

# ASSEMBLÉE NATIONALE

**JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

**SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019**

39<sup>e</sup> séance

## Compte rendu intégral

**2<sup>e</sup> séance du vendredi 26 octobre 2018**

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



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

# SOMMAIRE

## PRÉSIDENTE DE M. RICHARD FERRAND

### 1. **Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019** (*suite*) (p. 10890)

#### QUATRIÈME PARTIE (*SUITE*) (p. 10890)

Après l'article 28 (p. 10890)

Amendement n° 1077

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

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé

Article 29 (p. 10890)

M. Jean-Pierre Door

Mme Caroline Fiat

Amendements n°s 1149, 1491, 243

Amendements n°s 133, 958, 376, 233

M. Éric Alauzet, rapporteur pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire

Amendements n°s 369, 605, 645, 1115, 1156, 1415

Après l'article 29 (p. 10894)

Amendements n°s 1250, 1306

Amendements n°s 1159, 1187, 589, 1610, 1081 rectifié, 1611, 550

Amendements n°s 546, 1178

Amendements n°s 141, 481, 585, 738, 1030, 1191

Amendements n°s 290, 590

Amendement n° 1173 et 1175

Amendements n°s 377, 1621 rectifié (sous-amendement), 1500

Amendements n°s 379, 142, 716, 1014, 1164

Amendements n°s 524, 620, 1163

Amendements n°s 357, 545

*Suspension et reprise de la séance* (p. 10908)

Amendement n° 381

Amendements n°s 748, 1086

Amendements n°s 152, 986, 754 rectifié, 495

Amendements n°s 384, 1167

Amendements n°s 358, 547, 586, 727, 1532

Amendements n°s 479, 551, 584, 750

Amendements n°s 359, 548, 591, 1080

Amendements n°s 646, 718, 985, 549, 944, 226

Amendements n°s 289, 587, 1343

Article 30 (p. 10914)

Amendements n°s 1352, 393

Après l'article 30 (p. 10914)

Amendements n°s 206, 1283, 1286, 1287

Article 31 (p. 10917)

M. Jean-Pierre Door

Amendement n° 280

Amendements n°s 1169, 394

Après l'article 31 (p. 10918)

Amendement n° 964

Article 32 (p. 10918)

Amendements n°s 596, 713

Amendements n°s 901 et 902, 334, 903

Après l'article 32 (p. 10919)

Amendements n°s 1607, 472 rectifié

Article 33 (p. 10921)

M. Jean-Pierre Door

M. Gilles Lurton

M. Stéphane Viry

M. Alain Bruneel

Mme Caroline Fiat

M. Brahim Hammouche

Amendement n° 935 et 936

Amendements n°s 56, 291, 552, 1103, 1406, 934, 939, 1342, 321, 380, 444, 1294

Amendements n°s 797, 1019, 1104, 1407

Amendement n° 1274 et 1296

Après l'article 33 (p. 10927)

Amendement n° 442

Article 34 (p. 10927)

M. Jean-Pierre Door

M. Joël Aviragnet

Amendements n°s 940, 941 et 942, 1266, 1267, 1082, 943, 234, 235

Amendements n°s 224, 454, 1268

Amendement n° 945, 946, 947 et 948

Amendement n° 1136 et 1137

Amendement n° 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955 et 956

Après l'article 34 (p. 10931)

Amendement n° 1349

Article 35 (p. 10931)

Après l'article 35 (p. 10931)

Amendement n° 1285 et 1284

Amendements n°s 1290, 1353, 1295

Amendement n° 207 et 208

Amendements n°s 390, 1357

Article 36 (p. 10932)

Amendement n° 1439

**2. Ordre du jour de la prochaine séance** (p. 10933)

# COMPTE RENDU INTÉGRAL

## PRÉSIDENTE DE M. RICHARD FERRAND

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

*(La séance est ouverte à quinze heures.)*

1

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

**M. le président.** L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 (n<sup>os</sup> 1297, 1336, 1309).

*Quatrième partie (suite)*

**M. le président.** Ce matin, l'Assemblée a poursuivi la discussion des articles de la quatrième partie du projet de loi, s'arrêtant aux amendements identiques n<sup>os</sup> 97, 665 et 1077 portant article additionnel après l'article 28.

### Après l'article 28

**M. le président.** Les amendements n<sup>os</sup> 97 et 665 n'étant pas défendus, la parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 1077.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Monsieur le président, madame la ministre des solidarités et de la santé, monsieur le rapporteur général de la commission des affaires sociales, l'article L. 162-22-8-3 du code de la sécurité sociale, introduit par la loi de financement de la sécurité sociale – LFSS – pour 2017, fixe un nouveau modèle de financement des activités de soins critiques prenant la forme de tarifs nationaux de prestations et d'une dotation complémentaire. Cet article fige ce cadre de financement avant même les conclusions des travaux visant à mettre en cohérence l'organisation des activités de réanimation et de soins critiques et l'évolution du financement. En outre, la mission sur la réforme du financement, que vous avez lancée, madame la ministre, sera sans doute amenée à se prononcer sur ce sujet. Dans l'attente de ces conclusions, il est indispensable qu'aucun modèle ne soit figé au préalable, car il pourrait devenir une contrainte à la réflexion sur les organisations. L'amendement vise donc à supprimer cette disposition.

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur général de la commission des affaires sociales, pour donner l'avis de la commission.

**M. Olivier Véran, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Madame Firmin Le Bodo, l'année dernière, nous avons voté la réforme du financement des soins critiques. Cela n'a pas été fait à la hussarde, mais à la suite de

plusieurs rapports sur le financement des établissements de santé et en concertation avec les fédérations. Le système retenu garde une part liée à l'activité, mais sort du « tout-T2A » – tarification à l'activité – qui est un modèle très critiqué par les professionnels exerçant en unités de soins critiques. Le débat ayant eu lieu l'année dernière, je me permets de ne pas le reprendre et vous propose de retirer votre amendement ; à défaut, avis défavorable.

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

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

*(L'amendement n<sup>o</sup> 1077 n'est pas adopté.)*

## Article 29

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Door, inscrit sur l'article.

**M. Jean-Pierre Door.** Madame la ministre, cet article est très intéressant car il est important, pour assurer l'accès aux soins, de tenter des expérimentations en matière d'organisation territoriale. J'ai plusieurs questions à vous poser.

Aux termes de cet article, les praticiens hospitaliers pourraient participer à des activités médicales hors des murs de leur établissement, allant vers un exercice mixte ville-hôpital ; cette disposition s'appliquera-t-elle également aux praticiens hospitaliers qui ont déjà une activité libérale à l'intérieur de l'hôpital ?

Je serais également favorable à ce que les praticiens de ville puissent intervenir à l'intérieur de l'hôpital, dans le cadre de passerelles. Si vous n'avez pas la réponse aujourd'hui, cela peut attendre, mais ces points peuvent soulever des questions juridiques. Les interventions, sous forme de vacation, de praticiens de ville au sein des hôpitaux – on les appelait praticiens à temps partiel – étaient jadis chose courante.

Enfin, vous évoquez dans cet article le problème de la télésurveillance, s'agissant des actes ; abordez-vous également celui de la téléconsultation ?

Ces questions méritent des réponses, mais l'article me paraît excellent.

