deuxième chose devrait nous inquiéter : dans un rapport d'Attac datant du 16 septembre 2017, nous apprenons que la CADES est autorisée à spéculer sur le taux de change des monnaies et sur les marchés à terme ; elle réalise des émissions d'obligations ; elle émet des papiers commerciaux sans aucun contrôle, notamment à la City de Londres et au Luxembourg. C'est l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 qui autorise la CADES à émettre des titres financiers avec l'argent public sans rendre compte au contribuable des opérations exactes qu'elle réalise. Ainsi, une partie des recettes fiscales destinées à rembourser sa dette est utilisée pour payer des intérêts et des commissions aux banques privées, qui spéculent dessus. En 2017, la CADES avait remboursé depuis sa création 140 milliards d'euros de

dettes sociales grâce aux impôts essentiellement et elle avait, dans le même temps, versé 52 milliards d'euros d'intérêts à ses créanciers. Je tiens donc, à l'occasion de l'examen de cet article, à souligner l'opacité qui règne concernant cette caisse. Si nous savons avec quelles banques privées la CADES signe des contrats, nous n'avons aucune idée de ce que cet argent public devient ensuite. Je suis heureuse de remarquer que M. Véran arrive à discuter et en même temps à écouter les orateurs !

Mme la présidente. La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Je veux juste dire un mot pour rassurer M. Door : les hypothèses de croissance, les hypothèses de recettes, les hypothèses sur les flux financiers entre la sécurité sociale et l'État font l'objet d'une prévision dans la loi de programmation des finances publiques mais seront systématiquement réajustées en fonction de l'ajustement des prévisions. Il est hors de question, si l'on peut dire les choses ainsi, de ne pas regarder l'évolution réelle des recettes et du solde que nous espérons de la sécurité sociale lors de l'ajustement des différents flux. Nous ferons donc en sorte de tenir compte de la réalité car notre volonté est bien de maintenir durablement l'équilibre de la sécurité sociale.

(L'article 20 est adopté.)

Après l'article 20

Mme la présidente. Je suis saisie de plusieurs amendements portant article additionnel après l'article 20.

La parole est à M. le secrétaire d'État, pour soutenir l'amendement n° 1334.

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. C'est un amendement de coordination et d'harmonisation. Il s'agit de faire bénéficier les élèves marins des conditions dont bénéficient les autres étudiants en matière de coût et d'exonération d'un certain nombre de cotisations.

(L'amendement n° 1334, accepté par la commission, est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Éric Woerth, pour soutenir l'amendement n° 869.

M. Éric Woerth. Je présente à nouveau cet amendement que j'avais déjà présenté lors de l'examen du projet de loi PACTE parce que je le pense très structurant.

La CADES sera probablement mise en extinction à partir des années 2020-2024, si évidemment elle n'est pas appelée à combler de nouveaux déficits d'ici là. C'est une bonne nouvelle : le produit de la CRDS et les autres recettes affectées au remboursement de cette dette seront de ce fait disponibles.

Nous avons dans le domaine de la retraite plusieurs sujets dont celui de pouvoir compléter le régime par répartition par un régime par capitalisation plus clair qu'il ne l'est aujourd'hui. La volonté du Gouvernement de poursuivre la fusion des différents régimes de retraite, engagée depuis longtemps, est évidemment une bonne chose. Il faut maintenant mettre un terme à ce débat sur la convergence des régimes. Le fait qu'il y ait un seul régime public par capitalisation trouverait à ce moment-là toute sa place.

Je ne vais pas entrer dans les détails techniques, ce n'est pas le lieu, mais je pense qu'il serait opportun de voter un amendement qui précise les principes de la création d'un régime public de retraite par capitalisation au profit des Français sur la base des cotisations de CRDS.

Il y a évidemment d'autres possibilités d'affectation de la CRDS. Il est possible de ne rien en faire, de la supprimer tout simplement. L'autre possibilité évidente est de l'affecter au financement de la dépendance, sachant qu'on peut également développer une vision assurantielle en la matière.

Un fonds public de capitalisation retraite est quelque chose d'essentiel. Vous allez me renvoyer à la prochaine réforme des retraites – j'ai lu vos notes! – mais je pense que le Gouvernement pourrait en acter le principe dès aujourd'hui au travers de ce PLFSS pour 2019, ce qui en rehausserait la qualité.

Mme la présidente. Sur l'amendement n° 869, je suis saisie par le groupe Les Républicains d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Votre amendement soulève la question tout à fait légitime de l'avenir du Fonds de réserve pour les retraites, dont les actifs s'élèvent actuellement à 36 milliards d'euros, une fois que sa mission de financement de la dette de la CADES sera achevée en 2024 et que se posera la question du devenir de la part respective de CRDS et CSG aujourd'hui affectée à la CADES.

Je me félicite que vous ayez évoqué l'hypothèse d'un financement de la dépendance. Cette solution me semblerait élégante mais il ne m'appartient pas de rendre de tels arbitrages, pas plus qu'à vous d'ailleurs.

Sur la question des retraites et de ce que vous appelez une capitalisation publique, le Haut-commissaire à la réforme des retraites, Jean-Paul Delevoye, a déjà exprimé son souhait de proposer à la ministre de la santé et des solidarités un projet de réforme laissant toute sa place à la retraite par répartition. J'ai cru comprendre qu'il n'avait pas totalement fermé la porte à l'idée d'un complément du type capitalisation mais les choses ne sont pas sur la table et à l'heure où je vous parle, je ne connais pas plus que vous le projet de réforme des retraites.

En un mot, même s'il est intéressant d'évoquer ce débat à l'occasion de l'examen du PLFSS, cette réforme fondamentale ne saurait se faire par l'entremise d'un amendement portant article additionnel. C'est pourquoi la commission a donné un avis défavorable. Encore une fois un peu de patience : dans quelques semaines, quelques mois tout au plus, nous aurons l'occasion de débattre de ce projet de réforme en toute sérénité dans cet hémicycle.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Le Haut-commissaire travaille actuellement à cette réforme des retraites. Puisque nous la coconstruisons avec les partenaires sociaux, il a été acté que nous allions vers un régime par répartition intégrant à la fois le régime de base et les retraites complémentaires.

Le schéma alternatif que vous proposez ne s'inscrit pas du tout dans la trajectoire que nous avons choisie, même si à terme on pourrait y intégrer d'autres types de mécanismes. S'agissant de l'apurement de la dette de la CADES, je reprends à mon compte ce qu'a dit le rapporteur général : il pourrait être intéressant d'intégrer ce type de financement à la réforme de la dépendance en cours. Nous y travaillons aussi dans le cadre d'une grande consultation. Votre amendement est donc prématuré par rapport aux choix que le Gouvernement va faire pour ces deux réformes majeures. J'y suis donc évidemment défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. C'est effectivement un débat important que celui sur notre système de retraite. L'exposé sommaire de l'amendement de notre collègue précise qu'« il s'agit d'introduire une part de financement par capitalisation dans notre système de retraite en créant un mécanisme d'épargne-retraite obligatoire et collective qui s'ajouterait à notre système par répartition. »

C'est sans doute un peu différent de ce qui est envisagé par le Gouvernement mais cela a pour moi une résonance un peu particulière, au-delà de mon opposition à la montée en puissance de systèmes par capitalisation, qui acteraient la faiblesse aujourd'hui avérée du système par répartition – nous parlons depuis ces derniers jours de la faiblesse de certaines pensions de retraite. En effet, le slogan « chaque euro cotisé doit donner les mêmes droits » évoque pour moi une forme de capitalisation rampante. Nous aurons donc ce débat de toute façon.

Mme la présidente. La parole est à M. Éric Woerth.

M. Éric Woerth. Je ne propose aucun système alternatif, madame la ministre. Je ne crois pas qu'il faille changer de système car je crois au système par répartition bien évidemment. On doit l'améliorer, en continuant à fusionner les droits, les caisses, en rapprochant public et privé. Les trois-quarts du chemin ont été faits, faites le quart restant.

Mais il est évident qu'il faut, à côté du système par répartition, un système plus personnel par capitalisation. Cela pourrait être un système public, financé par des versements que les Français effectuent déjà – ce qui n'amputerait donc pas leur pouvoir d'achat. On pourrait imaginer une répartition trois-quarts-un quart ou quatre cinquièmes-un cinquième entre un système de solidarité intergénérationnel et un système plus « privé », avec appropriation d'une capitalisation.

Je pense par ailleurs qu'il n'est jamais trop tôt pour aborder de tels débats. Je vois bien que le Gouvernement discute beaucoup avec les partenaires sociaux mais sur une réforme aussi structurante que celle des retraites, qui intéresse tous les Français, vous pourriez aussi débattre en amont avec les parlementaires. Il n'y a pas que les partenaires sociaux, il y a aussi la démocratie politique. On pourrait avoir des débats très en amont avant que vous ne présentiez un texte. (*M. Gilles Lurton applaudit.*) C'est l'objectif de cet amendement, dont je souligne qu'il n'a pas été déposé et n'est pas discuté nuitamment, et que je l'avais déjà présenté lors de l'examen du projet de loi PACTE.

Mme la présidente. La parole est à Mme la présidente de la commission des affaires sociales.

Mme Brigitte Bourguignon, *présidente de la commission des affaires sociales*. Le bureau de la commission des affaires sociales s'est saisi du débat sur les retraites. Il va créer un groupe de travail transpartisan comme il l'a fait pour la formation professionnelle et l'apprentissage.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 869.
(*Il est procédé au scrutin.*)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	53
Nombre de suffrages exprimés	53
Majorité absolue	27
Pour l'adoption	13
contre	40

(*L'amendement n° 869 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. La parole est à M. le secrétaire d'État, pour soutenir l'amendement n° 1330.

M. Olivier Dussopt, *secrétaire d'État*. Il s'agit de tirer les conséquences de la décision du Conseil d'État du 17 mars 2017 d'exclure du statut de collaborateur occasionnel du service public l'ensemble des experts judiciaires, qui seront donc considérés comme des experts indépendants devant s'affilier au régime social des indépendants pour cette activité accessoire sans rattachement à leur activité principale. Cet amendement vise donc à sécuriser ce cadre juridique.

(*L'amendement n° 1330, accepté par la commission, est adopté.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 1256.

Mme Agnès Buzyn, *ministre*. Cet amendement vise la ratification de deux ordonnances de simplification du droit en matière de prélèvements sociaux liées à la suppression du régime social des indépendants.

La première tire les conséquences rédactionnelles pour l'ensemble des codes de la suppression de ce régime. La prise en considération de la spécificité des travailleurs indépendants au sein du régime général est ainsi rendue plus lisible et plus facilement accessible pour les cotisants. La deuxième ordonnance procède à la réécriture et à l'harmonisation des dispositions relatives à l'assiette des cotisations et des contributions sociales. Elle permettra elle aussi de rendre plus lisible et plus accessible le droit, et de sécuriser les cotisants.

Nous vous proposons donc de ratifier ces deux ordonnances.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

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

Mme la présidente. La parole est à M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Notre groupe va bien évidemment voter en faveur de cette ratification mais nous voudrions souligner l'impréparation du Gouvernement. Ces ordon-

nances devaient être ratifiées dans les six mois et on nous demande de le faire par le biais d'un amendement au PLFSS ! Un peu de respect pour le Parlement !

(*L'amendement n° 1256 est adopté.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 65.

M. Thibault Bazin. En 2014, votre majorité socialiste, monsieur le rapporteur général, madame la présidente de la commission, monsieur le secrétaire d'État, avait mis fin au droit d'option des travailleurs transfrontaliers ayant fait le choix d'une couverture maladie en France entre une assurance privée au premier euro et l'affiliation à la sécurité sociale. À l'époque vous aviez mis en avant le gain pour la sécurité sociale.

Cet amendement de notre éminent collègue Martial Saddier tend à ce qu'avant le 1^{er} octobre 2019 le Gouvernement nous remette un rapport sur le bilan du basculement vers le régime de la sécurité sociale des travailleurs frontaliers depuis la fin du droit d'option au 1^{er} juin 2014. Nous pourrions ainsi évaluer l'évolution du coût de la protection sociale et le nombre de travailleurs frontaliers qui ont fait le choix de s'assurer à l'assurance maladie suisse.

(*L'amendement n° 65, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Sur l'amendement n° 1094 à venir, je suis saisie par le groupe Les Républicains d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir cet amendement.

M. Gilles Lurton. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 avait prévu l'affiliation obligatoire à la sécurité sociale française des gens de mer, marins et non marins, résidant en France et travaillant à bord de navires battant pavillon étranger. Nous avons constaté que les marins naviguant à bord de bateaux battant pavillon étranger et résidant en France – ceux par exemple qui résidaient à Saint-Malo et naviguaient sur la compagnie Condor Ferries – n'avaient pas de couverture sociale en cas de maladie ou d'accidents familiaux. Mme Touraine avait alors proposé un système d'affiliation obligatoire de ces marins à un régime d'assurance maladie.

Afin de garantir une couverture sociale équivalente à celle prévue par le droit français à tous les gens de mer résidant en France, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 avait, sous l'impulsion d'une de nos collègues, modifié les dispositions de l'article L. 5551-1 du code des transports pour prévoir des conditions plus restrictives pour les navires battant pavillon étranger non soumis au droit de l'Union européenne.

Selon moi, ces mesures allaient dans le bon sens mais elles ont un inconvénient : l'obligation d'affilier à un régime de sécurité sociale les marins français vivant sur le territoire français fait que les compagnies étrangères semblent ne plus en recruter.

Ne pouvant procéder que par voie d'amendement pour évaluer la situation, je souhaite que le Gouvernement nous remette un rapport sur l'application des dispositions que nous avons votées en 2016, notamment sur la capacité ou non de ces sociétés à recruter, donc sur l'employabilité des marins français à bord de ces navires battant pavillon étranger.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je crois comprendre que vous souhaitez moins un rapport qu'une discussion sur cette question.

M. Gilles Lurton. Je veux également un rapport !

M. Olivier Véran, rapporteur général. Certes, mais j'ai bien compris que si vous obtenez des réponses, le rapport n'est peut-être pas absolument indispensable.

Vous avez évoqué la réforme de la protection sociale et des régimes de cotisations de ceux que l'on appelle les gens de mer. Je laisse la ministre vous répondre sur le fond mais la commission a émis un avis défavorable à votre demande pour les raisons habituelles, que vous connaissez.

M. Gilles Lurton et M. Thibault Bazin. C'est dommage !

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Peut-être vais-je vous rassurer, monsieur Lurton. La réforme date de 2016 et une concertation a été organisée au début de 2018 à propos de son application autour de laquelle un consensus s'est fait jour parmi l'ensemble des acteurs.

La prise en compte des modifications du statut de ces marins fait donc l'objet de mesures très récentes et il nous semble un peu prématuré de réexaminer, dans le cadre d'un rapport, la façon dont les choses se sont passées. Peut-être pourrions-nous en discuter à nouveau dans un an mais, compte tenu de cet historique, d'une concertation très nourrie et consensuelle, nous vous proposons d'en rester là.

Je vous prie de bien vouloir retirer votre amendement. À défaut, avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Je vous remercie de votre réponse, madame la ministre. Je déposerai donc à nouveau cet amendement dans le PLFSS pour 2020.

Tout cela témoigne tout de même des difficultés que nous éprouvons à suivre les mesures que nous avons votées dans les précédents projets de loi de financement de la sécurité sociale – de ce point de vue-là, nous devons nous améliorer, monsieur le rapporteur général !

J'ajoute que nous avons besoin non seulement d'un rapport d'application mais d'un rapport d'évaluation des lois de financement de la sécurité sociale.

(L'amendement n° 1094 est retiré.)

M. Olivier Véran, rapporteur général. D'accord pour retravailler ensemble !

Article 21

(L'article 21 est adopté.)

Après l'article 21

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 225, portant article additionnel après l'article 21.

Sur cet amendement, je suis saisie 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.

M. Pierre Dharréville. L'annexe 5 du PLFSS, qui fait état des différentes mesures d'exonérations de cotisations sociales, reste très sommaire s'agissant de l'évaluation de ces dispositifs. Le plus souvent, elle se réduit à deux phrases.

Aussi peut-on lire à la page 58 de l'annexe 5 à propos de la réduction générale de cotisations sociales – qui représente tout de même la modique somme de 23 milliards : « Ce dispositif est pleinement efficient selon le rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales de juin 2011. Ce dispositif n'a pas fait l'objet d'une évaluation dans sa version issue de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014. »

Voilà tout ce que nous pouvons trouver dans l'annexe 5. Rien sur les objectifs de créations d'emplois, sur les salaires ou l'impact sur l'investissement des entreprises !