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

**Mme Caroline Fiat.** La pénurie de médecins à l'hôpital public est désastreuse. Le rapport sur l'égal accès aux soins des Français de nos collègues Alexandre Freschi et Philippe Vigier nous apprend ainsi que le taux de vacance est proche de 30 %. Pour remédier au problème, certains établissements de santé ont recours à l'intérim médical, et l'accès aux médecins fait l'objet d'une surenchère forte. Pour donner un exemple tiré du rapport, l'hôpital de Châteauroux a

connu un manque de médecins dans son service d'urgence à l'été 2017. Pour attirer les médecins, également sollicités par les autres hôpitaux de la région, l'établissement a fixé des rémunérations allant de 1 800 à plus de 2 000 euros pour vingt-quatre heures de garde.

En 2013, monsieur Véran, vous estimiez que l'intérim médical coûtait environ 500 millions d'euros aux hôpitaux. On apprend dans le rapport sur l'égal accès aux soins des Français qu'en 2017, la tentative de plafonner les rémunérations des médecins faisant de l'intérim dans les hôpitaux fut contournée par des appels au boycott des établissements respectant trop ces nouvelles grilles des rémunérations.

La situation, nous le constatons, est dramatique. Les médecins fuient l'hôpital pour la médecine de ville. Or dans cet article, vous vous laissez séduire par les sirènes du corporatisme en favorisant le passage des médecins de l'hôpital vers la ville. Cet article nous semble donc dangereux. Il faudrait faire l'inverse en valorisant les médecins hospitaliers : sans eux, c'est la mort assurée pour l'hôpital. C'est pourquoi nous voterons contre cet article.

**M. le président.** Nous en venons aux amendements.

La parole est à Mme Valérie Rabault, pour soutenir l'amendement n° 1149.

**Mme Valérie Rabault.** Cet amendement vise à supprimer l'alinéa 4 de l'article 29, qui prévoit d'étendre, dans certaines zones, les possibilités d'exercice libéral pour une série de praticiens hospitaliers. Avec mes collègues qui ont cosigné cet amendement, nous nous sommes intéressés au travail de la commission centrale de l'activité libérale – CCAL – de l'AP-HP – Assistance publique-Hôpitaux de Paris.

Je rappelle que l'exercice libéral ne doit pas dépasser 20 % des heures effectuées au sein de l'AP-HP. Or voici ce que dit le rapport de la CCAL pour 2016 : « La CCAL note encore à de trop nombreuses reprises la difficulté rencontrée [...] à répertorier l'activité publique. » L'AP-HP révèle une difficulté à calculer les 20 %, pour la simple raison qu'elle ne sait pas comptabiliser l'activité publique ! C'est une citation exacte de son rapport !

Si on ne sait pas calculer le nombre d'heures consacrées à l'activité publique, je ne vois pas bien comment on pourrait mesurer les 20 %. Par conséquent, il me paraît délicat de prévoir dans cet article des possibilités supplémentaires dérogatoires pour l'exercice d'activités privées.

**M. le président.** Sur l'amendement n° 1149, je suis saisi par le groupe Socialistes et apparentés 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.** Madame Rabault, je prends votre amendement comme un amendement d'appel.

**Mme Valérie Rabault.** Oui.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** En effet, l'article 29 ne vise pas à autoriser l'activité libérale au sein de l'hôpital, mais plutôt en dehors de ses murs, dans le cadre de l'expérimentation autorisée par l'article 51 de la LFSS pour 2018. En effet, certains professionnels de soins, pour lutter efficacement contre les déserts médicaux, souhaitent privilégier des

statuts mixtes, combinant activité publique et privée. La question de l'exercice libéral à l'hôpital public – question récurrente qui a été abordée dans chaque PLFSS au cours de la législature précédente – n'est pas l'objet de cet article.

En revanche, je profite de l'occasion pour interpeller Mme la ministre sur une autre situation, qui n'est pas réglée dans le cadre de l'article 51 mais qui risque de se présenter assez vite : celle des établissements de santé privés d'intérêt collectif – ESPIC. La loi Fourcade de 2010 interdit les contrats de droit privé d'exercice libéral dans les établissements de ce type. Or une série d'ESPIC, qui ont racheté à l'époque des cliniques privées, dites ex-OQN – antérieurement sous objectif quantifié national –, ont conservé historiquement des contrats d'exercice libéral avec des professionnels de santé, notamment des chirurgiens.

La loi Fourcade, dont l'application a plusieurs fois été repoussée, est censée s'appliquer à partir du mois de janvier. Un certain nombre d'établissements sur le territoire métropolitain ont réussi à régulariser leur situation, mais pour d'autres, il ne semble pas y avoir de solution. On risque d'assister à une fuite des chirurgiens vers le secteur privé lucratif. Or l'avantage d'avoir des chirurgiens d'exercice libéral dans le secteur privé non lucratif, c'est qu'il n'y a pas de reste à charge pour les patients puisque tous les frais sont assumés par les complémentaires santé, le petit reliquat éventuel étant complété par l'établissement lui-même.

Dès lors que l'on peut avoir une activité libérale dans les cliniques privées et à l'hôpital public, il n'est pas illogique de l'autoriser sous conditions dans les établissements privés non lucratifs. Je n'ai pas pu déposer un amendement en ce sens car cela ne relève pas du PLFSS, mais peut-être dans le cadre d'un texte lié à la santé pourra-t-on trouver une solution qui convienne à tout le monde, sur l'ensemble du territoire.

Quant à votre amendement de suppression, madame Rabault, peut-être accepterez-vous de le retirer une fois que la ministre vous aura répondu. Sinon, avis défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je répondrai d'abord aux interventions sur l'article. Monsieur Door, nous ne cherchons pas aujourd'hui à augmenter l'activité libérale dans le secteur hospitalier. Nous proposerons dans la loi de santé à venir – car ce n'est pas une mesure relative au PLFSS – que certains contrats de praticiens hospitaliers leur permettent d'exercer une activité libérale en ville. Notre objectif est d'autoriser les médecins généralistes hospitaliers à exercer en secteur 1 dans des zones sous-denses pour une partie de leur temps. Mais il n'est pas du tout question – et cela répond aussi à l'inquiétude de Mme Rabault – de renforcer la possibilité de l'exercice libéral dans le secteur hospitalier. Les deux pratiques sont séparées : ceux qui souhaitent avoir une vraie activité libérale le feront en dehors de l'hôpital. Tout cela sera discuté dans le cadre de la réforme des ressources humaines hospitalières, que nous introduirons dans la loi de santé, mais il ne s'agit pas d'un exercice libéral à l'hôpital.

Le rapporteur général a manifesté son inquiétude concernant les ESPIC, qui connaissent cette activité libérale. C'est un cas très particulier, qui ne concerne qu'une dizaine d'établissements, pour des raisons historiques. Aujourd'hui, il y a une tolérance. Le projet de loi relatif à la santé devrait permettre de résoudre le problème très spécifique de ces

praticiens libéraux qui exerçaient dans une clinique rachetée par un ESPIC : nous trouverons une solution d'ici là. Avis défavorable à l'amendement de Mme Rabault.

**M. le président.** La parole est à Mme Valérie Rabault.

**Mme Valérie Rabault.** Au bénéfice de ces explications, et en accord avec mes collègues, je retire cet amendement. Je vous prie de m'excuser d'avoir sollicité un scrutin public dessus !

Cela étant, je suis toujours aussi étonnée de lire dans le rapport de la commission de l'AP-HP qu'elle n'est pas capable de mesurer le volume d'heures exercées dans le public, qui est indispensable pour calculer le ratio de 20 %. Je souhaiterais, madame la ministre, que le projet de loi santé nous permette d'avoir une vision plus précise du comptage des heures dans l'activité publique. Pour l'heure, monsieur le président, je retire mon amendement.