Avec la transformation du CICE en réduction pérenne de cotisations sociales, le montant total des exonérations – allègements généraux, exonérations ciblées, exemptions d'assiette – estimé aujourd'hui à 46 milliards d'euros selon l'annexe 5 sera augmenté de 22 milliards, ce qui représente plus de 70 milliards d'exonérations – c'est ce que nous appelons la « prolifération des exonérations » – sans qu'aucune contrepartie ne soit demandée aux employeurs qui en bénéficient.

Au regard des sommes en jeu, il nous paraît nécessaire que la représentation nationale ait une connaissance plus fine de l'usage que les entreprises font de ces dispositifs. Ce serait aussi une manière de prolonger le processus de suivi et d'évaluation mis en place pour le CICE depuis 2013, évaluation qui a fait la preuve de son utilité.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je profite de cette prise de parole pour rebondir sur ce que M. Lurton a dit tout à l'heure et, bien sûr, pour répondre à M. Dharréville.

La commission des finances, notamment à l'initiative marquante de ma collègue Amélie de Montchalin, a mis en place le « printemps de l'évaluation ». Il s'agit ainsi de prendre du temps, en dehors de tout calendrier budgétaire, pour regarder ce qui a été fait, quelles sont les applications possibles des décisions prises, quelles sont les éventuelles carences auxquelles il faudrait remédier. Il s'agit de se donner du temps, hors du rush d'octobre, pour faire les choses correctement.

Nous avons déjà un temps fort avec le PLFSS, le rapport d'application de la loi de financement de la sécurité sociale. Derrière ce superbe acronyme, nous pouvons ainsi évaluer au mois d'août certains articles et de voir s'ils ont été suivis ou non de leurs décrets d'application ! Il faut également compter avec les travaux de la MÉCSS, la mission d'évaluation et de

contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sous l'impulsion de notre collègue, très active, Annie David... pardon, Annie Vidal (*Sourires*) ! Annie David était une sénatrice communiste de l'Isère et comme je regardais M. Dharréville, songeant qu'il pourrait la saluer à l'occasion... (*Sourires*)

Avec Mme la présidente Annie Vidal, donc...

Un député LR. Et le coprésident Lurton !

M. Olivier Véran, rapporteur général. Evidemment ! M. Lurton se trouve toujours où il est question d'évaluation !

Il me semble plus intéressant de travailler à la mise en place d'une organisation – il n'y a pas de raison que nous n'y parvenions pas – plutôt que de demander au Gouvernement de remettre des rapports au Parlement. Nous devons nous emparer de cette mission d'évaluation. Certains collègues commencent à le faire dans d'autres domaines et, encore une fois, nous pouvons y arriver en ce qui concerne la sécurité sociale.

Je vous invite à nous laisser un peu de temps, pour commencer au mois de janvier à travailler tous ensemble.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Compte tenu des arguments du rapporteur, je vous prie de bien vouloir retirer cet amendement. À défaut, avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie Vidal.

Mme Annie Vidal. Je précise simplement que la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, sous l'impulsion de ses deux coprésidents, a commencé à réfléchir sur cette question. D'ici à la fin de l'année, nous proposerons à la commission des affaires sociales de mettre en place une autre organisation pour mieux évaluer les mesures phares des PLFSS qui incarnent notre politique. (*M. Laurent Pietraszewski applaudit.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Monsieur le rapporteur général, hier ou avant-hier, à deux reprises, vous avez vous-même pris l'initiative de demander des rapports au Gouvernement sur des sujets inédits et ce dernier a répondu favorablement.

Je me suis, quant à moi, permis de vous faciliter la tâche en formulant une demande en direct. Il me semble que vous pourriez la valider, sur un thème qui n'est pas mineur : nous parlons de milliards d'euros ! Le concours de l'administration me semble nécessaire pour que nous puissions disposer d'une évaluation un peu fine sur de tels enjeux.

Cela complète utilement les propositions que j'ai faites, hélas repoussées, visant à créer le fameux ONDEC, Objectif national de dépenses d'exonérations de charges. Son installation, l'année prochaine je l'espère, nécessite de disposer d'évaluations précises.

Je me permets donc de maintenir cette demande de rapport.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n°225.

(*Il est procédé au scrutin.*)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	44
Nombre de suffrages exprimés	35
Majorité absolue	18
Pour l'adoption	7
contre	28

(*L'amendement n° 225 n'est pas adopté.*)

Article 22 et annexe C

Mme la présidente. La parole est à M. Stéphane Viry, pour soutenir l'amendement n° 623.

M. Stéphane Viry. Cet amendement vise à rectifier ce qui constitue, me semble-t-il, une erreur matérielle, une erreur de calcul, dans ce PLFSS.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Comme chaque année, monsieur le député, ce que vous pensez corriger résulte en fait d'une règle d'arrondi qui s'applique dans tous les textes budgétaires. Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Je vous prie de bien vouloir retirer cet amendement, de même que l'amendement suivant n° 624, comparable. À défaut, avis défavorable.

Comme le rapporteur général l'a dit, les chiffres sont présentés en milliards d'euros avec une décimale. Le cumul des chiffres arrondis fait que les sommes peuvent différer d'un dixième sans que leur total soit faux. Il n'y a donc pas d'erreur matérielle.

(*L'amendement n° 623 n'est pas adopté.*)

(*L'article 22 et l'annexe C sont adoptés.*)

Article 23

Mme la présidente. La parole est à Mme Delphine Bagarry, première oratrice inscrite sur l'article.

Mme Delphine Bagarry. Pour la première fois depuis 2001, nous procédons à l'examen d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale qui prévoit pour toutes les branches du régime général un excédent de 700 millions d'euros.

Cela résulte d'efforts constants. Depuis plusieurs années, un travail important a été accompli pour assurer la pérennité de notre sécurité sociale.

Un tel excédent a vocation à se répéter les prochaines années, dépassant à partir de 2019 le milliard d'euros. Toutes les branches de notre régime général seront concernées à partir de 2020.

Maîtrise des dépenses et préservation des recettes nous permettent d'œuvrer, au service des Français, à la mise en place d'un équilibre structurel.

Outre que c'en est fini des déficits, nous travaillons en même temps à l'apurement de la dette portée par la CADES, lequel semble probable d'ici à 2024 – telle est la position du Haut conseil de financement de la protection sociale.

Par ailleurs, il convient de s'interroger sur l'objet des excédents que nous créerons à partir de l'an prochain. Devront-ils contribuer au remboursement de la dette de la CADES, être investis dans le plan de transformation de notre système de soins ou, encore, comme le préconise la Cour des comptes, permettre à la sécurité sociale de mettre en place son propre fonds de compensation ?

Nous devons répondre à cette question, bien sûr, mais n'oublions pas non plus que nous devons aussi nous interroger sur le financement d'une possible cinquième branche, celle de la dépendance.

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Mon intervention rétablira sans doute un équilibre après les propos de Mme Bagarry.

On pourrait se réjouir de la stratégie mise en place mais la réalité, c'est le déficit de la branche maladie. Le retour à l'équilibre peut s'opérer de deux façons : soit on engage des réformes structurelles – nous attendons impatiemment de formuler nos propositions – soit on rabote, de PLFSS en PLFSS, et il semble que cela soit la voie choisie pour le moment.

J'appelle votre attention sur un point, madame la ministre, à propos des tableaux d'équilibre de cet article 23 présentés en annexe : dans le cadre de ce PLFSS, vous voulez économiser 150 millions sur la partie des dispositifs médicaux en ville au travers de baisses de tarifs des dispositifs médicaux et des prestations associées, nous l'imaginons bien.

Or, cela semble contradictoire avec les ambitions du plan que vous avez présenté, « ma santé 2022 » – il faudrait d'ailleurs prévoir avant « ma santé 2019 », « ma santé 2020 », etc. ! En quoi ces économies permettront-elles, madame la ministre, de répondre aux besoins s'agissant de ces soins de proximité que vous mettez en avant ? Cela semble un peu incohérent et contradictoire avec le virage ambulatoire promu ainsi qu'avec la volonté des patients de rester le plus longtemps possible à domicile.

Nous voyons bien, c'est une question de bon sens, que nous avons besoin de ces dispositifs médicaux et, surtout, des entreprises de proximité qui sont présentes sur tous nos territoires afin d'assurer, d'une certaine manière, ce service public.

Madame la ministre, pourriez-vous nous rassurer ? Pourriez-vous nous préciser où se situeraient les économies sur ces dispositifs et les prestations qui leur sont associées ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Monsieur le député Bazin, peut-être pourrions-nous réserver cette discussion sur les dispositifs médicaux à l'article 42, où nous parlerons de l'innovation. Tout cela se tient, bien évidemment. Je vous propose donc de remettre à un peu plus tard notre discussion.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Très bien.

(L'article 23 est adopté.)

Mme la présidente. Sur l'amendement n° 1280, à l'article 26, je suis saisie par le groupe Socialistes et apparentés d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Articles 24 et 25

(Les articles 24 et 25 sont successivement adoptés.)

Article 26 et annexe B

Mme la présidente. La parole est à M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. L'article 26 organise la trajectoire pluriannuelle des régimes obligatoires de base pour les quatre années à venir. Or cette trajectoire prévoit notamment une participation de la sécurité sociale à la prise en charge du renforcement des allègements généraux.

Ce qui est en jeu ici, ce sont les relations financières entre l'État et la sécurité sociale et le transfert des excédents de la sécurité sociale dans les caisses de l'État. Éviter les excédents, c'est, quoi qu'on en dise, continuer à exercer une pression sur les salariés, sur les retraités et sur les hôpitaux publics. Nous connaissons tous la situation des hôpitaux publics et des autres établissements de santé. Madame la ministre, vous avez visité avec moi, il y a quelques mois, un EPHAD dans ma circonscription, et vous avez entendu le personnel. Tout le monde est unanime : nous souffrons d'un manque de personnel et de moyens, et ce n'est pas une réorganisation qui pourra le compenser. Nous avons atteint une limite.

Nous allons dégager des excédents – une de nos collègues a évoqué la somme de 700 millions d'euros – et il s'agit de savoir ce que nous voulons en faire. Au-delà des questions techniques et des bons sentiments, c'est un choix de société que nous devons faire. Nous devons regarder en face la question de la dépendance.

Monsieur le rapporteur général – si vous voulez bien lever le nez de vos notes – je n'oublie pas que vous avez tenté, dans la réforme constitutionnelle, de substituer aux mots « sécurité sociale » les mots « protection sociale », ce qui n'est pas neutre. J'entends bien que vous voulez intégrer la question de la dépendance dans le champ de la sécurité sociale et de la protection sociale en France. Néanmoins, il faut savoir à quoi on s'engage et ce que cela peut signifier. Autrement dit, le risque, c'est que le train déraille et que le privé se saisisse d'un certain nombre de secteurs.

Nous allons dégager des excédents et nous ne pouvons pas nous contenter de mesures qui relèvent de la réorganisation. Il faut aussi faire un choix de société. Vous parlez de justice sociale : nous y sommes, agissons ! *(Mme Caroline Fiat et M. Pierre Dharréville applaudissent.)*

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. J'ai évoqué tout à l'heure l'alerte de la Cour des comptes au sujet de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022. Vous aviez d'abord prévu 20 milliards d'excédents en 2021, qui ont été ramenés à 9 milliards. Vous m'avez répondu qu'il était normal de rectifier ces prévisions, en fonction des aléas du climat économique, qui peut varier d'une année à l'autre.

Cet article pose cependant une question majeure : que deviendront les excédents, lorsque la CADES sera en voie d'extinction, en 2024 ? Plusieurs scénarios sont possibles – songeons à l'Allemagne, où l'assurance maladie est en excédent depuis des années. On peut supprimer la CRDS

et la CSG, on peut réduire les cotisations sociales des assurés, mais on pourrait aussi utiliser ce trésor d'excédents annuels pour augmenter les prestations sociales. Ce que vous prévoyez, c'est de reverser ces budgets excédentaires de l'assurance maladie dans le budget de l'État, mais le problème, c'est de savoir ce que l'État en fera après 2024.

Ce sont des questions majeures auxquelles il faut répondre sans attendre 2024, qui va arriver vite. Tout à l'heure, Éric Woerth a proposé que ces sommes soient destinées à la prise en charge la dépendance. Mme la ministre a répondu sur la question de la dépendance et M. le rapporteur général sur la question des retraites. Mais tout cela, ce sont des prévisions. *(Mme la présidente donne un coup sec sur le micro.)* Dites-donc, cela m'a secoué! Cela prouve que je ne suis pas sourd...

M. Olivier Véran, rapporteur général. Cela prouve que vous êtes long!

M. Thibault Bazin. C'est un sujet important!

M. Jean-Pierre Door. ...et que je n'ai pas besoin d'audio-prothèse: j'ai cette chance-là, malgré mon âge.

Mme la présidente. Merci de conclure, monsieur Door.

M. Jean-Pierre Door. Je reconnais que j'ai été un peu long, mais je sais, monsieur Véran, que vous êtes d'accord avec moi.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Laissez-moi vous répondre et vous verrez.

M. Jean-Pierre Door. Il faut anticiper ce qui se passera dans quelques années. Du reste, c'est le sens de l'article 20.

Mme la présidente. La parole est à Mme Monique Iborra.

Mme Monique Iborra. Je voudrais seulement répondre à M. Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Ah! Mme Iborra!

Mme Monique Iborra. Nous nous connaissons bien, monsieur Aviragnet, et nous pouvons nous parler franchement.

M. Joël Aviragnet. Vu votre grande expérience, je compte sur votre lucidité.

Mme Monique Iborra. Ne faites pas de procès d'intention, et surtout pas sur la dépendance. Une consultation est en cours, des ateliers sont organisés et il y aura bientôt des débats régionaux. Le financement de la dépendance est effectivement un problème important, et c'est pourquoi trois ateliers vont explorer les possibilités qui s'offrent à nous. Alors, ne tirez pas des conclusions avant que la discussion ait eu lieu, dans la transparence la plus complète. Attendez un peu: je suis sûre que vous serez satisfait.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur général.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Monsieur Door, je ne vais pas vous répondre sur ce que nous ferons quand nous aurons remboursé notre dette. Si, à la fin du mois, après avoir payé tous vos frais fixes, il vous reste par miracle 200 euros, mais que vous avez un emprunt de 300 millions d'euros à rembourser, vous n'allez pas vous demander comment dépenser ces 200 euros, mais plutôt essayer de réduire votre endettement. C'est un peu la situation de la France:

notre pays a accumulé 2000 milliards de dettes et, avant de nous demander comme utiliser un excédent, il faut d'abord regarder ce qu'il nous reste à rembourser. Vous parlez des générations futures: il vaut mieux leur laisser des finances saines qu'une dette abyssale.

Monsieur Aviragnet, je veux bien que nous ayons le même débat cinquante-cinq fois: nous sommes au Parlement et nous sommes là pour débattre. Vous avez le droit d'être dans le cliché et la caricature permanente, même si je le regrette, à titre personnel.

M. Thibault Bazin. Ce n'est pas très gentil de parler ainsi à un ancien camarade!

Mme Danièle Obono. Vous dites toujours qu'on caricature quand vous n'êtes pas d'accord!

M. Olivier Véran, rapporteur général. Un mot tout de même: quand vous dites que nous voulons supprimer la sécurité sociale et la remplacer par la protection sociale, ou bien vous n'avez pas compris, ou bien vous n'avez pas lu le texte.

M. Joël Aviragnet. Alors dites-nous ce que vous comptez faire!

M. Olivier Véran, rapporteur général. Ce qui a été proposé, lors de la première lecture de la réforme constitutionnelle, c'est que le « projet de loi de financement de la sécurité sociale » devienne le « projet de loi de financement de la protection sociale ». Le terme auquel nous faisons allusion ne remonte pas aux années d'après-guerre: les lois de financement de la sécurité sociale ont été créées par Alain Juppé en 1996. Je suis ravi que vous défendiez l'œuvre d'Alain Juppé: c'est un peu surprenant, mais c'est votre droit. Confondre un budget avec ce qu'il est destiné à financer, confondre la loi de financement de la sécurité sociale avec la sécurité sociale elle-même, c'est un peu fort. À force de crier au loup, vous allez vraiment faire peur aux gens et c'est dommage, car c'est une belle réforme.

Mme la présidente. La parole est à M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Monsieur le rapporteur général, vous m'avez déjà fait le coup hier, à propos du rapport de la Cour des comptes. La rédaction de l'article 10 est très précise, mais vous m'avez expliqué qu'il fallait comprendre autre chose. Vous n'allez pas me refaire le coup aujourd'hui! *(Mme Danièle Obono applaudit.)*

Mme la présidente. La parole est à Mme Gisèle Biémouret, pour soutenir l'amendement n° 1280.

Mme Gisèle Biémouret. Cet article organise la trajectoire pluriannuelle des régimes obligatoires de base pour les années 2018 à 2002. Or cette trajectoire pluriannuelle des régimes obligatoires de base prévoit notamment une participation de la sécurité sociale à la prise en charge du renforcement des allègements généraux, comme le préconisait le rapport de MM. Charpy et Dubertret sur les relations financières entre l'État et la sécurité sociale, et qui vise à transférer les excédents de la sécurité sociale dans les caisses de l'État.