*(L'amendement n° 1149 est retiré.)*

**M. le président.** La parole est à M. Thomas Mesnier, pour soutenir l'amendement n° 1491.

**M. Thomas Mesnier.** La loi HPST – hôpital, patients, santé, territoires – avait permis, dès 2009, que des pharmaciens soient désignés pharmaciens correspondants et qu'ils puissent ainsi renouveler des traitements chroniques ou ajuster des posologies pour leurs patients, avec l'accord du médecin traitant. En pratique, cela n'a pas du tout été appliqué, compte tenu de la lourdeur administrative. Aucun protocole n'a d'ailleurs été validé par la HAS – Haute autorité de santé – depuis 2009, alors qu'il existe une attente sur le terrain, comme j'ai pu le constater au cours de mes déplacements au sujet du plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires.

Aussi, par cet amendement, je vous propose d'introduire ce dispositif dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018. Cela devrait faciliter son déploiement, toujours dans le cadre d'un accord entre médecins et pharmaciens nourrissant un projet de santé commun pour leur territoire, qu'ils soient organisés en maison de santé, en équipe de soins primaires ou en communauté professionnelle territoriale de santé – CPTS. Cela permettrait de libérer du temps médical et d'améliorer l'accès aux soins dans la ligne du plan « ma santé 2022 ».

*(L'amendement n° 1491, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Jérôme Nury, pour soutenir l'amendement n° 243.

**M. Jérôme Nury.** Le département de l'Orne, avec une densité de 59 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants, est en train de devenir un véritable désert médical, où près du quart des affiliés à l'assurance maladie n'ont pas de médecin traitant. Afin d'apporter des solutions pragmatiques, nous avons, avec les élus du conseil départemental, proposé une solution innovante à partir d'un centre de santé : la médecine libérale simplifiée.

Cette expérimentation est sur le point d'aboutir : nous disposons des locaux, des professionnels de santé, du centre de santé et des médecins. Nous avons donc demandé l'accord de l'ARS – agence régionale de santé – de Normandie, qui y est favorable et attend le feu vert du ministère. Toutefois, il semblerait, madame la ministre, que l'article 51 de la LFSS pour 2018, qui autorise les expérimentations, ne soit pas suffisamment précis pour permettre celle-ci.

C'est pourquoi cet amendement a pour objet de préciser le dispositif. Nous croyons que c'est une piste immédiatement applicable, en attendant les effets du plan « ma santé 2022 », dont il rejoint la philosophie, avec la mise en place d'assistants médicaux. Il permettrait, si nous le votions, d'expérimenter un exercice libéral simplifié à partir d'un centre de santé. Les jeunes médecins y trouveraient d'importants facteurs d'attractivité. Il s'agit en effet d'un mode d'exercice médical en équipe, qui ne nécessite pas d'installation, n'impose pas de contrainte immobilière, informatique ou administrative, ni de gestion des personnels affectés – infirmières, secrétaires et assistants médicaux. Cette expérimentation permettrait aussi de gagner du temps médical avec le patient, de l'ordre de 40 % par médecin, améliorant d'autant l'accès aux soins pour les trop nombreux patients n'ayant pas de médecin traitant.

Chers collègues, madame la ministre, monsieur le rapporteur général, nous avons besoin de votre compréhension et de votre aide, dans l'Orne et dans les territoires ruraux, pour que l'on tente tout pour lutter contre la désertification médicale et que l'on nous permette d'expérimenter cette médecine libérale simplifiée, qui, nous en sommes convaincus, portera ses fruits. *(Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LR.)*

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Monsieur le député, votre amendement est intéressant. Comme je le disais tout à l'heure, il peut y avoir une activité libérale en clinique privée, bien sûr, mais aussi à l'hôpital public – on peut y être favorable ou non, mais c'est aujourd'hui un fait. Les centres de santé sont une solution parmi d'autres pour lutter contre les problèmes d'accessibilité aux soins, tant d'un point de vue financier que territorial. Quoi qu'il en soit, il ne faudrait surtout pas créer de difficultés financières d'accès aux soins dans les centres de santé en perturbant le fonctionnement originel – un tiers payant pour tous, des missions particulières de prévention et d'accompagnement médico-social d'un certain nombre de patients, et une prise en charge au quotidien des patients.

Vous l'avez dit, face aux déserts médicaux, nous éprouvons des difficultés, qui appellent sans doute des innovations. C'est ce que fait, d'ailleurs, le Gouvernement, au moyen d'un certain nombre de dispositions très innovantes, dans le cadre de « ma santé 2022 ». À la suite des discussions que nous avons eues, je me suis beaucoup interrogé sur votre amendement, que la commission a repoussé. La loi doit-elle exclure la possibilité d'expérimenter un dispositif innovant, qui permettrait peut-être de renforcer la ressource médicale dans les zones en difficulté, sachant que plus est que nous poursuivons l'objectif de développer les centres de santé ?

Je rappelle toutefois qu'un tel dispositif ne pourrait s'appliquer qu'à certaines conditions : il ne devrait en aucun cas créer de distorsions d'accès aux soins, tant d'un point de vue financier que territorial, et des règles d'engagement très claires devraient être définies en matière de tiers payant généralisé, d'absence de reste à charge et de dépassement. Bref, à titre personnel, je donne un avis de sagesse.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Le salariat, vous le savez, est l'ADN des centres de santé. Il se trouve que nous avons engagé une large concertation avec ces derniers pour élaborer l'ordonnance du 12 janvier 2018, qui a cadré les

choses et acté que le salariat restait la norme. Votre proposition, monsieur le député, va un peu à contre-courant des conclusions de cette concertation. Je rappelle qu'un médecin libéral peut exercer dans un centre de santé, à condition qu'il le fasse sous la forme du salariat. Rien ne lui interdit, toutefois, de cumuler un mi-temps dans un centre de santé et un autre exercice ailleurs, par exemple dans une maison de santé pluriprofessionnelle. Les deux solutions coexistent : maison de santé pluriprofessionnelle avec un exercice libéral, et centre de santé avec un exercice salarié. Pour l'instant, nous ne souhaitons pas revenir sur la concertation qui a abouti à l'ordonnance cadrante de ce début d'année. Avis défavorable.

*(L'amendement n° 243 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de plusieurs amendements, n° 133, 958, 376, 233, 369, 605, 645, 1115 et 1156, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n° 133 et 958 sont identiques, de même que les amendements n° 376, 233, 369, 605, 645, 1115 et 1156.

La parole est à M. Alain Ramadier, pour soutenir l'amendement n° 133.

**M. Alain Ramadier.** Cet amendement de Mme Dalloz vise à permettre la mise en œuvre des expérimentations élargies au secteur médico-social. Ce nouveau cadre d'expérimentation doit permettre le décloisonnement des financements et de l'organisation, et ainsi faciliter la coopération entre les acteurs.

**M. le président.** La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement identique n° 958.

**Mme Emmanuelle Ménard.** Cet amendement a pour objet de renforcer la portée de l'article 29, pour améliorer encore notre système médico-social. À l'heure où les inégalités territoriales s'aggravent, améliorer ce système doit être un chantier prioritaire pour assurer l'égalité d'accès aux soins. L'année dernière déjà, ce sujet a été débattu, et des mesures ont été prises afin de tester de nouveaux modes d'organisation et de financement. Il faut désormais consolider cette dynamique et mettre fin à l'opposition entre aide et soins, comme le réclament de nombreux acteurs de ce secteur.

L'Observatoire national des aides humaines de l'association Handéo a mené récemment une étude montrant que cette opposition est relativement arbitraire et nuit à l'efficacité de l'accompagnement. Elle contraint en effet à un cloisonnement des métiers, notamment à domicile, entre aide-soignants et aides à domicile. Non seulement cela demande une coordination plus complexe et une organisation plus coûteuse, mais cela altère l'objectif de préservation ou de renforcement de l'autonomie des personnes dépendantes.

Cet amendement vise donc à étendre les dérogations permises par la LFSS pour 2018, en assouplissant les règles d'organisation des établissements et services médico-sociaux et les modalités de qualification entre actes d'aide et actes de soin. Une telle expérimentation devrait permettre de personnaliser davantage l'accompagnement des personnes dépendantes du fait d'un handicap ou de l'avancée en âge, mais aussi de faciliter l'organisation du système médico-social.

**M. le président.** Nous en venons à la deuxième série d'amendements identiques.

La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 376.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** La commission des affaires sociales a débattu de l'extension au secteur médico-social des expérimentations inscrites dans le cadre de l'article 51, et a retenu, à une très forte majorité si je ne me trompe, une rédaction différente de celle qui vient d'être présentée. Cet amendement devrait permettre une meilleure coordination du médical et du médico-social à travers les expérimentations. Le secteur médico-social ne doit pas être l'oublié des futurs prises en charge et financements des soins au parcours ou à l'épisode de soins.

**M. le président.** La parole est à M. Éric Alauzet, rapporteur pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire, pour soutenir l'amendement n° 233.

**M. Éric Alauzet, rapporteur pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire.** Il s'agit d'un amendement identique, déposé par Sarah El Haïry, qui l'a défendu en commission au nom du MODEM. Il a été adopté par la commission des finances.

**M. le président.** La parole est à M. Stéphane Viry, pour soutenir l'amendement n° 369.

**M. Stéphane Viry.** Une motivation complémentaire : il serait dommage que la coopération soit limitée aux seuls acteurs sanitaires. Il serait opportun de l'élargir à d'autres intervenants, dans le domaine du soin à la personne. Aussi cet amendement a-t-il pour objet d'élargir l'innovation aux règles d'organisation.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Ramadier, pour soutenir l'amendement n° 605.

**M. Alain Ramadier.** C'est un amendement identique, il est défendu.

**M. le président.** La parole est à Mme Sylvia Pinel, pour soutenir l'amendement n° 645.

**Mme Sylvia Pinel.** Il est défendu.

**M. le président.** La parole est à M. Brahim Hammouche, pour soutenir l'amendement n° 1115.

**M. Brahim Hammouche.** Cet amendement permet, pour la mise en œuvre des expérimentations d'innovation du système de santé, de déroger aux règles non seulement de tarification, mais également d'organisation applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Il s'agit donc des innovations organisationnelles. Ce nouveau cadre d'expérimentation doit permettre un véritable décloisonnement des financements et des organisations pour faciliter la coopération des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires au service du parcours des personnes, au-delà de la seule coopération entre acteurs sanitaires.

**M. le président.** La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 1156.

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

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur ces deux séries d'amendements identiques ?

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Avis favorable sur l'amendement n° 376 de la commission des affaires sociales et les amendements identiques ; demande de retrait ou avis défavorable sur les amendements de la première série.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je suis également défavorable aux premiers amendements, qui touchent aux métiers, aux délégations de tâches entre professionnels du champ médico-social, parce que nous menons à l'heure actuelle la grande consultation sur le grand âge et la perte d'autonomie, qui va nous conduire à retravailler toutes les questions relatives aux métiers. Je ne souhaite donc pas qu'on y touche aujourd'hui.

En revanche, je suis favorable à l'amendement de la commission des affaires sociales, qui étend les expérimentations organisationnelles au secteur médico-social.

*(Les amendements identiques n°s 133 et 958 ne sont pas adoptés.)*

*(Les amendements identiques n°s 376, 233, 369, 605, 645, 1115 et 1156 sont adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Martine Wonner, pour soutenir l'amendement n° 1415.

**Mme Martine Wonner.** Il s'agit d'un amendement extrêmement important, qui concerne les expérimentations d'innovation dans le système de santé, créées l'année dernière par l'article 51 de la LFSS pour 2018. Il propose que le montant des économies dégagées par les projets concrétisés alimente le budget à la fois de la sécurité sociale et des organismes ayant conduit ces innovations.

Ce mécanisme gagnant-gagnant, financé par les économies réalisées, créerait une nouvelle source de rentrées budgétaires pour la sécurité sociale et une prime à l'innovation.

Aujourd'hui, les projets entrant dans le champ de l'article 51 sont financés par les agences régionales de santé. Avec cet amendement, on ne met plus à contribution les ARS et on trouve des fonds pour les sociétés porteuses d'innovation. Cela crée un cercle vertueux. L'article 51 ne prévoit de retours d'intéressement que vers les établissements de santé : cet amendement permet un élargissement au-delà.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Madame la députée, l'article 51 permet déjà d'intégrer les entreprises opérant dans le domaine de la santé, notamment celles du dispositif médical innovant, dans un forfait de prise en charge de maladies chroniques. Ainsi, des dispositifs permettent de réduire des coûts de prise en charge en diabétologie ou ailleurs, et ces entreprises peuvent être parties prenantes de la forfaitisation des parcours de maladies chroniques.

Par ailleurs, il y a un point que je ne comprends pas : votre rédaction rend la sécurité sociale éligible, comme les prestataires de services et les distributeurs de matériels, au versement d'un intéressement économique collectif. Cela n'a pas de conséquence juridique positive.

Je vous propose de retirer votre amendement : votre préoccupation me semble satisfaite par le droit en vigueur, et il comporte une partie juridiquement incorrecte.

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

**Mme Martine Wonner.** Je vais prendre un exemple tout bête pour illustrer l'objet de cet amendement. L'année dernière, nous avons intégré le financement de la télémédecine dans le droit commun, mais lorsqu'une société prestataire de télémédecine déploie, au-delà, un projet de laboratoire virtuel par exemple, ou de clinique virtuelle, ce projet ne peut être financé que dans le cadre de l'article 51, et grève donc le budget de l'assurance maladie.

Avec mon amendement, le mécanisme de l'article 51 servirait à financer le lancement du projet. Mais ensuite, la télémédecine permettant, notamment en EHPAD, d'éviter des dépenses en matière d'hospitalisation ou de transport, ces économies devraient revenir à la fois bien sûr à la sécurité sociale, mais aussi à ces prestataires de services, pour les encourager à amplifier leur effort en matière de recherche et développement. Aujourd'hui, ce principe d'intéressement n'est valable que pour les établissements de santé et pas pour ce type de prestataire de services.

**M. le président.** Monsieur le rapporteur général, maintenez-vous votre avis défavorable malgré ces explications complémentaires ?

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

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Madame Wonner, je vous demande de retirer votre amendement, que l'article 51 satisfait. Tous les mécanismes de dérogation financière, de rétrocession et d'intéressement sont permis par cet article, qui ne les réserve pas aux établissements de santé. D'ailleurs, des projets de ce type existent déjà.