Le groupe Socialistes et apparentés s'oppose à cette confiscation par l'État des excédents du budget de la sécurité sociale. Nous sommes au contraire favorables à l'autonomie financière de la sécurité sociale: c'est la raison pour laquelle nous proposons de supprimer cet article.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission?

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

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Olivier Dussopt, *secrétaire d'État*. Sans entrer dans un débat sur le fond et sur notre différence d'appréciation, j'émettrai un avis défavorable sur cet amendement pour une raison de forme. Si cet article était supprimé, le projet de loi de financement de la sécurité sociale deviendrait inconstitutionnel, puisque cet article est obligatoire.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1280.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	46
Nombre de suffrages exprimés	37
Majorité absolue	19
Pour l'adoption	6
contre	31

(L'amendement n° 1280 n'est pas adopté.)

(L'article 26 et l'annexe B sont adoptés.)

VOTE SUR L'ENSEMBLE DE LA TROISIÈME PARTIE

Mme la présidente. Je mets aux voix l'ensemble de la troisième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

(L'ensemble de la troisième partie du projet de loi est adopté.)

Quatrième partie

Mme la présidente. Nous abordons la quatrième partie du projet de loi, concernant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année 2019.

Article 27

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie Vidal.

Mme Annie Vidal. Si l'objectif premier des établissements de santé est de dispenser des soins de qualité, cela s'appuie bien évidemment sur une politique qualité affirmée et formalisée intégrant l'ensemble des processus qui contribuent à cette qualité et qui permet de valoriser les bonnes pratiques.

Depuis 1999, la procédure de certification des établissements de santé a suscité de nombreuses démarches d'amélioration continue de la qualité, et elle est en constante évolution. Cela a bien évidemment été possible grâce à des incitations financières, telles que l'incitation financière pour l'amélioration de la qualité – IFAQ – et la rémunération sur objectifs de santé publique – ROPS – qui ont permis des améliorations notables qu'il est légitime de vouloir appliquer à d'autres champs.

Cet article propose donc d'étendre le dispositif de paiement à la qualité, qui concerne aujourd'hui les activités de médecine, chirurgie, obstétrique – MCO –, de soins de suite et de réadaptation – SSR – et d'hospitalisation à domicile – HAD – aux établissements psychiatriques, sous trois ans. Il propose également une meilleure prise en consi-

dération de l'expérience des patients : ceux-ci doivent être placés au cœur de notre système de santé, car ils sont une force de proposition pour de nouvelles pistes d'amélioration. Dans ce but, le budget alloué à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sera considérablement augmenté en 2019, puisqu'il sera multiplié par cinq.

Dans le même temps, il convient d'inciter davantage les établissements qui n'atteignent pas les seuils de qualité attendus à se mettre à niveau, afin de préserver l'image de la majorité des établissements qui se sont engagés dans ces démarches qualité, et surtout pour garantir la qualité et la sécurité des soins. Après notification des écarts constatés, et à la fin du délai octroyé de trois ans, ces établissements se verront appliquer une pénalité. Parce qu'il est de notre responsabilité de créer les conditions de l'amélioration continue de la qualité des soins, nous voterons cet article qui soutient la qualité comme un outil au service du mieux. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.)*

Mme la présidente. La parole est à Mme Danièle Obono.

Mme Danièle Obono. Je voulais profiter de cette discussion sur l'article 27 pour relayer ici l'appel des personnels de santé de la psychiatrie parisienne, qui sont mobilisés depuis le mois de septembre contre les conséquences négatives de la fusion de leurs établissements au sein d'un groupement hospitalier universitaire. Ces personnels ont publié l'appel suivant, à destination des usagers et des usagères, mais également des élus : « Chaque année, un Français sur cinq est affecté par un trouble psychiatrique. Nous sommes donc tous potentiellement concernés, directement ou non, par ce qui est en train de se dérouler au sein des trois établissements psychiatriques parisiens : un nouvel accord sur le temps de travail qui, en l'état, entraînera une nette dégradation de la qualité des soins. Désormais, par souci d'économies, nous allons perdre ce temps qui, jusqu'ici, nous permettait d'élaborer des projets personnalisés pour les patients, d'échanger sur des situations complexes en équipes pluridisciplinaires.

C'est cela que l'on souhaite, des soignants qui n'ont plus le temps de réfléchir ? Nous allons perdre ce temps qui, jusqu'ici, nous permettait d'accompagner au quotidien les patients qui le nécessitent afin de favoriser le retour de leur autonomie, d'être là pour recueillir la parole des patients, qui n'ont que nous pour les écouter. C'est cela que l'on souhaite, des soignants qui n'ont plus le temps d'être présents aux côtés des patients ? Nous allons perdre ce temps qui, jusqu'ici, nous permettait de récupérer, nous qui sommes en contact permanent avec la souffrance psychique, à qui l'on demande une écoute et une patience monumentales, tous les jours. C'est cela que l'on souhaite, des soignants épuisés, incapables de prendre du recul ? Nous allons perdre ce temps qui, jusqu'ici, nous permettait de recevoir les familles au téléphone, en entretien, sauf peut-être à la volée, entre deux prises de sang et une injection. C'est cela que l'on souhaite, des soignants qui n'ont plus le temps de rassurer les familles ? Nous ne comptons déjà pas nos heures. Qui pense à prendre soin des professionnels de soin ? »

Cet appel explique en partie pourquoi nous voterons contre cet article. Aujourd'hui, rien dans ce projet de loi ou dans le discours de la ministre ne nous permet de penser que la qualité des soins, le suivi des patients et l'accompagnement des soignants seront assurés. Il est donc important de soutenir les soignants et soignantes en lutte à Paris et ailleurs, en France, en s'opposant à l'adoption de cet article.

Mme la présidente. La parole est à M. François Jolivet.

M. François Jolivet. J'ai souhaité m'inscrire sur cet article, qui est le premier du titre Ier de la quatrième partie : « Transformer le système de soins ».

Ce sont les mesures prévues à ce titre qui devront permettre de concrétiser l'engagement du Président de la République d'ici 2022 : un médecin référent par Français et un accès aux soins primaires adapté dans la journée.

On ne peut transformer sans méthode, sur laquelle j'insisterai car elle est peut-être plus importante que l'objectif. Les clés de la transformation sont aujourd'hui confiées à des structures, les agences régionales de santé, qui ont succédé aux agences régionales de l'hospitalisation. Si j'en crois les experts, elles seraient devenues des techno-structures, des fabricants de circulaires, des outils de listes d'indicateurs à observer. Certains disent qu'elles agissent en silo. Pour ma part, je les baptiserais volontiers du nom de monstres froids.

Transformer un système de santé, comme tout projet du reste, nécessite méthode, empathie, bienveillance, connaissance globale du territoire, absence de fonctionnement en silo. D'ailleurs, je lis les publications du corps préfectoral : nos préfets se plaignent de ne pas être écoutés en dépit des notes qu'ils adressent au ministre de l'intérieur et au premier ministre, mais rien ne change.

Les méthodes utilisées par les ARS pour faire évoluer ou fermer des services, sont très compliquées à comprendre pour les élus car l'empathie n'est plus au rendez-vous. Il arrive même que l'on recrute des professionnels de santé pour un centre de périnatalité qui n'est pas encore créé puisqu'une mission d'expertise doit au préalable se prononcer sur la viabilité de la maternité.

Je sais combien vous êtes attachée, madame la ministre, à la mise en œuvre des politiques publiques, mais n'oubliez pas combien il est essentiel que les bras armés chargés d'appliquer ces politiques soient au service des habitants et que ces politiques soient comprises. Je compte sur votre engagement politique personnel pour qu'il en soit ainsi.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Cet article 27 prévoit d'étendre le dispositif adopté dans le cadre du projet de loi de financement pour la sécurité sociale pour 2018 qui organisait le paiement à la qualité des établissements de santé. Il vise à enrichir le processus de démarche qualité de nos établissements de soins en l'étendant au secteur de la psychiatrie et en proposant de prendre en compte l'expérience du patient. Ces dispositions vont dans le bon sens, ne serait-ce que parce que la France est très en retard dans le contrôle de la qualité de ses établissements de soins.

Je ferai néanmoins plusieurs remarques.

Tout d'abord, la question des pénalités financières prévues par cet article pour les établissements de santé qui feraient preuve de « non-qualité » pendant trois années consécutives nous inquiète.

En effet, dans un contexte de contraintes financières très fortes pour nos établissements de soins, le manque de moyens est souvent à l'origine d'une dégradation de la qualité. Aussi, en pénalisant financièrement les établissements, vous les faites entrer dans un cercle vicieux puisqu'ils ne pourront améliorer leur niveau de qualité et se trouveront contraints de fermer.

Bien sûr, en commission, monsieur le rapporteur général, vous nous avez assuré que ce système de pénalité, mis en place en concertation avec les ARS, n'avait pas cet objectif et que l'ensemble des causes et des conséquences seraient prises en compte avant toute pénalité. Cependant, en l'absence de critères lisibles pour l'exercice de ce contrôle, donc de garanties de la volonté de préserver les établissements de soins dans tous nos territoires, nos inquiétudes demeurent.

Par ailleurs, si nous sommes tous d'accord pour reconnaître que nos établissements de soins doivent se soumettre à un véritable contrôle de qualité, il est important que ce contrôle soit transparent et lisible pour tous. Le rapport d'information remis par Mme Vidal en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale fournit d'ailleurs des pistes d'amélioration.

C'est pourquoi nous souhaitons que les critères de qualité soient précisément définis et identiques pour tous les établissements, en particulier celui de la prise en compte de l'expérience du patient qui doit être au cœur de ce contrôle qualité et qui, par conséquent, ne saurait être un critère facultatif, soumis au bon vouloir de l'établissement.

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Ce dispositif est assez cohérent avec la logique de ce projet de loi, dans le prolongement de celui de l'année dernière. Nous venons d'adopter un ONDAM de compression des dépenses de santé, aussi faut-il bien se donner les moyens de l'appliquer, après avoir compressé les ressources.

La logique est implacable. Si les établissements sont économes, au niveau des prescriptions ou des transports en particulier, ils seront récompensés. Dans le cas contraire, ils seront pénalisés. Nous sommes face à une logique de chantage, et il nous paraît indécent de s'inscrire dans une telle démarche quand on connaît l'état de nos hôpitaux aujourd'hui : nous avons visité de nombreux établissements au cours de notre Tour de France et la situation est quasiment la même partout.

C'est indécent. Si seule la mauvaise volonté des personnels ou des directions était en cause, les choses seraient plutôt simples, mais leur bonne volonté est indéniable. Ces dispositions sont donc hors sujet. Les mesures de pénalités ne font qu'ajouter des difficultés à ceux qui en ont déjà suffisamment.

Vous vous contentez de donner à l'ARS des outils pour gérer la pénurie et l'austérité.

L'extension à la psychiatrie des dispositifs déjà amorcés l'an dernier n'en finit pas de nous laisser perplexes. La psychiatrie était déjà bien connue pour être le parent pauvre mais vos mesures ne l'aideront pas à s'en sortir !

Nous serons toujours vent debout contre des mesures de ce genre, d'autant plus qu'elles risquent de conduire à des évaluations arbitraires. Nous proposerons un amendement pour supprimer cet article.

Mme la présidente. Sur les amendements identiques n^{os} 205 et 1273, je suis saisie 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.

La parole est à Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Cet article prévoit un dispositif pour inciter à la qualité des soins par l'extension du chantage au financement aux établissements psychiatriques. De surcroît, une pénalité financière est prévue au cas où l'objectif de qualité des soins ne serait pas atteint.

Prenons l'exemple du centre hospitalier Philippe Pinel, à Amiens. Vous aviez vous-même reconnu, madame la ministre, que l'une des difficultés majeures serait de trouver des psychiatres pour cet hôpital. Le personnel n'en est pas responsable! Fera-t-il l'objet d'une pénalité financière? Les objectifs de qualité de soins ne pourront être atteints, en effet, puisqu'ils n'ont pas les moyens d'engager le nombre nécessaire de psychiatres.

En voulant inciter à la qualité des soins, vous insinuez que la qualité ne serait pas au rendez-vous, du fait de la mauvaise volonté des personnels de santé. Rappelons que la direction de ces établissements, tout comme les personnels, n'obéissent qu'à un seul leitmotiv, celui de soigner dans la dignité. Mais si vous ne donnez pas les moyens à ces établissements de travailler correctement, comment voulez-vous parler de qualité de soins? Toujours moins pour toujours plus: la situation devient réellement compliquée!

Madame Vidal, j'ai bien compris que les pistes d'améliorations étaient nombreuses, mais n'oublions pas que les patients peuvent être acteurs et avoir beaucoup d'idées, eux aussi. Ce fut d'ailleurs l'objet d'une demande que j'ai adressée au directeur de l'ARS Grand Est car toutes les décisions concernant le CHU de Brabois sont prises sans les soignants. Il est terrible de ne pas prendre en compte les premiers concernés, avec les patients.

Mme la présidente. Nous abordons l'examen des amendements.

Je suis saisie de deux amendements de suppression, n^{os} 205 et 1273.

La parole est à M. Alain Bruneel, pour soutenir l'amendement n^o 205.

M. Alain Bruneel. Nous sommes dans une situation sociétale compliquée. L'hôpital psychiatrique est souvent considéré comme le parent pauvre de la santé pour ce qui est du financement. Nous avions déjà voté contre ce dispositif l'année dernière et nous n'avons pas changé d'avis, d'autant que vous l'étendez aujourd'hui à l'hôpital psychiatrique! Cela étant, c'est une manière pour vous de reconnaître que ce secteur est en proie à de graves difficultés. Je ne rappellerai pas les différents mouvements par lesquels les acteurs du terrain ont essayé de témoigner de leur souffrance. Le besoin d'argent est crucial mais il est tout aussi nécessaire de restructurer les bâtiments.

N'oublions pas que les personnels de ces établissements doivent accueillir aussi des adolescents. Faute d'hébergement qui leur soit réservé, ces jeunes se retrouvent avec des adultes, y compris au moment des repas. Le même problème se pose pour les détenus: les personnels ne sont pas formés pour les prendre en charge au cours de leurs sorties, de leurs loisirs.

Le problème est grave et le chemin que vous empruntez n'est pas forcément celui qui nous permettra de résoudre la souffrance exprimée au sein de ces établissements publics. Il faut leur consacrer les moyens financiers nécessaires.

Vous accordez bien volontiers 200 milliards au CICE mais il serait souhaitable de ne pas tout placer dans les exonérations et d'accorder une part de ces milliards aux hôpitaux publics et aux EHPAD.

M. Olivier Véran, rapporteur général. 200 milliards? Vraiment?

Mme la présidente. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n^o 1273.

M. Joël Aviragnet. La qualité dans le domaine des soins est bien évidemment une question essentielle que nous ne nions pas. Pour la promouvoir, nous convenons tous qu'il faut pouvoir mesurer la qualité. Dans ce domaine, la France a pris un retard considérable, elle ne dispose quasiment pas d'indicateurs de résultat, mais seulement d'indicateurs très partiels de procédure.

Aussi, la mesure présentée par le Gouvernement pourrait avoir pour effet de pénaliser et de sanctionner financièrement les établissements déjà en difficulté. Le groupe Socialistes et apparentés s'oppose, en toute logique, à cette double peine infligée aux établissements en difficulté.

Monsieur le rapporteur général, vous parliez de cliché et de caricature. Je ne vous demanderai même pas de rester correct mais je répondrai à celui qui, hier, nous expliquait qu'en 2012, il avait voté la suppression de la désocialisation des heures supplémentaires, dispositif qu'il a rétabli hier. Je pourrais également évoquer le tiers payant.

Je me contenterai, monsieur le rapporteur général, de vous rappeler que, pour ce qui me concerne, je garde ma liberté de parole.

M. Thibault Bazin. Il y a de l'ambiance, entre les camarades!

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Vous gardez votre liberté de parole et personne ne vous l'enlève. Vous pourriez aussi garder de la cohérence, puisque vous proposez de supprimer un dispositif de financement à la qualité mais dans deux minutes vous défendez un amendement visant à renforcer le dispositif d'évaluation à la qualité pour y inclure des indicateurs-patients. Je serai heureux, du reste, d'y donner un avis favorable. Le système de financement à la qualité n'est donc pas si mauvais puisque vous proposez vous-même de l'enrichir et de l'améliorer. Fin de la discussion à ce propos! (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

D'ailleurs, ce n'est pas nous qui avons instauré le système de financement à la qualité puisqu'il est entré en vigueur il y a quelques années, et prévaut depuis encore plus longtemps à l'étranger. La France accusait un retard en ce domaine. Multiplier par cinq les crédits alloués au financement à la qualité ne me paraît pas autre chose qu'un gage donné par cette majorité à l'amélioration de la qualité, de la sécurité, sans sacrifier la proximité des soins.

M. Jolivet a fait allusion à une situation qui lui est chère: nous savons très bien qu'il est très difficile de conjuguer proximité, qualité et sécurité des soins. Il existe un indicateur, le taux de fuite, qui mesure la différence entre le taux de fréquentation théorique d'un établissement d'un territoire de santé par la population qu'il couvre et le taux réel, une partie de la population préférant se déplacer plus loin pour obtenir

des soins jugés plus sécurisants : un taux de fuite qui atteint 80 %, comme il arrive parfois, n'est pas dépourvu de signification.

Le paiement à la qualité n'est ni une prime à la bonne conduite ni une sanction. Il a pour objet d'accompagner les établissements de santé dans leur démarche visant à renforcer la qualité et la sécurité des soins. Cette démarche, qui est essentielle, a été fortement enrichie en commission par des indicateurs qui ne relèvent pas que des processus. Vous avez raison, monsieur Aviragnet, de souligner que les process sont aujourd'hui trop favorisés par rapport aux résultats : c'est pourquoi il est indispensable de développer les indicateurs. Vous-même souhaitez, je l'ai dit, les renforcer par la prise en considération de l'avis des patients et des soignants. Il y a aujourd'hui une vraie émulation autour de la question de la qualité : il ne faut pas en avoir peur.

Quant à la question du malus, qui fait l'objet de la désapprobation de M. Bruneel, je tiens à souligner qu'il ne sera instauré que progressivement par les agences régionales de santé. Comme cela a été précisé en commission, il s'agit pour une ARS non pas de pénaliser un hôpital qui est déjà en difficulté, mais de comprendre pourquoi des établissements n'offrent pas une qualité suffisante. Lorsqu'une maternité, qui fait entre 200 et 300 accouchements, n'a pas suffisamment d'activité pour être attractive et réussir à recruter des obstétriciens, des pédiatres ou des anesthésistes, il n'y a pas de responsabilité collective à établir ou de faute à sanctionner. Il convient en revanche de se demander si cet établissement a la possibilité de se rendre plus attractif en relançant l'activité ou s'il n'est pas préférable de raisonner selon une logique de territoire pour conjuguer proximité et qualité des soins.

Des drames se sont produits dans différents établissements du pays, qui ont recruté à tout prix des médecins étrangers sans vérifier qu'ils avaient les diplômes nécessaires pour exercer leur mission. La qualité est essentielle : elle n'est pas une plus-value, elle n'est pas la cerise sur le gâteau. Elle est inhérente à la sécurité des soins qui sont pratiqués dans les établissements de santé. Nous devrions tous nous féliciter de cette volonté de développer l'évaluation et l'accompagnement des établissements qui rencontrent des difficultés.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Ces amendements de suppression me permettent de rappeler la philosophie globale de la réforme « ma santé 2022 » : améliorer l'offre de soins au bénéfice de la population française. Cet article est très important. Je tiens à rappeler que les hôpitaux, auparavant, étaient financés par la dotation globale : ils recevaient chaque année la même somme, qu'ils travaillent bien, qu'ils travaillent mal, qu'ils travaillent beaucoup. Or il est apparu qu'une telle dotation n'est pas un mode de financement vertueux. On est alors passé à la tarification à l'activité, la T2A. Ainsi, les hôpitaux qui accomplissaient une grande quantité d'actes étaient mieux financés, ce qui a entraîné des dérives : on peut faire beaucoup d'actes sans que ces actes soient utiles ou correctement effectués.

C'est pourquoi nous changeons de philosophie pour diversifier les modes de financement des hôpitaux publics, de façon à y adjoindre des critères de qualité, dans l'intérêt réel des patients. Nous visons des actes plus pertinents – nous y reviendrons –, dont les indications sont sûres et qui ne soient pas inutiles. Nous prenons également en considération la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients dans l'hôpital. Je pense notamment à la sécurité du circuit des médicaments ou à celle du patient au bloc opéra-

toire : la check-list a-t-elle été remplie avant l'opération, pour vérifier si tous les bilans ont été pratiqués ? Ces critères de qualités sont définis scientifiquement dans tous les pays du monde. La qualité fait d'ailleurs désormais l'objet d'importants congrès internationaux. Ces critères sont définis scientifiquement par la Haute autorité de santé.

Alors que ces critères de qualité étaient naguère très procéduraux – lavage des mains, circuit des médicaments –, progressivement y ont été adjoints des critères qui prennent en considération le ressenti des patients en matière d'accueil et de prise en charge : les explications ont-elles été suffisantes au lit du malade, la raison de son transfert d'un service à un autre lui a-t-elle été expliquée ? L'expérience du patient enrichit désormais les critères de qualité sur lesquels les établissements de santé sont jugés. C'est la méthode du patient traceur : les établissements sont désormais certifiés sur la qualité du suivi du patient et de son accueil, sur la façon dont on lui parle ou dont sa sortie a été organisée, sur les informations qui sont transmises au médecin traitant. Ces critères de qualité parlent aux Français. C'est pourquoi nous avons décidé d'augmenter le budget alloué à la qualité afin d'inciter les établissements à améliorer l'accueil des patients et la sécurisation des soins. Ces incitations sont vertueuses.

Il est vrai que nous avons prévu non seulement la carotte, mais également le bâton. La carotte est importante : le budget alloué à la qualité et à son incitation est considérablement renforcé. En revanche, les établissements qui, durant deux ou trois ans, ne rempliront pas les seuils minimum exigés en termes de qualité se verront attribuer un malus. En effet, si un établissement se moque complètement de la qualité durant plusieurs années consécutives, la question se pose de savoir s'il a encore le droit de soigner des patients. Voilà pour la philosophie du plan « ma santé 2022 ».

La psychiatrie, vous avez raison, est un problème majeur : nous faisons le même constat. Le problème réside dans son financement : elle reçoit une dotation globale qui, de plus, est historiquement mal répartie entre les régions. Dès mon entrée en fonctions, l'année dernière, j'ai pris deux décisions, en raison de mon inquiétude relative à la situation de la psychiatrie française. J'ai tout d'abord sanctuarisé les financements de la psychiatrie, contrairement à ceux de la plupart des établissements, qui ont vu leurs financements diminuer. La psychiatrie française n'a pas été touchée par les diminutions de dotations : elle a conservé le même budget. J'ai également demandé qu'il soit travaillé à une répartition plus équitable des budgets entre les départements – certains sont sur-dotés quand d'autres sont sous-dotés –, afin d'aboutir à l'équité territoriale entre les établissements – nous le vérifierons.

Je tiens également à souligner que la psychiatrie ne répond absolument pas, aujourd'hui, à des critères de qualité. Elle a été mise à l'écart des méthodes d'évaluation des autres établissements. C'est d'ailleurs la psychiatrie qui fait aujourd'hui l'objet du plus grand nombre d'alertes de la part du contrôleur des lieux de privation de liberté ou de la Haute autorité de santé en matière de certification. S'il existe d'excellents établissements de psychiatrie, il en existe également de très mauvais, qui ne suivent pas les procédures et ne se sont pas inscrits dans la modernité.

Je souhaite que tous les établissements français de psychiatrie répondent à des critères de qualité. Oui, je les embarque dans les groupements hospitaliers de territoires : la psychiatrie est une spécialité médicale et scientifique comme une autre, elle n'est pas à part. Elle est destinée à s'inclure dans les

réflexions qui sont menées au sein des communautés hospitalières de territoire. Les patients psychiatriques ont le droit d'accéder à des soins somatiques. Je veux que tous les établissements psychiatriques intègrent les groupements hospitaliers de territoire.

Mme Danièle Obono. Vous ne nous répondez pas.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Si, madame Obono, je vous réponds sur la psychiatrie parisienne.

Mme Danièle Obono. Vous ne nous écoutez pas.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il est nécessaire que ces établissements répondent également à des critères de qualité, incluant notamment des critères de satisfaction reposant sur l'expérience des patients. Nous le souhaitons tous. Nous accompagnerons ces établissements : telle est ma volonté.

Vous avez raison, monsieur le député : il manque des lits en pédopsychiatrie dans plusieurs régions. De plus, les internes ne sont plus formés et il n'y a plus d'enseignants en pédopsychiatrie. C'est pourquoi j'ai demandé aux doyens de créer des postes afin de former plus d'internes et de réouvrir des lits en pédopsychiatrie dans un grand nombre de départements. Telle est la trajectoire que j'ai fixée, qui est conforme à la feuille de route que j'ai présentée aux Français avant l'été. Je m'engage à la tenir, parce que nous le devons aux patients de la psychiatrie française. (*Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM et MODEM.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Gisèle Biémouret.

Mme Gisèle Biémouret. Madame la ministre, monsieur le rapporteur, nous sommes totalement d'accord avec ce que vous venez de dire. Toutefois, dans de nombreux territoires ruraux, des hôpitaux sont en difficulté alors qu'ils font le maximum pour satisfaire aux critères et y réussissent fort bien.

M. le rapporteur a évoqué le taux de fuite des patients : il ne concerne que ceux qui ont les moyens de fuir, parce qu'ils peuvent notamment payer les dépassements d'honoraires. *Quid* des autres ? Mon inquiétude porte sur l'aménagement du territoire : il faut des hôpitaux de qualité pour tous, même dans les territoires ruraux, alors qu'aujourd'hui des patients, parce qu'ils sont mal accompagnés et mal informés et qu'ils sont pauvres, ne peuvent pas, par exemple, se rendre à Toulouse pour se faire soigner correctement. Ce sont ces difficultés-là que je souhaite évoquer.

Je fais partie du conseil de surveillance du centre hospitalier de Condom, qui ne dispose pas, évidemment, en dehors du service d'urgence, d'un plateau technique. Les médecins qui s'y investissent dans des projets à long terme sont en nombre insuffisant et nous souffrons d'un taux de renouvellement trop important. Des médecins qui viennent passer une semaine à deux mois ne sauraient s'investir dans le projet d'établissement. Ce dont ont besoin ces hôpitaux, c'est d'être non pas punis, mais soutenus.

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Nous sommes d'accord sur tous les bancs, madame la ministre, pour vous accompagner dans l'amélioration de l'offre de soins. Vous avez évoqué, ce qui m'inquiète, à propos de l'ancienne dotation globale, les hôpitaux qui travaillent bien et ceux qui travaillent mal :

tout le monde travaille bien, chaque soignant cherche à bien travailler, aucun ne se rend à l'hôpital pour mal travailler.

Monsieur Véran, vous avez évoqué un taux de fuite pouvant atteindre 80 %. Laissez-moi évoquer l'exemple de la maternité de Mont-Saint-Martin, qui était menacée de fermeture, avant que l'ARS ne décide de prolonger son activité d'un an : les sages-femmes de cet établissement cherchent déjà à partir ailleurs, parce qu'elles ne veulent pas se retrouver au pied du mur, voire sans emploi. Ainsi, la maternité fermera dans un an pour manque de personnel, alors qu'on l'aura fait fuir, avant de faire fuir les patientes.

Madame la ministre, nous sommes favorables aux indicateurs de qualité, à la condition, toutefois, que la question des moyens ait été préalablement posée. Il convient de déterminer les moyens dont les hôpitaux ont besoin et ceux qui leur seront effectivement alloués, avant de commencer à envisager d'éventuelles pénalités financières.

Vous avez évoqué l'accueil et la prise en charge des patients. J'ai visité récemment un service d'oncologie : il y a encore dix ou quinze ans, le médecin annonçait au patient son cancer en recourant à des termes très techniques, et c'était l'infirmière qui, passant derrière le médecin pour une prise de sang, expliquait avec des mots plus simples au patient sa pathologie. Quand l'infirmière n'a plus eu le temps, cette mission a été dévolue aux aides-soignants. Aujourd'hui, ce sont les ASH – agents des services hospitaliers – qui donnent les explications aux patients. Le temps nécessaire aux explications n'existe plus.

La question des moyens doit également être posée s'agissant des seuils minimums à atteindre, avant tout malus éventuel.

Mme la présidente. La parole est à Mme Stéphanie Rist.

Mme Stéphanie Rist. Nous partageons tous ici le constat qu'il est difficile d'accéder aux soins dans les territoires. Toutefois, depuis dix-huit mois, un grand nombre de mesures ont été présentées : le plan d'accès aux soins et le plan « ma santé 2002 », à la dynamique duquel l'article 27 répond clairement, en visant des objectifs précis d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, que la ministre a rappelés.

Les indicateurs doivent servir non pas seulement à mesurer mais également à agir : tel est l'objet de cet article. L'angle qui est choisi est le bon : mesurer et utiliser le volet financier pour inciter les établissements à se soucier de la qualité et de la pertinence des soins. Nous voterons contre ces amendements de suppression. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Bruneel.

M. Alain Bruneel. Madame la ministre, les informations que vous avez données, s'agissant de la psychiatrie, sont intéressantes : elles mériteraient un autre débat. L'article 27, en effet, se contente d'étendre au secteur psychiatrique le champ d'application du dispositif de paiement à la qualité, voté dans le cadre du PLFSS pour 2018.

Nous sommes tous d'accord pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Toutefois, le problème est que celles-ci sont assurées par des personnels soignants qui nous déclarent, et vous déclarent, lorsque vous visitez des hôpitaux, ne plus avoir le temps de s'occuper des patients. Ils souffrent de devoir aller au plus urgent.

Les problèmes de qualité tiennent aussi à la vétusté des bâtiments : dans certains établissements que j'ai visités, le revêtement du sol tient avec du scotch. Les membres du personnel nous disent souvent – je suppose qu'ils vous le disent aussi, madame la ministre – qu'ils font tout leur possible pour appliquer la charte de la bientraitance, mais que de fait, les patients subissent une maltraitance ! Vous voulez améliorer la qualité et la sécurité des établissements de santé : très bien, mais pour cela, il faut les renforcer en moyens matériels et humains.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements n^{os} 205 et 1273.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	57
Nombre de suffrages exprimés	57
Majorité absolue	29
Pour l'adoption	6
contre	51

(Les amendements identiques n^{os} 205 et 1273 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de plusieurs amendements, n^{os} 128, 355, 475, 711, 1000, 1289, 1121, 342, 366, 603, 712, 1116, 1132 et 1293, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n^{os} 128, 355, 475, 711, 1000 et 1289 sont identiques.

Les amendements n^{os} 342, 366, 603, 712, 1116, 1132 et 1293 sont identiques ; ils font l'objet d'un sous-amendement n^o 1609 rectifié.

L'amendement n^o 128 de Mme Marie-Christine Dalloz est défendu.

La parole est à M. Stéphane Viry, pour soutenir l'amendement n^o 355.

M. Stéphane Viry. Nous voulons tous améliorer la qualité et la sécurité des établissements de santé. De ce point de vue, madame la ministre, l'article 27 du PLFSS va dans la bonne direction puisqu'il tend au financement par la qualité. Nous craignons toutefois que certains critères causent une forme d'inégalité de traitement entre établissements. Nous souhaitons donc, par voie législative, nous assurer de l'équité du dispositif de financement par la qualité.

C'est pourquoi nous proposons d'assurer l'égalité de traitement de tous les établissements, quelle que soit leur taille, quel que soit leur territoire, afin de tendre globalement vers une enveloppe qualité accessible à tous.

Mme la présidente. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n^o 475.

Mme Emmanuelle Ménard. Je partage les craintes que vient d'exposer mon collègue Stéphane Viry. Il est important de constater que les indicateurs actuellement utilisés dans le cadre de la dotation d'incitation financière à l'amélioration de la qualité et de la qualité des soins, dite dotation IFAQ, sont pour l'essentiel des indicateurs de procédure et non des indicateurs de résultats. Or ce sont les résultats qui témoignent le mieux de la qualité des prestations de soins !

Les indicateurs de procédure ont tendance à favoriser les structures de petite taille et celles qui sont spécialisées dans une activité donnée, et à pénaliser les établissements qui assurent une multitude d'activités. Ces derniers sont plus souvent confrontés à de graves difficultés. L'amendement a donc pour objet d'intégrer à la dotation IFAQ des indicateurs de résultats, y compris des indicateurs visant à mesurer la satisfaction des usagers. L'attention aux patients ne doit pas être négligée, ni mise de côté : je vous rejoins sur ce point. Un hôpital ne soigne pas seulement des corps, mais des hommes et des femmes.

Mme la présidente. La parole est à Mme Sylvia Pinel, pour soutenir l'amendement n^o 711.

Mme Sylvia Pinel. L'article, cela a déjà été dit, tend à développer le financement par la qualité. Par cet amendement, nous proposons de l'améliorer sur deux points : cela nous semble important.

Premièrement, nous proposons, par souci de parallélisme, d'aligner la procédure applicable aux futures pénalités pour non-respect des critères de qualité sur la procédure actuellement en vigueur en matière de T2A. Les directeurs généraux d'ARS ne peuvent en effet prendre de sanction dans ce domaine qu'après avis d'une commission régionale de contrôle.