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

**Mme Martine Wonner.** Je retire mon amendement après les explications de Mme la ministre.

*(L'amendement n° 1415 est retiré.)*

*(L'article 29, amendé, est adopté.)*

## Après l'article 29

**M. le président.** Je suis saisi de nombreux amendements portant article additionnel après l'article 29.

Les deux premiers sont identiques : les amendements n°s 1250 et 1306.

La parole est à Mme Ericka Bareigts, pour soutenir l'amendement n° 1250.

**Mme Ericka Bareigts.** C'est un sujet, monsieur le rapporteur général, que nous avons abordé en commission des affaires sociales. Nous souhaitons améliorer la gouvernance et accroître la transparence de l'utilisation des crédits du fonds d'intervention régional – FIR. Comme nous le savons tous, ces crédits sont importants pour mobiliser les moyens dans chaque région. Bien que les textes prévoient la transparence sur l'utilisation de ces crédits, celle-ci n'existe pas dans les faits.

Nous proposons que l'utilisation des crédits des FIR fasse l'objet d'une publication annuelle au Journal officiel.

**M. le président.** La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 1306.

**M. Joël Aviragnet.** Il est identique, et pose la question de l'information des conférences régionales de santé et de l'auto-économie – CRSA. Peut-être suffit-il de faire un lien entre elles et le FIR.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il est défavorable, et il en sera de même pour les amendements presque identiques qui suivront. Nous avons déjà eu un débat sur ce sujet l'année dernière, et cette année en commission. Il ne faut pas prendre les crédits du FIR pour une boîte noire. Leur utilisation est très transparente, publiée et remise au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Sur le site du ministère des solidarités et de la santé, figurent la liste détaillée des prestations du FIR et les indicateurs prioritaires de dépenses... Bref, tout est transparent et je ne comprends pas pourquoi cet amendement revient chaque année. Allez sur le site internet du ministère, vous verrez que tout est parfaitement transparent. Ce n'est pas toujours vrai pour les dépenses publiques, donc, pour une fois que c'est le cas, regardons ce qui existe plutôt que de demander un rapport au Parlement !

Je vous propose donc de retirer votre amendement. À défaut, avis défavorable.

**M. le président.** La parole est à Mme Ericka Bareigts.

**Mme Ericka Bareigts.** Le fait que cet amendement revienne chaque année prouve que la question se pose ! Je retire mon amendement et vérifierai la teneur des éléments publiés sur le site du ministère, ainsi que la bonne information des CRSA.

*(Les amendements identiques n° 1250 et 1306 sont retirés.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n° 1159 et 1187, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 1159.

**M. Francis Vercamer.** Cet amendement est important, car, dans notre pays, malheureusement, les décisions et les crédits sont centralisés. Certains territoires connaissent une situation sanitaire catastrophique. L'Académie de médecine a poussé, l'année dernière, un cri d'alarme sur l'état sanitaire de ma région des Hauts-de-France. J'imagine que ce constat peut être dressé pour d'autres territoires post-industriels où la pollution est forte.

Aujourd'hui, les crédits du FIR ne sont pas affectés en fonction de la situation sanitaire, qui peut avoir connu une aggravation, mais du montant alloué l'année précédente. Tout le monde connaît cela : l'année dernière, on a donné 100 et cette année, on donne 101. Mais quand la situation est fortement dégradée, cette méthode aggrave les choses.

Mon amendement vise à s'assurer au moins que la répartition des crédits se fasse dans le but d'améliorer l'état sanitaire des régions où il est dégradé. Je demande une étude sur l'impact des crédits versés par le FIR dans chaque région. Nous aurions pu adresser une demande équivalente pour d'autres crédits, mais commençons par le FIR, ce ne sera déjà pas mal !

**M. le président.** La parole est à Mme Audrey Dufeu Schubert, pour soutenir l'amendement n° 1187.

**Mme Audrey Dufeu Schubert.** Je défends cet amendement de Charlotte Lecocq, elle aussi députée des Hauts-de-France, dont plusieurs autres signataires sont présents. En écho aux propos que vient de tenir Francis Vercamer, elle souhaite que les ARS élaborent tous les quatre ans une étude d'impact sur l'utilisation des crédits du FIR. Comme l'a dit M. le rapporteur général, l'utilisation des fonds régionaux est transparente, mais la Cour des comptes, auditionnée l'année dernière par la commission des affaires sociales, avait affirmé que les crédits du FIR étaient loin d'être intégralement alloués aux territoires, avec leurs spécificités : 95 % sont en effet orientés par l'administration centrale. Ainsi, seuls 5 % de ces crédits bénéficieraient aux territoires.

Aussi Mme Lecocq souhaiterait-elle la réalisation d'une étude d'impact montrant, tous les quatre ans, les effets spécifiques des crédits du FIR sur les territoires.

*(Les amendements n° 1159 et 1187, repoussés par la commission et le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Sylvia Pinel, pour soutenir l'amendement n° 589.

**Mme Sylvia Pinel.** Cet amendement précise que la coordination des soins, qui est réglementairement dévolue aux établissements d'hospitalisation à domicile, ne figure pas dans les missions des prestataires de services et des distributeurs de matériels, mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Nous en avons déjà parlé en commission. Avis défavorable.

*(L'amendement n° 589, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 1610.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Cet amendement vise à faire entrer dans la loi la notion de pertinence des soins.

L'amélioration de la pertinence des soins est une priorité de l'action du Gouvernement dans la nouvelle stratégie de santé qu'il déploie. L'objectif est de lutter contre les actes inutiles, redondants, voire dangereux. Nous souhaitons dynamiser les actions concrètes des établissements de santé et des professionnels qui y exercent.

La mesure comporte trois dispositifs incitatifs. Tout d'abord, elle demande aux ARS d'identifier les établissements présentant des écarts significatifs de pratiques et de volumes d'actes par rapport à la moyenne régionale ou nationale, pour une activité et un public comparables. Deuxièmement, elle invite les établissements et les professionnels de santé à se saisir eux-mêmes de la question, et à élaborer et mettre en œuvre un programme d'amélioration de la pertinence des soins pour corriger ces écarts. Enfin, elle prévoit de tenir compte des résultats de l'action engagée lors de l'évaluation qui est réalisée avant tout renouvellement d'autorisation.

Le bénéfice attendu de la mesure, qui vise à mobiliser les établissements et les professionnels, est une amélioration de la qualité des soins.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** La commission n'a pas pu examiner cet amendement, monsieur le président, mais à titre personnel, j'émet bien entendu un avis très favorable à son adoption.

**M. Pierre Dharréville.** Sans blague !

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** La recherche de la pertinence des soins accompagne parfaitement celle de la qualité et de la sécurité des soins. La majorité se réjouit que le Gouvernement avance rapidement sur ces enjeux majeurs.

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

**M. Pierre Dharréville.** Sur la forme, j'ai déjà eu l'occasion de le dire, nous regrettons la méthode visant à introduire des amendements si tard dans notre débat. Nous n'avons eu que deux jours pour préparer et analyser le PLFSS, et quelques heures pour étudier ce type d'amendements.

Sur le fond, nous nourrissons plusieurs critiques à l'encontre de cet amendement, qui se situe dans la même logique que ce dont nous avons discuté ce matin. D'une certaine façon, on pourrait penser que cet amendement s'inscrit dans une démarche punitive à l'encontre des hôpitaux ayant du mal à faire face à leurs difficultés. Il s'agit, une fois de plus, d'exiger la qualité des soins sans donner les moyens nécessaires aux établissements. Vous confiez de nouvelles prérogatives aux ARS pour contrôler des hôpitaux déjà à l'os, les confortant par là dans un rôle d'inspecteur des travaux finis.