Deuxièmement, nous proposons d'élever au niveau législatif une disposition figurant actuellement dans la partie réglementaire du code de la sécurité sociale, afin d'améliorer les délais de publication de l'arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale relatif à la dotation IFAQ. Dans la pratique, en effet, ces arrêtés sont souvent pris en retard, ce qui ne correspond pas à vos ambitions en matière de qualité.

Mme la présidente. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n^o 1000.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Nous sommes d'accord avec notre collègue Annie Vidal : le souci de la qualité permettra d'améliorer notre système de santé. Nous vous rejoignons aussi sur la méthode du patient traceur.

Cet amendement vise à intégrer dans le calcul de la dotation IFAQ des indicateurs de mesure de la satisfaction des usagers. À l'heure actuelle ces indicateurs n'existent pas. Or pour utiliser la méthode du patient traceur, ils sont nécessaires.

Mme la présidente. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n^o 1289.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement est tout à fait cohérent avec l'amendement que j'ai défendu précédemment. Si l'on s'était donné la peine de lire correctement l'exposé sommaire de ce dernier, on aurait compris qu'il visait à remédier au problème posé par l'inadaptation des indicateurs. Je vous remercie, madame la ministre, de l'avoir bien compris. Je vous recommande donc, monsieur le rapporteur général, de bien lire l'exposé sommaire des amendements !

Les indicateurs actuellement utilisés dans le cadre de la dotation IFAQ sont essentiellement des indicateurs de procédure – cela a déjà été dit. Il convient donc, dès l'année 2019, de les faire évoluer et d'en intégrer de nouveaux. Cet amendement vise ainsi à garantir l'équité du dispositif de financement à la qualité – je crois que nous sommes tous d'accord avec ce principe.

Mme la présidente. Après cette première série d'amendements identiques, et dans la même discussion commune, la parole est à M. Brahim Hammouche, pour soutenir l'amendement n° 1121.

M. Brahim Hammouche. Je ne suis pas intervenu tout à l'heure lorsque nous avons abordé la question de la psychiatrie, car il y aurait beaucoup de choses à dire à ce propos. La psychiatrie est un enjeu de santé publique qui dépasse les clivages politiques. Nous aurons probablement l'occasion d'en reparler.

Par cet amendement, je propose de prendre en compte non seulement la satisfaction des patients, mais aussi la parole des soignants. Je crois qu'il est indispensable, pour améliorer la qualité des soins – notamment en psychiatrie, où l'écoute est fondamentale –, de tenir davantage compte du vécu des soignants. Pour cela, il faut leur demander de faire un retour d'expérience. Le niveau de bienveillance des personnels conditionne en effet le niveau de bienveillance des patients.

Cet amendement vise donc à rendre obligatoire la prise en compte du vécu et de l'expérience non seulement des patients mais également des soignants de l'établissement.

Mme la présidente. Toujours dans la discussion commune, nous en venons à une seconde série d'amendements identiques. Je précise que ces amendements font l'objet d'un sous-amendement du Gouvernement, n° 1609 rectifié.

La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 342.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je me permettrai, en même temps que je présenterai l'amendement n° 342, qui a été adopté par la commission, de donner l'avis de la commission sur l'ensemble des autres amendements en discussion commune, qui sont tous relatifs à la question des indicateurs – sachant que Mme la ministre a déjà présenté le dispositif dans son ensemble.

Pour illustrer les enjeux de l'article 27, je prendrai un exemple concret : celui d'un papy de quatre-vingt-cinq ans qui s'est cassé le col du fémur en tombant dans un escalier. À cause de sa blessure, il souffre et ne peut plus marcher. Pour savoir quel est l'indicateur le plus pertinent dans le cadre du dispositif IFAQ, il faut se demander ce qui est le plus important pour lui. Est-ce le temps qu'il passera en salle de réveil ? Est-ce de faire deux, trois ou quatre semaines de soins de suite et de réadaptation ? Ou est-ce d'être en mesure, un an plus tard, de faire du vélo avec sa petite-fille ?

Nous considérons que la troisième réponse est la bonne. S'il parvient, un an après l'intervention médicale, à faire du vélo avec sa petite-fille, cela veut dire qu'il aura échappé aux maladies et aux infections nosocomiales, qu'il n'aura pas eu à subir de réhospitalisation précoce, et que l'ensemble du processus de soins aura été bien mené. Ce cas pratique illustre bien les enjeux des indicateurs de résultat, notamment des indicateurs de satisfaction des patients.

On pourrait aussi, comme cela a été suggéré il y a quelques minutes, interroger les soignants, pour savoir s'ils se retrouvent dans ce processus de soins : ont-ils eu les moyens de donner des soins corrects, ont-ils eu confiance dans les soins qu'ils ont donnés ? Mais de toute façon, si le patient en question est capable, un an après, de faire du vélo avec sa petite-fille, alors cela signifie que les soins qui lui ont été

prodigués étaient de qualité – et les soignants sont plus susceptibles d'être satisfaits d'avoir donné des soins de qualité.

Les débats en commission sur ce point ont été riches. Sur quasiment tous les bancs, chacun est d'accord avec l'idée d'ajouter des indicateurs de satisfaction des usagers, d'ajouter des indicateurs de résultats – pour ne plus se limiter aux indicateurs de processus – et d'interroger les soignants.

En plus de cela, chacun s'accorde à considérer que dans le cas où la qualité des soins dispensés par un hôpital n'est pas suffisante, cela ne signifie pas qu'il faille l'ostraciser, mais au contraire qu'il faut l'accompagner par un plan d'amélioration de la qualité des soins. Tel est l'équilibre qui a été atteint à l'issue des travaux de la commission. Les sous-amendements du Gouvernement permettront de préciser certaines dispositions adoptées en commission, qui ne sont pas forcément conformes au droit en vigueur.

La commission est favorable au sous-amendement n° 1609 du Gouvernement, et donc, évidemment, à l'amendement n° 342 de la commission tel qu'il sera sous-amendé. Je recommande aux auteurs des autres amendements en discussion commune de les retirer, compte tenu du consensus que nous avons trouvé en commission sur cette question.

Mme la présidente. Les amendements n°s 366 M. Stéphane Viry, 603 de M. Alain Ramadier et 712 de Mme Jeanine Dubié sont défendus.

La parole est à M. Brahim Hammouche, pour soutenir l'amendement n° 1116.

M. Brahim Hammouche. Monsieur le rapporteur, dans la formulation que vous proposez par l'amendement n° 342 de la commission – auquel celui-ci est identique –, les soignants ne sont pas mentionnés. Il y est question des patients, mais pas des soignants.

M. Olivier Véran, rapporteur général. C'est déjà prévu par le droit actuel !

M. Brahim Hammouche. Je répète ma question : pourquoi le terme « soignants » n'apparaît-il pas dans cet amendement ? À l'inverse, dans la formulation que j'ai proposée par l'amendement n° 1121, ce terme apparaît bien.

Mme la présidente. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 1132.

M. Francis Vercamer. Nous sommes évidemment satisfaits de l'amendement présenté par M. le rapporteur général, puisque nous avons déposé cet amendement-ci, qui est identique. Je tenais cependant à dire qu'il nous paraît important que les indicateurs soient communs et opposables à chaque établissement, afin d'éviter que chaque établissement définisse lui-même les indicateurs qui lui sont applicables.

Mme la présidente. La parole est à Mme Gisèle Biémouret, pour soutenir l'amendement n° 1293.

Mme Gisèle Biémouret. Le groupe socialiste souhaite renforcer les critères d'évaluation de la qualité des soins dans les établissements psychiatriques par une meilleure prise en compte du vécu des patients. Il s'agit d'une demande de l'APF - France handicap et de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux, l'UNIOPSS, que nous souhaitons défendre.

L'article 27 étend aux établissements psychiatriques le dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé. Par ailleurs la stratégie « ma santé 2022 » entend mettre le patient au centre du système de santé afin de favoriser la qualité des soins. Or la formulation de l'article laisse à chaque établissement de santé la liberté de se saisir ou non de la possibilité de se doter de critères d'évaluation de la qualité des soins reposant sur le vécu et l'expérience des patients.

La démarche d'amélioration continue de la qualité des soins prévue à l'article 27 doit impliquer tous les acteurs, y compris les patients, qui sont les premiers concernés.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir le sous-amendement n° 1609 rectifié.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Mesdames et messieurs les députés, toutes vos prises de paroles dans cette discussion commune concernent des procédures qui ont déjà été mises en place. Certains ont mentionné la taille des établissements, d'autres leur localisation géographique, d'autres encore ce que l'on appelle en anglais le *case-mix*, c'est-à-dire la diversité des pathologies qui y sont prises en charge. Mais ces éléments sont déjà pris en compte par les critères employés pour mesurer la qualité des établissements.

De la même façon, monsieur Hammouche, vous pointez la nécessité de prendre en compte la qualité de vie des soignants. Je vous informe que la Haute autorité de santé a été mandatée pour travailler sur un indicateur de qualité de vie des soignants qui sera intégré au futur dispositif. Mais tous les indicateurs doivent être évalués scientifiquement pour s'assurer qu'ils n'entraîneraient pas de dérive des pratiques, et pour vérifier qu'ils ne soient pas biaisés. Il faut donc y travailler pendant une ou deux années : c'est un temps incompressible pour trouver un bon indicateur, qui reflète réellement ce que l'on souhaite mesurer.

Quoi qu'il en soit, je le répète, il est déjà prévu de prendre en compte la qualité de vie des soignants dans le dispositif. Je souhaite donc que tous ces amendements soient retirés, car ils sont satisfaits.

J'en viens au sous-amendement n° 1609 rectifié du Gouvernement. Il tend à différer l'entrée en vigueur des indicateurs visant à prendre en compte les résultats des soins et les expériences rapportées par les patients dans trois secteurs donnés : l'hospitalisation à domicile, les soins de suite et de réadaptation, et la psychiatrie. Il nous faut en effet, dans ces trois domaines, un délai supplémentaire pour trouver les bons indicateurs et les évaluer scientifiquement avant de les mettre en œuvre.

Je précise que ces indicateurs doivent être publiés au plus tard le 31 décembre de l'année n-1, pour que les établissements aient le temps de se mettre en route et de recueillir les résultats de l'évaluation dans les trois secteurs que j'ai évoqués. C'est pourquoi le Gouvernement demande, par cet amendement, un délai supplémentaire d'un an pour mettre en œuvre ces indicateurs dans ces secteurs.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Madame la ministre, on ne peut, bien entendu, que soutenir toute démarche qui va dans le sens de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et qui y associe les usagers.

J'ai une question pratique : la Haute autorité de santé a en son sein une commission d'accréditation et de certification des établissements qui fait appel à la structure en charge des indicateurs de qualité et de sécurité des soins qui permettent d'élaborer les référentiels en la matière, et je voudrais savoir ce que cela va devenir, de même que la procédure de certification V2014 qui démontre la qualité des établissements. Que devient toute cette architecture au regard de l'article 27 que l'on va voter ? Pour la bonne compréhension, à commencer par celle des patients mais aussi de tous les acteurs de santé des hôpitaux, il ne faudrait pas une multiplication de commissions, de sous-commissions, de sur-commissions pour la définition des référentiels de qualité des soins.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie Vidal.

Mme Annie Vidal. Quand on instaure dans un établissement une démarche qualité, le principe fondamental, c'est d'y associer tous les acteurs, du directeur à l'aide-soignant, ce qui me semble extrêmement structurant pour s'améliorer puisque l'on considère que les solutions les plus pragmatiques proviennent bien souvent des gens qui travaillent sur le terrain. Je prends par exemple les organisations de chariots d'urgence : c'est décidé le plus souvent en équipe, et on arrive ainsi à des solutions pratiques et sécurisées.

Ensuite, il a été beaucoup question des moyens. On l'a dit et je le redis : ils sont augmentés puisqu'ils passent de 60 à 300 millions. Ils vont forcément être distribués sur la base de projets et d'objectifs, ce qui présuppose un diagnostic pour savoir sur quel axe porter les efforts en matière de qualité.

Dernier point : la non-qualité pour les établissements a un coût et aussi un impact, parfois très négatif, sur les conditions de travail des soignants. Je pense ainsi au circuit des échantillons biologiques quand il n'est pas structuré et bordé par la démarche qualité : le patient qui doit sortir attend toujours son résultat ; l'infirmière téléphone plusieurs fois pour l'obtenir ; si par hasard on s'aperçoit que l'échantillon n'a pas été prélevé au bon moment, on envoie une aide-soignante chercher au laboratoire l'échantillon très rapidement... Tout cela, c'est de la non-qualité. C'est pourquoi il est extrêmement important d'organiser ce circuit.

Mme la présidente. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard.

Mme Emmanuelle Ménard. Évidemment, mon soutien à tout ce qui est amélioration des démarches qualité est complet. Mais je voulais revenir sur l'exemple du monsieur de quatre-vingt-cinq ans que M. le rapporteur général a cité tout à l'heure : le plus important est-il de savoir s'il va passer quelques heures en salle de réanimation ou s'il va pouvoir faire du vélo dans un an avec ses petits-enfants ? Je prends pour ma part le cas d'un monsieur de quatre-vingt-huit ans qui a des problèmes de rein et va en conséquence à l'hôpital trois fois par semaine pour une dialyse, et qui, peu de temps avant les fêtes de Noël, est hospitalisé pour une bronchite aiguë, sachant qu'a priori ce n'est pas très grave, mais que cela peut le devenir à son âge : qu'est ce qui compte pour lui ? Il veut surtout savoir s'il sera rentré chez lui suffisamment tôt pour passer Noël avec sa femme, ses enfants et ses petits-enfants. Mais ce qui compte aussi pour lui, et il faut vraiment l'avoir à l'esprit, c'est de savoir combien de temps il va devoir attendre des examens dont il ignore de surcroît la signification faute d'avoir eu des explications ; combien de temps il va devoir attendre la visite du médecin – on lui a dit qu'il passerait tout à l'heure, et il attend toute la journée en vain et sans même avoir de réponses à ses questions – ; combien de temps avant que quelqu'un vienne l'aider à se

raser parce qu'il n'en est plus capable tout seul et qu'il trouve assez humiliant de ne pas être « propre sur lui », comme il dit, alors qu'il attend des visites dans l'après-midi. Toutes ces choses, il faut absolument les prendre en compte. Je sais bien que l'objectif lointain, c'est de savoir s'il pourra refaire du vélo ou passer Noël avec sa famille, mais, au quotidien, ces petits exemples concrets que j'ai évoqués sont tout aussi importants pour le patient. C'est évidemment une question de moyens et je ne mets pas du tout en cause le personnel médical, souvent très dévoué et très attentif, mais qui n'a plus le temps de porter suffisamment attention aux patients alors que c'est vital pour eux au quotidien à l'hôpital.

Mme la présidente. La parole est à Mme Danielle Brulebois.

Mme Danielle Brulebois. Je voudrais revenir sur le fond de l'article 27 et exprimer toute ma satisfaction, largement partagée dans les territoires ruraux, puisqu'il va permettre l'introduction d'un dispositif de paiement à la qualité alors que la T2A a mis en difficulté beaucoup d'établissements sur place en mettant en avant la performance économique et la productivité – calculée par le nombre d'actes – avant la qualité des soins. Elle les pénalise car, comme l'a dit M. le rapporteur général, ils sont souvent confrontés au cas du papy de quatre-vingt-cinq ans et aux maladies chroniques. Remettre la qualité des soins au cœur de l'hôpital, ce que permet l'article 27 en valorisant mieux les financements, c'est donc améliorer la qualité de prise en charge du patient mais aussi valoriser la prévention dans les établissements.

Mme la présidente. La parole est à Mme Gisèle Biémouret.

Mme Gisèle Biémouret. Nous retirons nos amendements, madame la présidente.

(Les amendements n^{os} 1289 et 1293 sont retirés.)

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements en discussion commune ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Avis évidemment favorable à l'amendement n^o 342 et identiques tel que modifiés par le sous-amendement n^o 1609 rectifié du Gouvernement, et défavorable aux autres amendements.

Mme la présidente. Y a-t-il d'autres retraits ?

(Les amendements identiques n^{os} 128 et 355 sont retirés.)

Mme la présidente. Madame Ménard?...

Mme Emmanuelle Ménard. Je le maintiens, madame la présidente.

Mme la présidente. Madame Pinel, retirez-vous l'amendement n^o 711 ?

Mme Sylvia Pinel. Je retire cet amendement au profit de l'amendement n^o 342 de la commission des affaires sociales.

(L'amendement n^o 711 est retiré.)

(L'amendement n^o 1000 est retiré.)

Mme la présidente. Monsieur Hammouche, retirez-vous l'amendement n^o 1121 ?

M. Brahim Hammouche. Oui car Mme la ministre a indiqué qu'il y aurait l'indicateur de qualité que je demande dans les deux ans.

(L'amendement n^o 1121 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je suis évidemment du même avis que le rapporteur général. Par ailleurs, monsieur Door, vous m'avez demandé comment tout cela allait s'organiser.

M. Jean-Pierre Door. Vous avez présidé le collège de la HAS, je le rappelle !

Mme Agnès Buzyn, ministre. En effet, je suis donc bien placé pour vous l'expliquer. Il y a deux procédures complètement différentes : d'une part, la certification, pour laquelle il est demandé aux établissements de s'engager dans une démarche qualité, c'est-à-dire qu'ils doivent montrer qu'ils essaient de s'améliorer en termes d'organisation – certes, madame Fiat, les soignants veulent travailler bien, mais parfois les organisations de l'hôpital ne leur permettent pas de s'inscrire dans la qualité du soin –, ce qui conduit les établissements à se demander s'ils réfléchissent à améliorer leur organisation et la sécurité autour pour le bénéficiaire du patient, sachant que la certification a lieu tous les quatre ans pour les établissements de niveau B ou C – des visites intermédiaires vérifient s'ils se sont améliorés dans tel ou tel dispositif –, et tous les six ans pour les établissements certifiés de niveau A, c'est-à-dire de très bonne qualité, et, d'autre part, le SEVOQSS – Service Évaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des Soins – qui, au sein de la HAS, est en charge des IQSS et veille à définir ainsi les indicateurs. La première procédure se rapporte à une démarche de réflexion sur l'amélioration de la qualité, la seconde à une mesure de la façon dont les acteurs de santé travaillent au quotidien – mesurer si les soignants se lavent bien les mains, si les résultats de telle ou telle intervention sont évalués, si le temps d'attente pour un accident vasculaire-cérébral est bien dans les délais requis de moins de quatre heures avant l'IRM et le geste de thrombolyse, etc. Les deux mécanismes d'évaluation des établissements sont parallèles : on leur demande d'abord d'avoir cette démarche permanente d'amélioration de la qualité, puis de mesurer au quotidien ce qu'ils font. Mais les indicateurs de qualité entraînent parfois des dérives des pratiques pour répondre positivement auxdits indicateurs. Ils doivent donc être modifiés tous les quatre à cinq ans de façon à réorienter les établissements vers de la bonne pratique. C'est ce que fait la HAS en travaillant avec des organismes internationaux à la définition d'indicateurs de qualité des pratiques, dont l'indicateur de satisfaction des patients dit « expérience patients », qui enrichissent en permanence la façon dont nous évaluons la qualité dans l'établissement.

Par conséquent, dans la nouvelle tarification et dans le financement à la qualité vont intervenir des indicateurs de qualité, c'est-à-dire des mesures en temps réel de la qualité, mais également le niveau de certification des établissements concernés. Mieux on est certifié, mieux on est rémunéré à la qualité.

M. Jean-Pierre Door. Donc c'est ce qui existe déjà.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Oui.

(L'amendement n^o 475 n'est pas adopté.)

(Le sous-amendement n^o 1609 rectifié est adopté.)

(Les amendements identiques n^{os} 342, 366, 603, 712, 1116 et 1132, sous-amendés, sont adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques, n^{os} 353, 491 et 1134.

La parole est à M. Stéphane Viry, pour soutenir l'amendement n^o 353.

M. Stéphane Viry. Le financement à la qualité a été instauré par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 qui a également créé un dispositif à part pour sanctionner la non-qualité – Mme la ministre vient de l'évoquer –, à savoir le contrat d'amélioration des pratiques en établissement de santé – CAPES. Celui-ci est assorti de sanctions financières importantes si les seuils arrêtés ne sont pas atteints, et il est intégré à un dispositif plus large, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, qui peut faire l'objet de sanctions financières. Notre crainte, c'est l'incohérence car ce système de sanctions risque de dénaturer la dotation complémentaire qui, elle, est incitative, et de rendre réticents certains établissements à entrer dans le processus. C'est pour éviter cet effet néfaste ainsi que la double pénalité qu'il est ici proposé de rendre incitatif le dispositif et de supprimer les alinéas 6 à 9.

Mme la présidente. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n^o 491.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Cet amendement, en supprimant les alinéas 6 à 9, propose ainsi de supprimer le dispositif de malus. Le système envisagé prévoit en effet une sanction financière à l'encontre de l'établissement qui ne respecte pas pendant trois années consécutives des critères factuels liés à la qualité et à la sécurité des soins. Il est vrai que la sanction ne serait pas automatique car liée à la décision du directeur de l'ARS, mais je souligne que le financement à la qualité a été instauré avec un dispositif de financement incitatif et non répressif, qu'il est important de conserver. De plus, d'autres possibilités de sanctions, y compris la fermeture de service, existent déjà en cas de non-respect ou de manquement à la qualité et à la sécurité des soins.

Mme la présidente. L'amendement n^o 1134 de M. Francis Vercamer est défendu.

Quel est l'avis de la commission sur ces amendements identiques ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Il est défavorable, ou plutôt je demande à leurs auteurs de les retirer. Madame Firmin Le Bodo, quand je vous ai entendu présenter l'amendement, j'ai eu envie de vous demander pourquoi vous vouliez supprimer le dispositif en question ?

Vous étiez en effet bien en train de dire que si un établissement de santé ne respecte pas, pendant trois années consécutives, des règles objectives et mesurables de qualité et de sécurité des soins, le directeur général de l'ARS peut se voir confier la responsabilité d'aller voir cet établissement pour lui dire : maintenant, cela suffit, nous allons vous sanctionner.

Trois années consécutives ! Mme la ministre a parfaitement décrit la situation tout à l'heure : il s'agit par exemple d'une check-list opératoire avant toute entrée au bloc, qui permet de ne pas se tromper de côté et de rendre toutes les règles de sécurité opérationnelles.

Il s'agit en fait du minimum de sécurité des soins que l'on peut apporter au malade. Iriez-vous, chère collègue, vous faire hospitaliser ou opérer dans un établissement qui, pendant trois années consécutives, ne remplit pas les critères minimaux, objectifs et mesurables de sécurité des soins ? Moi, franchement, je n'irais pas.

Que l'on confie au directeur général de l'ARS, au bout de trois ans, la possibilité de prendre des sanctions ne paraît pas disproportionnée. Franchement, l'aspect incitatif l'emporte largement sur l'aspect malus.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je vois que cet aspect relatif aux sanctions émeut.

Effectivement, le dispositif repose sur un bonus très incitatif et qui peut être très rapidement activé, et une forme de malus, qui sanctionne en fait très peu et qui, surtout, se met en place extrêmement lentement, c'est-à-dire au bout de trois ans, et alors même que l'établissement concerné a été accompagné.

En effet, lorsqu'un problème de qualité des soins est identifié, on demande à l'établissement concerné d'être accompagné par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et par l'ARS pour développer un plan d'amélioration de la qualité, qui nécessite un suivi.

Nous avons dans ce cas à faire face à des établissements récalcitrants, qui ne veulent absolument pas s'inscrire dans une démarche de qualité, qui ne prennent pas en compte les recommandations de la HAS, ni celles de l'ARS, bref qui ne sont pas intéressés par la qualité.

Beaucoup d'entre vous parlent des moyens des hôpitaux publics, et du fait que nous allons sanctionner des hôpitaux déjà en déficit : je tiens à dire que le financement et la qualité valent tout autant pour les cliniques privées que pour les hôpitaux publics.

Quelque part, une clinique privée qui fait des bénéfices et qui ne s'intéresse pas du tout à la qualité de la prise en charge des patients pose également un problème.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Dans ce cas, on ferme la clinique !

Mme Agnès Buzyn, ministre. On ne parle en effet pas que des hôpitaux publics qui seraient, du fait de ce même dispositif, pénalisés.

Il est donc à mon sens important de mobiliser cet outil, car on ne peut pas admettre qu'un établissement s'éloigne durablement des critères minimaux de qualité dont M. le rapporteur général a parlé : il s'agit vraiment de la check-list avant d'entrer au bloc opératoire.

Si elle n'est pas vérifiée, cela pose un problème. L'avis du Gouvernement est évidemment défavorable aux amendements identiques, car en réalité la sanction en question n'est pas brutale.

Elle est même tout sauf brutale : c'est plutôt un bâton qu'on agite pour stimuler vraiment des établissements qui ne souhaiteraient pas volontairement s'inscrire dans une démarche de qualité.

Mme la présidente. La parole est à M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Nous ne disons pas qu'il ne peut pas y avoir de sanctions si la qualité n'est pas respectée, mais simplement qu'il existe d'autres formes de sanctions.

Lorsque, comme vous avez l'air de l'envisager, il y a danger, notamment s'agissant du bloc opératoire, il vaut mieux fermer l'établissement en question plutôt que de lui infliger une sanction financière.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Ah, ça!

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je ne suis pas loin de le penser, en référence à nos discussions passées à et à venir.

M. Francis Vercamer. Si le patient court effectivement un danger, peut-être faut-il prendre des mesures plus directes.

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Quel est le mode d'action et d'intervention choisie par la puissance publique face aux questions soulevées? Telle est effectivement la question.

Soit l'établissement qui refuse de mettre en place les mesures nécessaires, connaît un problème d'organisation et de direction, et à ce moment-là des interventions d'une certaine nature peuvent avoir lieu; soit il connaît un problème de moyens financiers qui l'empêche d'appliquer un certain nombre de dispositions; soit les efforts demandés ne sont pas ceux dont vous avez, monsieur le rapporteur général, madame la ministre, parlé à propos de la check-list de bloc opératoire, mais sont inadaptés ou incohérents; soit il existe effectivement, dans une structure privée, des autorisations qui n'ont pas lieu d'être à intervenir et à procéder à des soins. Mais quel que soit le cas de figure, je ne crois pas que la sanction financière règle en réalité les problèmes auxquels nous sommes confrontés.

(Les amendements identiques n° 353, 491, et 1134 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Nathalie Elimas, pour soutenir l'amendement n° 1133.

Mme Nathalie Elimas. Il est proposé d'introduire le système de pénalités non pas en 2020 mais plutôt en 2021, c'est-à-dire de le décaler d'un an.

Si nous comprenons évidemment le système de sanctions – et ce que le rapporteur général nous a, tout à l'heure, très bien expliqué, à savoir que la qualité des soins est essentielle –, il nous semble également essentiel de permettre aux établissements concernés de bénéficier d'un accompagnement. Il faut en effet qu'ils soient suivis et accompagnés avant d'être éventuellement sanctionnés.

Au-delà, la question qui me vient est la suivante : comment pourrions-nous, concrètement, aider et accompagner ces établissements pendant cette année de transition que nous proposons en vue de leur permettre d'atteindre leur objectif?

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Madame Elimas, je vous fais la même réponse qu'en commission : instaurer des normes de visite des ARS dans les hôpitaux dans un délai donné ne correspond pas aux besoins des hôpitaux, ni à la façon de procéder des ARS.

Il existe en fait tellement de normes de contrôle et d'inspection que les choses ne se font plus, ou en tout cas pas de façon très productive.

En revanche, il n'est pas possible d'envisager une seconde, et en tout cas je n'arrive à l'envisager, qu'un directeur général d'ARS attende trois ans qu'un hôpital soit en grande difficulté en matière de qualité et de sécurité des soins avant intervenir et de dire à ses responsables : attendez, il y a un souci, il faut que nous en discutions et que nous prévoyions des procédures.

Je vous propose de retirer votre amendement car nous en examinerons tout à l'heure un autre, portant sur le plan d'amélioration de la qualité, qui vise précisément à accompagner les établissements en difficulté, que vous avez d'ailleurs cosigné, chère collègue, et qui me semble plus pertinent.

(L'amendement n° 1133 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 1150.

M. Francis Vercamer. C'est un amendement de repli. Si un dispositif de sanctions est appliqué, il me paraît important que nous puissions, comme dans toute procédure disciplinaire, garantir le principe du contradictoire.

Il ne s'agit en effet pas simplement d'une notification ou d'observations faites par les uns ou par les autres : il me paraît donc important que le système de défense puisse se dérouler ainsi que le permet le code de procédure civile.

Mon amendement propose donc de remplacer la simple faculté offerte à l'établissement concerné de présenter ses observations par la réunion d'une commission composée de représentants de différentes instances, de façon à ce que le principe du contradictoire puisse être respecté.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je demande le retrait de cet amendement, comme celui de la série d'amendements identiques que nous examinerons immédiatement après. À défaut, la commission y serait défavorable.

En réalité, le dispositif de sanctions prévoit déjà la possibilité d'une discussion contradictoire entre le directeur général de l'ARS et l'établissement, ce qui est tout à fait normal. Faut-il créer une nouvelle commission, alors qu'il en existe déjà pas mal au sein des établissements comme au sein des ARS? Cette disposition paraît complexe.

S'il s'agit d'une demande récurrente des fédérations, qui disposent – c'est habituel – de très larges relais sur différents bancs de l'hémicycle, qui vise créer une commission ad hoc freinerait énormément les choses, alors qu'encore une fois, nous parlons de qualité et de sécurité des soins.

Quant à l'application concrète de la contradiction qui pourra être donnée par l'établissement à l'ARS, elle sera réelle, et c'est heureux. Cette disposition relève vraiment en outre du niveau réglementaire, et pas du niveau législatif, où elle n'a pas sa place.

Je propose donc le retrait de cet amendement, comme des suivants. À défaut, la commission y serait défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement?

Mme Agnès Buzyn, ministre. J'ajouterai à ce qui vient d'être dit par M. le rapporteur qu'il ne s'agit pas simplement d'un avis de l'ARS, mais que les établissements sont jugés sur des choses objectives, des indicateurs de qualité déjà scientifiquement prouvés et robustes – ce n'est pas du droit mou. Si un établissement ne produit pas ces indicateurs, c'est révélateur.

Par ailleurs, s'agissant de la partie certification qui est peut-être plus soumise à interprétation des experts visiteurs de la Haute Autorité de santé, ladite certification, qui entre dans le calcul de la qualité, fait déjà l'objet d'échanges contradictoires entre la HAS et les établissements.

Il existe en effet tout un tas de commissions, toute une comitologie, qui revoient les remarques de l'établissement : par conséquent, tout cela est déjà prévu en amont.

Nous nous situons en l'occurrence au dernier stade de l'évaluation de la démarche qualité de l'établissement, donc si nous ajoutons une comitologie, tout cela ne sert à rien. Donc demande de retrait, sinon avis défavorable.

(L'amendement n° 1150 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie de quatre amendements, n° 999, 354, 492, 635, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n° 354, 492 et 635 sont identiques, dont la commission et le Gouvernement souhaitent le retrait.

La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 999.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Je suis désolé pour M. Véran, mais je vais le défendre, car ce n'est pas tout à fait le même : il ne propose pas de créer une commission ad hoc, mais d'aller un tout petit peu plus vite dans la publication des arrêtés.

M. Olivier Véran, rapporteur général. C'est du niveau réglementaire.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. En effet, la célérité avec laquelle les arrêtés ministériels en cause sont publiés conditionne la bonne application du dispositif : elle doit donc être portée au niveau législatif. L'idée est ainsi d'aller un tout petit plus vite en la matière.

Mme la présidente. La parole est à M. Stéphane Viry, pour soutenir l'amendement n° 354.

M. Stéphane Viry. J'apprécie que le principe du contradictoire soit respecté.

Or il vous est simplement demandé de formaliser la méthode de discussion en cas de volonté du directeur général de l'ARS concernée de pénaliser un établissement. Une telle commission existe en matière de sanctions relatives à la T2A.

Dans un souci de parallélisme, il vous est proposé d'instituer en la matière une telle commission, qui me paraît utile pour établir un débat contradictoire nécessaire au respect des droits de la défense.

Mme la présidente. L'amendement n° 492 de Mme Agnès Firmin Le Bodo est retiré.

(L'amendement n° 492 est retiré.)

Mme la présidente. L'amendement n° 635 de Mme Jeanine Dubié est défendu.

(L'amendement n° 999 n'est pas adopté.)

(Les amendements identiques n° 354 et 635 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de sept amendements, n° 521, 346, 309, 367, 1008, 1152 et 1194, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n° 309, 367, 1008, 1152 et 1194 sont identiques.

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 521.

M. Thibault Bazin. Il s'agit à travers cet amendement, d'introduire la notion d'accompagnement.

Le plan d'amélioration que nous évoquons depuis maintenant quelques dizaines de minutes doit également être accompagné par les autorités de tutelle : c'est une question de responsabilité de la tutelle, qui est chargée de donner les moyens à même d'assurer la qualité comme la sécurité des soins attendues.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 346.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Cet amendement a été adopté – à l'unanimité, de mémoire – par la commission des affaires sociales. Il porte sur un plan d'amélioration de la qualité. Plusieurs députés ont ici à nouveau fait la même proposition.