Il y a un an, madame la ministre, vous disiez qu'il fallait en finir avec l'hôpital-entreprise et mettre un terme à la course à l'activité. Je suis d'accord. Toutefois, par le biais de l'amendement n° 1610 et d'autres dispositions, vous instaurez de nouvelles procédures visant à rendre les hôpitaux « efficaces » et à leur imposer des « démarches qualité » – tout un langage que nous connaissons dans d'autres contextes. Tout cela suggère qu'à vos yeux, il n'y a pas de problème de sous-financement de l'hôpital, mais un simple problème d'organisation. Sur ce point, votre diagnostic diffère du nôtre.

Jusqu'où faut-il pousser les logiques de comparaison entre hôpitaux, voire de classement ? Jusqu'aux logiques de zèle, dans ce qu'on appelle le « management des personnels des hôpitaux » ? Jusqu'où faut-il étendre la logique d'uniformisation des établissements de soins, laquelle est d'ailleurs contradictoire avec la logique d'innovation que vous tâchez de promouvoir par le biais d'autres articles du PLFSS, quitte à nier la spécificité de certains établissements ?

Les professionnels de santé ne sont pas de simples exécutants. Ils maîtrisent un savoir leur permettant de se situer dans leur environnement et de relever les défis qui leur sont lancés. En fin de compte, je doute que le remplacement de l'hôpital-entreprise par l'hôpital efficace constitue une véritable transformation. Pour notre part, nous ne voulons pas d'un hôpital « managé », mais d'un hôpital mis au service de l'humain et de l'accès aux soins. Nous voterons donc contre cet amendement. (*Mme Caroline Fiat applaudit.*)

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

**M. Jean-Pierre Door.** L'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins ne relève pas uniquement de la responsabilité du Gouvernement, mais de celle de chaque acteur de santé. Je formulerai deux observations. Sur la forme, je regrette que nous ne prenions connaissance de cet amendement important qu'en séance publique, d'autant plus que les

représentants des professions de santé invités à s'exprimer dans les colloques organisés cet été ont tous évoqué la pertinence des soins. Il ne s'agit donc pas d'un sujet nouveau.

Sur le fond, nous sommes évidemment favorables à l'amendement. Plus de 25 % des actes médicaux prescrits sont quasi-inutiles, comme l'ont prouvé toutes les études sur le sujet, dont une menée par l'OCDE à l'échelle européenne – le problème de la prescription d'actes médicaux considérés comme inutiles est donc commun à tous les pays européens. Même la fédération hospitalière de France – FHF – a confirmé, dans le cadre de ses études et de ses analyses, que près de 10 milliards d'euros de dépenses sont considérés comme inutiles. Nous soutenons donc l'amendement, tout en déplorant qu'il ne nous ait pas été soumis plus tôt.

**M. le président.** La parole est à Mme Valérie Rabault.

**Mme Valérie Rabault.** Nous regrettons également que cet amendement arrive si tard. Pour le reste, j'observe qu'il existe une hétérogénéité entre les ARS. Or nous ne savons pas qui, concrètement, sera chargé de procéder à ces évaluations. Si elles ne sont pas menées à l'échelle nationale, mais par les ARS, cela présente le risque de translater l'hétérogénéité de leurs jugements d'ores et déjà observable. Le dispositif que vous proposez, madame la ministre, pose donc un problème d'application.

Par ailleurs, j'imagine que tout n'est pas standardisable, pour autant que ce mot existe. Il importe donc que l'appréciation de la pertinence des soins se fasse avec une certaine finesse. Sinon, tout cela pourrait avoir des conséquences négatives pour certains établissements.

**M. le président.** La parole est à M. Brahim Hammouche.

**M. Brahim Hammouche.** Les membres du groupe MODEM soutiennent cet amendement de bon sens et qui est très attendu en vue d'harmoniser les pratiques médicales. N'oublions pas que la iatrogénie – les effets néfastes et les accidents provoqués par les soins prodigués – est élevée dans notre pays. Il est donc souhaitable d'harmoniser les pratiques médicales dans le cadre des ARS, dont je tiens à prendre ici la défense. Celles-ci sont souvent composées de médecins et de professionnels de santé qui se rendent sur le terrain et voient ce qui s'y passe.

**Mme Valérie Rabault.** Nous, on ne les voit jamais !

**M. Brahim Hammouche.** Les ARS sont bien informées des pratiques en vigueur dans les établissements de santé et y sont sensibles. Nous soutenons l'amendement, qui va dans le bon sens en matière de pratiques médicales. Il nous semble très important.

**M. le président.** La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Nous soutenons également l'amendement. Tous ici, nous sommes favorables au renforcement de la pertinence des soins. Je partage toutefois la crainte exprimée par Mme Rabault sur le risque d'hétérogénéité d'une évaluation de la pertinence des soins menée par les ARS – sans pour autant remettre en cause leur travail. Madame la ministre, envisagez-vous de leur imposer un cahier des charges définissant ce qu'est selon vous la pertinence des soins ?

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je me permets de revenir sur cet amendement, qui est fondamental. Je suis désolée qu'il n'ait été déposé qu'hier après-midi. La raison en est que sa rédaction a été difficile. En effet, les premières versions qui m'ont été soumises présentaient le risque de placer en difficulté des établissements qui travaillent bien. J'ai donc demandé à mes services d'en revoir la rédaction afin d'aboutir à une version permettant de mobiliser les équipes soignantes autour de la question de leurs pratiques et de leurs éventuelles déviations.

Je m'adresserai plus particulièrement à vous, monsieur Dharréville, car il me semble que vous n'avez pas bien compris de quoi il retourne. J'aimerais donc vous donner des exemples concrets.

Nous savons aujourd'hui, selon les données publiées par l'IRDES – Institut de recherche et documentation en économie de la santé – et par l'ATIH – agence technique de l'information sur l'hospitalisation –, dont les agents connaissent les activités des établissements de soins, que le taux de recours à la césarienne, dans certains départements, est quatre fois supérieur à la moyenne nationale. Rien n'explique la multiplication par quatre de ce taux dans un département. Il est donc fort probable que certains praticiens recourent trop facilement à des césariennes, contrairement à d'autres obstétriciens.

L'idée est d'informer chaque établissement de soins sur le caractère excessivement déviant de ses pratiques par rapport à la moyenne nationale, et d'y encourager les professionnels de santé à réfléchir à leurs façons de procéder, notamment en vérifiant qu'ils se conforment aux procédures habituelles publiées par les sociétés savantes et s'inscrivent dans une démarche d'amélioration de leurs pratiques médicales.

Bien entendu, l'idée n'est pas de ramener tous les établissements de soins exactement à la moyenne nationale. Nous comprenons parfaitement qu'il existe des écarts, que peuvent expliquer des différences de population. Toutefois, lorsque la déviation des taux par rapport à la moyenne nationale atteint une telle ampleur, cela intrigue.

Second exemple : la chirurgie bariatrique, dont nous savons qu'elle est en plein essor. Notre taux de recours à la chirurgie bariatrique est deux à trois fois supérieur à celui observé chez nos voisins européens. Certaines cliniques qui s'installent se consacrent exclusivement à la chirurgie bariatrique. Nous avons le sentiment que certains patients sont opérés sans réelle justification compte tenu de leur indice de masse corporelle. On opère des gens qui pourraient être considérés comme obèses mais qui ne le sont pas suffisamment, en quelque sorte, pour faire l'objet d'une recommandation de recours à la chirurgie bariatrique.

Dans certains départements, ces pratiques se sont tellement développées qu'on en vient à une activité non régulée, soit précisément ce que vous déplorez, monsieur Dharréville. Nous savons que ces établissements sont financés par l'assurance maladie, et que ces malades ne devraient pas être opérés. Nous savons aussi que le suivi de ces patients, qui doit en principe être très normalisé en raison du risque de carence vitaminique qu'ils encourent, n'est pas assuré. Dès lors, dans la mesure où nous devons renouveler les autorisations de pratiquer la chirurgie bariatrique aux établissements, peut-être devons-nous veiller à ce qu'ils se conforment aux bonnes pratiques ainsi qu'aux recommandations de la Haute autorité de santé. Telle est l'idée.

Je ne vois pas quel député pourrait s'opposer à une forme de régulation des soins par la qualité et la pertinence, laquelle au demeurant n'est pas très punitive. Le dispositif consiste à transmettre à un établissement les chiffres de ses pratiques par rapport à la moyenne nationale, à l'engager à réfléchir sur ses modes de pratique et éventuellement, si la déviance persiste plusieurs années, à ne pas renouveler son autorisation d'activité. Une telle régulation me semble saine.

**M. Jean-Pierre Door.** En effet !

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je suis désolée d'avoir déposé l'amendement trop tard pour qu'il soit bien compris sur tous les bancs. Je vois bien que les membres du groupe communiste n'en avaient pas compris la teneur.

**M. Jean-Pierre Door.** Nous, nous avons compris !

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Il s'agit, me semble-t-il, d'un amendement susceptible d'être adopté à l'unanimité. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupe LaREM et MODEM.*)

(*L'amendement n° 1610 est adopté.*)

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 1081 rectifié.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Certains établissements de santé ont contracté des emprunts toxiques jusqu'à l'orée des années 2010. Aujourd'hui, plusieurs d'entre eux demeurent tributaires de ces produits financiers très insécurisants en raison de leur sensibilité aux variations du taux de change. Afin de sortir de cette situation, ces établissements renégocient avec les banques créancières de nouveaux emprunts qui se substituent aux précédents, ce qui leur permet d'en sécuriser le taux et d'étaler le remboursement de l'indemnité de sortie.

Toutefois, la possibilité de réaliser de telles opérations est limitée par l'obligation à laquelle sont soumises les banques de respecter un taux maximum d'intérêt, dit « taux d'usure », s'élevant à l'heure actuelle à 2,27 %. Il pourrait être plus intéressant, pour les établissements, d'emprunter à un taux supérieur et de couvrir par ce moyen tout ou partie de l'indemnité de sortie attachée à l'emprunt toxique.

L'objet de cet amendement est donc d'octroyer une dérogation au taux d'usure, semblable à celle prévue pour les collectivités locales par la loi de finances pour 2016. Cette disposition permettra de réduire le risque financier auquel les établissements de soins sont exposés, et donc la charge financière pesant sur les comptes de l'assurance-maladie en cas d'accroissement du déficit.

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

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

**M. le président.** La parole est à Mme Valérie Rabault.

**Mme Valérie Rabault.** Madame la ministre, vous venez de présenter l'amendement n° 1610 sur l'évaluation des soins, dont nous partageons certains aspects. L'amendement n° 1081, lui, est relatif aux emprunts toxiques qu'un certain nombre de directeurs financiers et de directeurs d'hôpital ont souscrits. Nous avons longuement débattu du même sujet s'agissant des collectivités locales en 2013, 2014, 2015... – chaque année, le débat revient.

Par le biais de cet amendement, vous donnez un blanc-seing à ces directeurs financiers.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** C'était il y a dix ans !

**Mme Valérie Rabault.** Je sais, madame la ministre, mais il arrive parfois qu'on les retrouve en poste dans les établissements de soins. On sait où ils sont et qui ils sont. Nous voterons l'amendement, car il ne saurait être question de fragiliser les hôpitaux qui subissent les conséquences de décisions prises il y a dix ans. J'aimerais toutefois que les directeurs d'établissement et les directeurs financiers ayant souscrit à ces prêts fassent l'objet d'un minimum de rigueur de la part de vos services, madame la ministre, et soient a minima privés de promotion. Au moins ça.

**M. Alain Ramadier.** C'est un peu rude !

**Mme Valérie Rabault.** J'ai certains cas précis à l'esprit. Je sais bien qu'il faut aussi tenir compte de considérations qui relèvent de la gouvernance élargie ou de la cogestion des hôpitaux, mais nous parlons tout de même de plusieurs milliards d'euros. C'est loin d'être négligeable et, au bout du compte, c'est toujours l'assurance maladie qui paie. J'aimerais donc que les directeurs d'hôpitaux et les directeurs financiers concernés soient a minima privés de promotion.

*(L'amendement n° 1081 rectifié est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 1611.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Dans le cadre du plan « ma santé 2022 », nous avons prévu plusieurs dispositions visant à aider la médecine libérale de proximité à se structurer. Dans ce cadre, nous avons prévu le déploiement de 4 000 postes d'assistants médicaux ainsi que la création de 1 000 communautés professionnelles territoriales de santé d'ici 2022, en vue de libérer du temps médical et de renforcer l'exercice coordonné de la médecine entre professionnels de santé. Structurer les soins de proximité au profit de nos concitoyens constitue une priorité du Gouvernement.

Nous prévoyons, par le biais de cet amendement, que les assistants médicaux fassent l'objet d'un avenant à la convention médicale, et que les CPTS fassent l'objet d'un accord conventionnel interprofessionnel. Dans les deux cas, il faut rouvrir des négociations au cours du mois suivant l'adoption du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Afin d'inciter des médecins à rejoindre un mode d'exercice de la médecine regroupée, trois conditions d'éligibilité au financement des assistants médicaux seront fixées : exercer dans un cabinet de groupe, être inscrit dans un exercice coordonné – par exemple une CPTS – et enfin offrir un bénéfice mesurable à la population en augmentant le nombre de patients suivis par ces médecins.

En outre, pour faire de l'exercice coordonné un cadre de référence pour l'ensemble des professionnels de santé, le principe d'une modulation de leur rémunération en fonction de leur participation à un mode d'exercice coordonné figurera parmi les dispositions communes aux différentes conventions.

Les mesures conventionnelles devront entrer en vigueur sans délai, afin de garantir une montée en charge rapide de ces dispositifs sur le terrain dès 2019.

Grâce à la mobilisation des partenaires conventionnels et à l'implication des acteurs de santé, les engagements du Président de la République seront ainsi concrétisés dès les premiers mois de 2019 afin d'améliorer effectivement l'accès aux soins sur les territoires et d'inciter fortement les professionnels de santé à un exercice regroupé.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** La commission des affaires sociales n'a pas pu se prononcer sur cet amendement, déposé pendant la discussion en séance. Mais nous ne découvrons pas ces dispositions : elles ont été présentées de façon détaillée par le Président de la République lorsqu'il a exposé le plan « ma santé 2022 ». La ministre de la santé est de surcroît plusieurs fois intervenue sur le double enjeu que porte l'amendement.

Il s'agit tout d'abord d'inciter très fortement les professionnels de santé à exercer leur métier de façon regroupée, de façon coordonnée les uns avec les autres, afin de sortir définitivement de l'exercice isolé. Les CPTS, héritage de la loi de modernisation de notre système de santé, seront rénovées et étendues à l'ensemble du territoire. Cette coordination des professionnels, surtout à l'heure des maladies chroniques, est absolument essentielle : les patients doivent être mieux orientés et accompagnés au cours de leur parcours de soins.