Il s'agit d'un travail collectif, qui visait à affirmer qu'il était nécessaire d'accompagner l'établissement concerné en cas d'absence de qualité plutôt que d'attendre.

Monsieur Bazin, vous proposez qu'il soit accompagné par l'autorité ou les autorités de tutelle. L'ARS pourra évidemment toujours l'accompagner. On le disait tout à l'heure, cela ne fait pas du tout sens qu'elle attende trois ans sans qu'il améliore sa qualité, puis qu'elle lui dise ensuite : puisque vous ne faites pas de qualité, nous vous sanctionnons.

Cela paraît assez évident. Nous avons précisé que le plan d'amélioration de la qualité est présenté par l'établissement concerné lui-même, de façon à l'impliquer véritablement dans cette procédure d'amélioration.

L'avis de la commission est donc favorable à l'amendement n° 346, et je suggère le retrait de l'amendement n° 521 comme des amendements identiques qui vont maintenant être appelés par Mme la présidente.

Mme la présidente. Nous en venons en effet, dans cette discussion commune, à la série d'amendements identiques. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 309.

M. Gilles Lurton. Monsieur le rapporteur général, je ne comprends pas très bien l'avis défavorable que vous avez émis à l'égard de mon amendement, car c'est le même que le vôtre.

Nous avons en effet tenu compte de ce que vous nous avez dit en commission, pour vous présenter une nouvelle rédaction de nos amendements.

Nous sommes sur le fond tout à fait favorables à ce que la pénalité s'accompagne d'un plan d'amélioration de la qualité établi par l'établissement concerné.

Mme la présidente. Monsieur Lurton, l'amendement n° 346 de la commission et les amendements identiques qui le suivent sont légèrement différents : celui de la commission complète en effet la phrase par les mots : « présenté par l'établissement concerné », qui ne figurent pas dans les autres.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Olivier Véran, rapporteur général. S'il y a un peu de confusion, c'est de ma faute. L'amendement initial avait été présenté en commission par Mme Firmin Le Bodo ; j'avais proposé de le sous-amender afin de préciser que le plan d'amélioration de la qualité était présenté par l'établissement concerné. Le sous-amendement et l'amendement ainsi modifié avaient été adoptés par la commission.

J'aurais dû laisser Mme Firmin Le Bodo présenter l'amendement. Je lui cède donc la parole, car c'est son groupe qui avait fait le travail initial.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Ce n'est pas grave, monsieur le rapporteur général.

Mme la présidente. Je considère donc que les amendements identiques à l'amendement n° 309 de M. Lurton sont défendus et retirés ? (*Brouhaha.*)

M. Thibault Bazin. J'aurais souhaité répondre à M. le rapporteur général, madame la présidente.

Mme la présidente. Certes, monsieur Bazin, mais il faut auparavant présenter l'ensemble des amendements.

La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Puisque l'amendement n° 346 avait été adopté à l'unanimité en commission, je propose que ce soit celui que nous adoptions.

Mme Brigitte Bourguignon, présidente de la commission des affaires sociales. Voilà qui a le mérite d'être clair !

M. Gilles Lurton. Je ne comprends pas. Pour moi, ce sont les mêmes !

Mme la présidente. Monsieur Lurton, je le répète, il y a une différence entre l'amendement de la commission et le vôtre. Retirez-vous ce dernier ?

M. Gilles Lurton. Je vous fais confiance, madame la présidente !

(*Les amendements identiques n°s 309, 367, 1008, 1152 et 1194 sont retirés.*)

Mme la présidente. Il reste donc en discussion commune les amendements n° 521 de M. Bazin et n° 346 de la commission.

Quel est l'avis de la commission sur ces amendements ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Avis défavorable à l'amendement n° 521.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis défavorable à l'amendement n° 521 et favorable à l'amendement n° 346.

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Il me semblerait important de préciser qu'il y aura un accompagnement de la part de l'agence régionale de santé, car les établissements qui présentent des problèmes de qualité et encourent des sanctions sont souvent des établissements en souffrance. On l'observe dans nos territoires : certains établissements ont perçu des dotations moindres, en raison d'un immobilier peu dynamique ou de vacances de postes. Un accompagnement de l'ARS serait donc nécessaire. Bien sûr, celui-ci sera effectif, mais il serait bon de l'inscrire dans la loi. Je ne comprends pas pourquoi cette précision vous gêne.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Monsieur Bazin, j'ai fait face à des problèmes identiques, de non-certification, de recours, etc. lorsque j'étais à la Haute Autorité de santé. Les ARS sont appelées à être à la fois juges et parties. Il faut donc qu'elles disposent d'une latitude d'action en fonction du comportement de l'établissement. Si un établissement s'oppose de manière flagrante à tout, l'ARS ne pourra pas l'accompagner. Si vous inscrivez dans la loi une obligation d'accompagnement de la part de l'autorité de tutelle, vous allez mettre les ARS en difficulté, car cela les empêchera d'agir avec fermeté si des établissements ne se conforment pas à ce qu'ils doivent faire. L'accompagnement, elles l'assurent d'ores et déjà lorsque les établissements sont en difficulté et qu'ils demandent de l'aide. En faire une obligation inscrite dans la loi n'est pas une bonne idée. Faites-moi confiance : c'est du vécu !

Mme la présidente. Monsieur Bazin, maintenez-vous votre amendement ?

M. Thibault Bazin. Non, je le retire, madame la présidente. (*L'amendement n° 521 est retiré.*)

(*L'amendement n° 346 est adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie d'une série d'amendements identiques, n°s 370, 130, 368, 477, 708, 1002 et 1153.

La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 370.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je laisse cette fois Mme Firmin Le Bodo le présenter.

Mme la présidente. La parole est donc à Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. La psychiatrie et la santé mentale ont été élevées au rang de priorités dans le plan gouvernemental « ma santé 2022 », qui insiste sur la nécessité de donner de nouvelles impulsions à ce secteur majeur de la santé afin d'améliorer l'accès des patients aux soins psychiatriques. L'amélioration en continu de la qualité de la prise en charge des patients est évidemment au cœur des préoccupations des acteurs de la psychiatrie. De ce fait, l'intégration de la psychiatrie dans le dispositif d'incitation financière pour l'amélioration de la qualité dès 2020, et non pas en 2021, serait en cohérence avec le volontarisme prôné par le Président de la République. Il importe aussi de noter que les travaux préparatoires sur les indicateurs de qualité seront achevés dès 2019.

Mme la présidente. Les amendements n°s 130 de Mme Marie-Christine Dalloz et 368 de M. Stéphane Viry sont défendus.

La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 477.

Mme Emmanuelle Ménard. La psychiatrie et la santé mentale ont été élevées au rang de priorités dans le plan gouvernemental « Ma santé 2022 », ce qui est une bonne nouvelle. Il conviendrait toutefois d'intégrer la psychiatrie dans le dispositif IFAQ non pas en 2021, mais dès 2020. Tel est l'objet de mon amendement.

Plus vite ces maladies seront diagnostiquées et prises en charge, plus vite ces patients auront une chance de guérir. Rappelons quelques chiffres : en France, une personne sur cinq, soit 12 millions de Français, est concernée par des troubles de ce genre : dépression, troubles anxieux, troubles alimentaires, autisme, schizophrénie, bipolarité, etc. ; 20 % à 25 % de la population française rencontrera un jour un problème de ce type – le plus courant étant la dépression. Un trouble psychiatrique ou un problème de santé mentale mal soigné ou mal pris en compte conduit souvent au pire. Malheureusement, en France, chaque année, 10 000 personnes commettent un suicide. Voilà pourquoi il me semble important d'avancer la date d'entrée dans le dispositif.

Mme la présidente. L'amendement n° 708 de Mme Jeanine Dubié est défendu.

La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 1002.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Je le retire.

(L'amendement n° 1002 est retiré.)

Mme la présidente. L'amendement n° 1153 de M. Francis Vercamer est défendu.

La parole est à Mme la ministre, pour soutenir le sous-amendement n° 1608 à l'amendement n° 370.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Madame Ménard, je veux vous rassurer : nous avons prévu tout un dispositif dans le plan national de prévention du suicide. C'est un sujet sur lequel nous sommes très mobilisés.

Le sous-amendement vise à intégrer la psychiatrie au dispositif de financement à la qualité, mais en prévoyant une année « blanche », de sorte que les établissements puissent s'approprier les indicateurs et s'habituer à leur recueil. Le nouveau mode de financement ne sera appliqué qu'ensuite. L'échéance serait fixée à 2020 pour le recueil des indicateurs et à 2021 pour le financement à la qualité. L'année 2019 permettra à la Haute Autorité de santé de fabriquer les indicateurs dédiés à la psychiatrie.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Avis favorable au sous-amendement et aux amendements identiques ainsi sous-amendés.

(Le sous-amendement n° 1608 est adopté.)

(Les amendements identiques n° 370, 130, 368, 477, 708 et 1153, sous-amendés, sont adoptés.)

(L'article 27, amendé, est adopté.)

Après l'article 27

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 217, portant article additionnel après l'article 27.

M. Pierre Dharréville. Il s'agit là encore des sanctions financières pouvant être imposées aux établissements de santé qui ne respecteraient pas les objectifs prévus dans le cadre d'un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins. Nous en avons déjà discuté : nous contestons le principe de ces sanctions, même si, madame la ministre, vous avez tout à l'heure appelé notre attention sur le fait que ces dispositions étaient susceptibles de toucher tant les établissements publics que les établissements privés à but lucratif. Il serait bon de réfléchir à un mode de financement global des établissements, dans leur diversité, et à la manière dont on pourrait résoudre les problèmes de qualité au sein des différents établissements.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Bruneel.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Nous avons eu le débat en commission !

M. Alain Bruneel. Nous avons eu le débat en commission, en effet, mais je voudrais revenir sur l'indicateur de qualité. Si l'on s'aperçoit qu'on ne peut pas atteindre les objectifs fixés en raison d'un manque de matériel ou de moyens, y aura-t-il dotation ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Pour vous rassurer, monsieur Bruneel, je vous rappelle que le Gouvernement a pris l'engagement de ne pas appliquer de sanctions jusqu'en 2020. Entre-temps, nous allons travailler avec les établissements sur la définition des critères. Nous accompagnerons les établissements, en prenant en considération toutes leurs difficultés. Les sanctions seront retardées. Il reste qu'à un moment, il faut trancher.

(L'amendement n° 217 n'est pas adopté.)

Article 28

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. J'essaierai de ne pas être long.

Actuellement, en médecine de ville, on paie à l'acte ou au forfait – nous en avons parlé hier, notamment à propos des rémunérations sur objectifs de santé publique. À l'hôpital, c'est la tarification à l'activité, la T2A, qui s'applique. Si nous avons bien compris, nous nous apprêtons à évoluer vers un financement au forfait, dont l'article 28 prévoit l'application à titre expérimental.

Le problème, c'est que cette expérimentation va porter sur deux pathologies chroniques : le diabète et l'insuffisance rénale chronique. Or ces deux pathologies font souvent aussi l'objet d'un suivi en médecine ambulatoire – je ne

vous fais pas de dessin, madame la ministre : nous sommes tous deux des professionnels de santé. Pourquoi prévoir une expérimentation exclusivement en établissements publics, introduisant ainsi une cassure entre médecine hospitalière et médecine de ville, alors que le suivi de ces pathologies chroniques est partagé entre ville et hôpital ? Je ne comprends pas – d'autant moins qu'on ne sait pas à qui reviendra la charge de l'éducation thérapeutique. Pourquoi ne pas avoir prévu la possibilité de se coordonner avec la médecine de ville ? D'ailleurs il n'y a pas que ces pathologies dont le suivi est partagé entre hôpital et ville ; il y a aussi les pathologies coronariennes ou carcinologiques. Je sais bien qu'il s'agit d'une expérimentation, mais il eût été bon d'y inclure la médecine de ville.

Mme la présidente. Monsieur Door, intervenir durant une minute cinquante-huit, ce n'est pas être bref !

M. Jean-Pierre Door. Je ne crois pas avoir dépassé mon temps de parole, madame la présidente.

Mme la présidente. En effet, monsieur Door. C'était pour détendre l'atmosphère. (*Sourires.*)

La parole est à Mme Martine Wonner.

Mme Martine Wonner. Les annonces faites il y a un peu plus d'un mois par le Président de la République dans le cadre du plan « ma santé 2022 » portent l'ambition de construire le système de santé de demain, par une transformation radicale du système actuel. Nous ne pouvons que nous réjouir du rôle contributif qui vous revient, madame la ministre.

Dans l'article 28, il est question de la tarification forfaitaire des parcours de soins pour les personnes atteintes de pathologies chroniques, plus particulièrement de diabète et d'insuffisance rénale chronique. Je crois que le cadre de cette réflexion doit bousculer nos propres manières d'appréhender les parcours de soins et donner toute sa place au patient, acteur de sa santé.

Je pense qu'il est possible d'aller plus vite et plus loin dans l'expérimentation en globalisant ce parcours de soins, qui s'étend de l'hôpital jusqu'à la médecine ambulatoire, en particulier pour les patients insuffisamment considérés. Je n'ai pas voulu intervenir ce matin sur la psychiatrie, mais le chiffre de 12 millions de personnes dont on a parlé n'est pas celui des personnes atteintes de pathologies psychiatriques : c'est celui des personnes en situation de souffrance psychique, qui n'ont pas toutes besoin d'être hospitalisées. Ce point méritait d'être précisé.

Selon le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, les travaux sur la tarification peuvent démarrer dès 2019. Dans le cadre du projet territorial de santé mentale Grand Est, des professionnels de santé sont également prêts à s'engager sur cette question du parcours de soins pour les pathologies chroniques, telles que la schizophrénie. J'ai déposé un amendement en ce sens, et je ne doute pas que l'article 51 permettra de financer et de lancer rapidement cette expérimentation. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Faire primer la qualité sur la quantité en incitant à la coordination entre acteurs par un paiement au forfait nous paraît une bonne initiative. L'expérience états-unienne semble le confirmer puisque les résultats, pour les

organismes de prise en charge des soins, ont été positifs en termes de réduction des dépenses et d'amélioration de la qualité.

Nous connaissons tous les effets pervers de la tarification à l'activité, qui met en compétition les établissements de santé entre eux et conduit à effectuer certains actes inutiles, plus rémunérateurs, et à en délaisser d'autres. Plus couramment appelée T2A, cette logique consiste à « faire du chiffre », aux dépens des conditions de travail des soignants et de la qualité des soins délivrés aux patients. Revenir sur cette tarification est indispensable et nous vous remercions d'avoir fait ce choix, madame la ministre, comme nous avons salué la fin du *numerus clausus*. En passant à la tarification au forfait, vous êtes donc sur la bonne voie.

Je profiterai toutefois de mon intervention pour vous interroger sur le ciblage de deux pathologies chroniques. En effet, le dernier rapport de l'assurance maladie sur les dépenses de santé révèle que, même avec le système de tarification actuelle, les dépenses pour le diabète et pour l'insuffisance rénale chronique sont en baisse. Peut-être aurait-il été plus pertinent d'associer le paiement au forfait à des pathologies chroniques pour lesquelles les dépenses augmentent, comme les maladies respiratoires, les maladies cardiovasculaires ou les cancers.

Aux termes du présent article, madame la ministre, il vous reviendra de définir par décret l'étendue du dispositif expérimental. Nous comptons sur vous pour cibler également des pathologies chroniques dont les dépenses sont actuellement en augmentation. Ainsi, nous serons plus à même d'évaluer les effets de ce nouveau forfait par rapport à la T2A actuelle.

Mme la présidente. La parole est à M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Le financement au forfait suppose de coordonner la médecine de ville et la médecine hospitalière. Or cet article instaure un financement au forfait pour le diabète et l'insuffisance rénale chronique, et seulement pour les soins dispensés à l'hôpital. Cela ne permettra donc pas de déterminer, au moins dans l'immédiat, si le financement au forfait est ici pertinent, puisque tout l'enjeu est, je le répète, l'articulation du financement entre médecine de ville et médecine hospitalière.

D'autre part, la prudence me semble de mise. Le financement au forfait n'est ni miraculeux, ni magique, et il est à l'origine de dérives dans certains pays, notamment aux États-Unis, où fleurissent des cabinets privés de conseil en santé chargés de coordonner les parcours de soins, si bien que les dépenses de santé explosent.

De nombreuses questions restent également sans réponse : il importe que la représentation nationale en obtienne un certain nombre avant de voter le texte. On peut notamment se demander comment seront calculés les forfaits pour la prise en charge du diabète : y aura-t-il un forfait unique pour l'ensemble des diabétiques ou différents forfaits selon la nature du diabète ? *Quid* des comorbidités associées ? L'âge du patient sera-t-il pris en compte ?

Comment les forfaits seront-ils répartis si un patient doit ou veut fréquenter plusieurs établissements au cours de la même année ? Cette question est importante aussi. Quels établissements y gagneront, et quels autres y perdront ?

Par ailleurs, quelle sera l'enveloppe allouée à la prise en charge des diabétiques en 2018 ? Comment évoluera-t-elle en 2019 ?

Enfin, les honoraires des médecins libéraux qui exercent dans les cliniques seront-ils inclus dans le forfait ?

À ces différentes questions qui conditionnent la mise en œuvre du dispositif, madame la ministre, nous attendons des réponses.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Je m'associe aux nombreuses questions posées par Jean-Pierre Door. Les deux pathologies que vous avez choisies, le diabète et l'insuffisance rénale chronique, peuvent en effet nécessiter des soins en milieu hospitalier, auquel vous limitez le parcours de soins, mais elles exigent aussi des soins à domicile, dans des centres, en hospitalisation de jour et parfois même, pour l'insuffisance rénale, en hémodialyse à domicile, laquelle tend à se développer – nous pourrions en reparler si vous le souhaitez.

J'ai donc du mal à comprendre une telle limitation du parcours de soins. L'idée est intéressante, elle correspond bien aux pathologies visées et pourrait ultérieurement en inclure d'autres en cas de succès : je pense par exemple à la lutte contre la douleur, qui a fait l'objet, au sein de votre ministère, d'un forum auquel j'ai participé, pas plus tard que mercredi matin. J'aimerais donc que vous nous expliquiez les raisons de cette limitation : l'ensemble des personnes auditionnées par le rapporteur général s'interrogent aussi à ce sujet.

Mme la présidente. La parole est à M. Brahim Hammouche.

M. Brahim Hammouche. Si l'on crée un forfait, c'est que l'on a identifié différents professionnels dans le cadre d'un parcours qui doit faire l'objet d'une prise en charge globale. Il est fondamental, on le sait, de développer des passerelles entre la ville et l'hôpital : cette idée a d'ailleurs été reprise dans le plan « ma santé 2022 ». Or, ici, on cloisonne, au rebours de ce qu'il faudrait faire pour que tous les professionnels s'y retrouvent. Il y a, du point de vue épidémiologique, un simple fait statistique : les trois quarts, et même les quatre cinquièmes des patients, pour le diabète notamment, sont pris en charge par des médecins libéraux.

Il faut donc prévoir des incitations, non seulement en termes de qualité, mais aussi d'efficacité, car les patients, suivis en médecine de ville, sont pris en charge par des équipes pluridisciplinaires. Dans cette configuration, le médecin généraliste, le médecin traitant, reste à mon sens, dans la sphère de la santé publique, le coordinateur du parcours de soins.

Mme la présidente. Souhaitez-vous répondre aux orateurs, madame la ministre ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je le ferai ultérieurement, madame la présidente.

Mme la présidente. Je suis saisie de plusieurs amendements identiques, n^{os} 109, 578, 777, 1155, 1197 et 1522.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n^o 109.

M. Gilles Lurton. Je propose ici, comme je l'ai précisé en m'exprimant sur l'article, d'étendre le parcours de soins aux professionnels libéraux, dont la rémunération, forfaitaire, serait fixée sur la base d'un accord conventionnel interprofessionnel. L'objectif, donc, est d'améliorer le parcours de soins des patients atteints de pathologies chroniques.

Mme la présidente. L'amendement n^o 578 de M. Jean-Pierre Door est défendu.

La parole est à Mme Nathalie Bassire, pour soutenir l'amendement n^o 777.

Mme Nathalie Bassire. Je fais miens les arguments précédents, et y ajouterai quelques chiffres sur le diabète.

La France compte aujourd'hui plus de 3,7 millions de patients diabétiques traités pharmacologiquement. Près de 90 % d'entre eux sont atteints d'un diabète de type 2. Or 87 % des sujets traités pour un diabète de ce type sont suivis en médecine générale, selon l'étude « Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques 2007-2010 ».

L'accompagnement des personnes diabétiques à chaque étape de leur vie et la prévention des complications grâce à une prise en charge globale effectuée par des équipes doivent être facilités par une rémunération forfaitaire qui valorise la pratique pluriprofessionnelle et les temps de coordination.

« Un patient qui souffre de diabète doit avoir autour de lui une petite équipe avec son généraliste, son endocrinologue, son diététicien, son infirmière, son podologue, son ophtalmologue... C'est cette équipe qui doit partager l'information en temps réel, permettre l'optimisation du soin pour pouvoir l'accompagner et vivre dans les meilleures conditions », expliquait le Président de la République lors de son discours du 18 septembre 2018 sur la transformation du système de santé, « Prendre soin de chacun ».

Restreindre le forfait diabète à l'hôpital est donc préjudiciable à la coordination des soins, et cela tend à renforcer le cloisonnement entre ville et hôpital, si dommageable pour le patient, qu'il s'agisse de ruptures de soins, d'absence de coordination, d'errance ou de manque d'accompagnement. Cela conduit à des retards de prise en charge, sources de nombreuses complications – ce sont 9 000 amputations, rappelons-le, qui sont pratiquées tous les ans.

Aujourd'hui, 1 % des patients diabétiques représentent 8 % des dépenses totales. Des mesures s'imposent donc pour améliorer la qualité de vie des patients diabétiques et pour assurer une prise en charge plus efficace.

Mme la présidente. Merci, ma chère collègue...

Mme Nathalie Bassire. C'est l'objet du présent amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n^o 1155.

M. Francis Vercamer. L'article 28 prévoit une rémunération au forfait, dans les hôpitaux, pour les pathologies chroniques telles que le diabète et l'insuffisance rénale.

Cet amendement tend à étendre ce forfait aux professionnels libéraux, qui suivent 90 % du parcours des patients atteints de ces maladies.

En effet, ces derniers ne restent pas exclusivement en milieu hospitalier ; d'où ma proposition d'élargir l'expérimentation à la médecine de ville. Un forfait seulement hospitalier ne correspond pas, pour ces pathologies, à la réalité vécue.

Mme la présidente. La parole est à M. Brahim Hammouche, pour soutenir l'amendement n^o 1197.

M. Brahim Hammouche. J'ajouterai deux choses.

Sur le plan de l'organisation, l'accompagnement d'une personne diabétique à chaque étape de sa vie et la prévention des complications grâce à une prise en charge globale effectuée par des équipes doivent être facilités par une rémunération forfaitaire qui valorisera la pratique pluriprofessionnelle et les temps de coordination.

À travers le présent amendement, je propose donc d'étendre l'expérimentation aux professionnels libéraux, moyennant une rémunération forfaitaire fixée *via* un accord conventionnel interprofessionnel. Le but est d'améliorer le parcours de soins dans le cadre de structures coordonnées.

Avant-hier, j'ai reçu un jeune homme diabétique, Hakaroa Vallée, qui avait souhaité me rencontrer après m'avoir écrit pour évoquer son combat. Certains d'entre vous, mes chers collègues, l'ont peut-être rencontré aussi. Cet adolescent de treize ans, très courageux, a développé un diabète de type 1 il y a deux ans. Il deviendra un adulte accompli et, dans son parcours, fera de belles rencontres avec des professionnels. Et ces rencontres ne se feront pas qu'à l'hôpital.

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 1522.

M. Thibault Bazin. Nous partageons le même objectif, madame la ministre, à savoir améliorer le parcours de soins, surtout pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Le problème est connu et vous avez la solution, mais vous n'en retenez qu'une partie infime. En étendant le dispositif à la médecine libérale de ville, vous apporterez une réponse vraiment efficace et conforme aux attentes sur le terrain.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements identiques ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Mes chers collègues, vous avez raison.

M. Gilles Lurton. Eh oui !

M. Olivier Véran, rapporteur général. Il faut développer les forfaits de prise en charge pour la médecine de ville comme pour la médecine hospitalière, le faire vite et pour toutes les pathologies chroniques, sans se limiter au diabète ou à l'insuffisance rénale : c'est le sens de l'histoire. Le financement au parcours de soins, à l'épisode de soins, est donc une revendication parfaitement légitime.

Je vous répondrai deux choses. En premier lieu, vos amendements sont déjà satisfaits. L'article 51 voté l'an dernier permet en effet d'expérimenter n'importe quelle modalité forfaitaire, pour la ville comme pour l'hôpital ; mais l'initiative en revient plutôt aux équipes de terrain qu'au pouvoir centralisé ou à des financeurs comme l'assurance maladie ou la direction générale de l'offre de soins.

Objectivement, rien n'empêche aujourd'hui des équipes de diabétologues, de néphrologues ou d'urologues de développer, entre la ville et l'hôpital, la forfaitisation des soins pour des maladies chroniques. Le droit le prévoit déjà puisque nous l'avons voté l'année dernière. Le dispositif, décentralisé, laisse l'initiative aux professionnels.

Or, si nous votions votre amendement, nous contraindrions l'ensemble des professionnels de santé libéraux à opter pour un financement forfaitaire à partir du début de l'année 2019 alors que nous sommes totalement incapables d'en maîtriser le mode opératoire puisque pour cela il

faudrait disposer des clefs de répartition d'enveloppes ville-hôpital. Si c'était si facile à réaliser il y a longtemps qu'un tel système aurait été instauré sur l'ensemble du territoire.

Aussi, plutôt que de forcer les choses et vouloir étendre d'emblée la forfaitisation ville-hôpital à des pathologies chroniques, il convient d'abord d'analyser les liens entre la ville et l'hôpital afin de casser l'organisation en silos. Il convient en revanche d'instituer sans attendre un financement forfaitaire pour certaines maladies chroniques afin de sortir du « tout T2A » – tout le monde est bien conscient qu'il y a urgence en la matière. Les administrations centrales affirment que c'est possible très vite, à l'hôpital, pour ce qui est du diabète et de l'insuffisance rénale. Mais, encore une fois, ce n'est pas l'un ou l'autre, c'est fromage et dessert : le fromage est l'article 28 et le dessert, nous l'avons voté l'année dernière. Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je constate que de tous les côtés de l'hémicycle on plébiscite le plan « ma santé 2022 » qui porte précisément sur le financement du parcours de soins destiné à décloisonner la ville et l'hôpital et à mieux prendre les malades en charge. Je vois même que vous voulez que j'aille plus vite et plus loin – merci à tous...

Nous sommes en fait très pragmatiques. Nous avons commencé par le diabète et par l'insuffisance rénale chronique à l'hôpital pour une seule et bonne raison : nous disposons de modèles d'expérimentation, d'études réalisées sur ces deux pathologies, à la fois par la caisse nationale d'assurance maladie, par la Haute autorité de santé et par les professionnels. Nous savons, depuis, que, concernant ces deux pathologies, il peut y avoir des dérives de pratiques, certains établissements étant mieux financés que d'autres. On voit bien le problème, par exemple, quand on fait pendant des mois et des mois un pansement à un pied de diabétique. De même, s'agissant de l'insuffisance rénale chronique, quand on favorise la dialyse plutôt que la greffe. L'idée du financement forfaitaire permet de gommer toutes ces aspérités et de s'acheminer vers de bonnes pratiques professionnelles.

Nous ne sommes pas prêts à généraliser le forfait à tous les établissements parce que nous n'avons pas suffisamment modélisé les clefs de répartition entre les professionnels, même si la mission Aubert y travaille jour et nuit. Nous y reviendrons l'année prochaine et vous serez alors, si j'en crois vos interventions, ravis de voter des forfaits de prise en charge pour davantage de maladies chroniques et d'accord pour voter les forfaits concernant les soins en ville et à l'hôpital.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Eh oui !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Ces mesures vous seront proposées dans le PLFSS pour 2020 – nous y travaillons ardemment. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. L'article 28 est important et nous en approuvons la philosophie, vous l'avez souligné, madame la ministre, mais j'ai besoin de bien comprendre. L'insuffisance rénale chronique est l'exemple type de ce que peut être le parcours de soins. Vous avez la période qui précède la dialyse mais au cours de laquelle vous devez être suivi parce que votre santé est tout de même un peu déficiente ; vous avez la période de dialyse ; vous pouvez être greffé et, dans ce cas,

vous avez le suivi de la greffe... Est-ce que le parcours de soins, aux termes de l'article 29 que nous votons aujourd'hui et non dans un an, comprend tout cela ?

Mme la présidente. La parole est à M. Julien Borowczyk.

M. Julien Borowczyk. La ministre l'a très bien expliqué : il s'agit d'instaurer ce dispositif à l'hôpital parce que c'est possible. Je ne suis pas du tout sûr en effet que la médecine libérale souhaite appliquer la forfaitisation immédiatement.

M. Gilles Lurton. Cela n'a rien à voir avec la médecine libérale !

M. Julien Borowczyk. Nous ne sommes pas prêts. Le dossier médical partagé, les maisons de santé pluriprofessionnelles, les communautés professionnelles territoriales de santé, les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires, se mettent progressivement en place et permettront de structurer la filière pour que soit ensuite généralisé le parcours de soins. La priorité doit rester le patient et sa prise en charge dans de bonnes conditions – ce qui n'est techniquement pas possible en médecine libérale.

Mme la présidente. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Je m'interroge sur la communication qui suivra le vote du PLFSS, en particulier de la disposition relative au parcours de soins des personnes atteintes de diabète. Je vous rejoins, madame la ministre, sur le fait que la médecine de ville n'est pas prête, en 2019, pour la forfaitisation. Seulement, j'y reviens, il ressortira de notre vote que le forfait de soins pour la prise en charge du diabète ne vaudra que pour l'hôpital. Or attention : 90 % des personnes diabétiques sont suivies en ville. Aussi ne faudrait-il pas que naisse une incompréhension publique en la matière. Nous devons donc nous montrer très vigilants.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Les dispositions relatives au décloisonnement entre la ville et l'hôpital ont été votées l'année dernière et c'était l'objet de l'article 51 du PLFSS.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Oui, mais...

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le dispositif est appliqué progressivement : des appels à projets ont été lancés, des cahiers des charges ont été déposés, si bien que toutes les expérimentations de décloisonnement entre la ville et l'hôpital et de rémunération au forfait sont en train d'être menées. Il ne faut donc surtout pas résumer la rémunération au forfait à l'article que vous êtes sur le point d'adopter. C'est bien l'ensemble des deux dispositifs qui fait évoluer les modes de tarification de la médecine.

M. Olivier Véran, rapporteur général. En effet.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Pour ce qui est de l'insuffisance rénale chronique, monsieur Lurton, le forfait concernera les patients. Le stade de pré-suppléance, c'est-à-dire les stades 4 et 5 de l'insuffisance rénale, juste avant la dialyse, nécessite un accompagnement et une préparation du patient à la dialyse après quoi il sera versé à la structure en fonction de la file active de patients. Son financement sera assuré par une baisse des tarifs de dialyse. Pour le diabète, les financements actuels, actes et groupes homogènes de séjours, pour

des séjours de très courte durée, seront forfaitisés en fonction du constat de 2018 avec une part fixe et une part modulée en fonction de la file active et de l'indicateur de qualité.

Mme la présidente. La parole est à M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Je retire mon amendement, madame la présidente.

(L'amendement n° 1155 est retiré.)

(Les amendements identiques n° 109, 578, 777, 1197 et 1522 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. L'amendement n° 1435 de M. le rapporteur général est rédactionnel.

(L'amendement n° 1435, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. Les amendements identiques, n° 493 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et 604 de M. Alain Ramadier sont défendus.

(Les amendements identiques n° 493 et 604, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n° 776 et 879.

La parole est à Mme Nathalie Bassire, pour soutenir l'amendement n° 776.

Mme Nathalie Bassire. Notre système de santé mérite une meilleure évaluation qualitative. Cela passe d'abord par le recueil de données quantitatives puis par une appréciation des pratiques et des prises en charge, afin d'assurer au patient un meilleur traitement. L'institution, au plan national, d'un comité de suivi et d'évaluation parachèverait ce processus qualitatif. C'est l'objet du présent amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 879.

M. Francis Vercamer. Le comité de suivi et d'évaluation que nous souhaitons créer serait chargé de mesurer l'impact de la rémunération forfaitaire sur l'efficacité et sur la qualité des soins, mais aussi sur la qualité de vie du patient.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Comme je l'ai rappelé en commission, un tel comité d'évaluation existe déjà : avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. La réforme « ma santé 2022 » fera l'objet d'un suivi global que nous sommes en train d'élaborer. Avis défavorable.

(Les amendements identiques n° 776 et 879 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. L'amendement n° 1436 du rapporteur général est rédactionnel.

(L'amendement n° 1436, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 1438 du rapporteur général est rédactionnel.

(L'amendement n° 1438, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

Mme la présidente. Prochaine séance, cet après-midi, à quinze heures :

Suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

La séance est levée.

(La séance est levée à treize heures dix.)

*Le Directeur du service du compte rendu de
la séance de l'Assemblée nationale*

SERGE EZDRA