Il s'agit ensuite – et c'est là une réponse à une revendication ancienne de nombre de professionnels de santé – de créer des assistants médicaux, afin de dégager du temps médical. Les médecins sont souvent débordés, saturés de travail. Un assistant médical dans une maison médicale de garde permettra d'épargner 15 % à 20 % d'heures par médecin, puisqu'il pourra par exemple gérer toute la paperasse, et également d'améliorer l'accompagnement du patient : le médecin pourra passer plus de temps avec lui pour lui expliquer sa maladie et la marche à suivre. Il y aura aussi plus de temps pour suivre les patients dans tout ce qui ne relève pas du médical.

Je ne pense pas m'avancer de façon exagérée en disant que la majorité sera très favorable à cet amendement. J'espère même qu'il fera l'unanimité. À titre personnel, j'émets en tout cas un avis favorable.

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

**M. Jean-Pierre Door.** Les CPTS peuvent se révéler très satisfaisantes, mais sous réserve, madame la ministre, que les missions et les objectifs qui leur seront fixés tiennent compte des territoires et de l'analyse locale, et surtout à condition que les contractants soient les professionnels de santé eux-mêmes. Le mouvement doit venir du terrain : ce sont les professionnels de santé qui doivent construire leur projet, pas les ARS. Il est indispensable qu'ils soient accompagnés dans la réflexion sur le meilleur moyen de s'organiser.

Il faut éviter à tout prix, je le dis fermement, que les CPTS ne connaissent le sort de certaines maisons de santé pluri-professionnelles : construites dans le but d'attirer des médecins, français ou étrangers, elles ne sont aujourd'hui que des coquilles vides.

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

**Mme Caroline Fiat.** Madame la ministre, j'ai deux questions. D'une part, qui fixera le nombre de patients qu'il faudra suivre pour justifier l'emploi d'un assistant médical ?

D'autre part, quand le Président de la République a annoncé le plan santé, il a annoncé la création des assistants médicaux, mais il a dit aussi qu'il aimerait trouver une solution pour les aides-soignants en fin de carrière. Je le dis haut et fort : il me semble que les attributions des assistants médicaux se retrouvent entièrement dans notre fiche de poste, à nous les aide-soignants !

Monsieur Macron a eu une bonne idée, il faut en profiter ! (*Sourires.*) Ne serait-il pas possible que des postes d'assistants médicaux soient réservés aux aide-soignants en fin de carrière ? Ce serait vraiment positif.

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

**M. Pierre Dharréville.** Pour revenir d'un mot sur le débat précédent, madame la ministre, nos objectifs sont les mêmes, et je vous remercie de ne pas avoir mis ce point en doute. Je ne vous fais nul procès d'intention : ce que nous critiquons, c'est la démarche, le cadre général, avec les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins et les injonctions qui peuvent en résulter. Mais le débat est clos.

S'agissant de l'amendement n° 1611, nous ne sommes pas par principe opposés à ces mesures, principalement incitatives, et qui impliquent des négociations avec les professionnels de santé. Nous sommes néanmoins conscients, comme vous, sans doute, qu'elles ne régleront pas seules le problème de démographie médicale et de répartition des médecins sur le territoire que nous rencontrons.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Elles contribueront à le régler !

**M. Pierre Dharréville.** Les CPTS s'inscrivent dans le mouvement de décloisonnement entre hôpital et médecine de ville. Elles visent à favoriser l'accès aux soins de premier recours. Si, je le redis, nous n'y sommes pas opposés, il ne faudrait pas que ces structures servent de prétexte pour réduire les financements alloués au service public hospitalier et fermer progressivement les hôpitaux de proximité. Le service public hospitalier, et ses personnels, doivent recevoir des investissements équivalents.

Favoriser l'exercice regroupé des médecins, nous y sommes favorables. Ils le demandent d'ailleurs eux-mêmes, et cela peut en effet constituer une solution face à la pénurie de médecins dans certains territoires. Nous aimerions toutefois obtenir des assurances du Gouvernement sur le développement des centres de santé : quand ils sont mis en place, ils fonctionnent, à l'inverse parfois des maisons de santé, qui ressemblent trop souvent à des cages sans oiseaux.

S'agissant des assistants médicaux, nous aimerions aussi des garanties sur ce nouveau métier. Quel sera le niveau de formation ? Et les actes effectués ? Beaucoup de questions demeurent mais, Mme Fiat l'a dit, cela peut être positif en termes de possibilités d'évolution de carrière.

Il y aurait d'autres métiers à créer, pour aider à la coordination des parcours de soins par exemple, notamment pour les patients en perte d'autonomie.

Nous sommes prêts à voter cet amendement si Mme la ministre nous apporte des garanties sur les points que je viens de soulever.

**M. le président.** La parole est à Mme Gisèle Biémouret.

**Mme Gisèle Biémouret.** En ce qui concerne les assistants médicaux, les questions du groupe Socialistes rejoignent celles de Pierre Dharréville sur leur formation et les tâches dont ils seront chargés. Je souligne que, dans les territoires ruraux, les cabinets d'infirmiers libéraux occupent une grande place, notamment auprès des personnes âgées. Nous avons besoin d'eux, et ils n'arrivent pas à faire face à toutes leurs tâches.

Par ailleurs, certaines zones ne font pas partie des zones prioritaires où l'on peut recevoir des financements destinés à favoriser l'installation de médecins. Les assistants médicaux pourront-ils néanmoins y être financés ?

**M. le président.** La parole est à Mme Sylvia Pinel.

**Mme Sylvia Pinel.** S'agissant des assistants médicaux, je suis pour ma part assez réservée. Ce n'est pas nécessairement à mon sens le meilleur moyen de revaloriser la médecine générale.

Vous avez indiqué, madame la ministre, que les assistants médicaux interviendraient dans le cadre d'un exercice de groupe. Or, nous connaissons l'état de la démographie médicale, dont nous avons débattu hier ; nous savons que, dans les zones en tension, l'exercice de groupe est parfois difficile. Un médecin généraliste peut exercer seul parce qu'il n'y a pas de projet de maison pluridisciplinaire de santé autour de lui. Votre dispositif pourrait donc ne pas trouver à s'appliquer dans les zones en tension.

Pouvez-vous aussi nous apporter des garanties sur la pérennité du financement de ces assistants médicaux ? J'ai cru comprendre qu'il n'était aujourd'hui prévu que pour une année.

Enfin, je voudrais faire écho aux propos tenus ce matin par François Jolivet à propos de l'articulation entre ARS et CPTS. Quel sera le pouvoir de décision, d'organisation, de structuration des professionnels de santé, que vous souhaitez inciter à se regrouper ? Comment leur rôle s'articulera-t-il avec celui qui sera dévolu aux ARS ?

**M. le président.** La parole est à M. Brahim Hammouche.

**M. Brahim Hammouche.** Pour le groupe MODEM, cet amendement pose trois sujets d'importance : la question des territoires, avec les CPTS, la question des soins primaires, qui doivent être remis au cœur de notre organisation sanitaire, et enfin la question de la libération du temps médical, qui doit permettre au médecin de faire de la clinique – et c'est ainsi que nous ferons venir plus de médecins, et notamment de jeunes médecins, sur le terrain.

Cet amendement dessine un cadre, et devrait permettre d'avancer rapidement, ce qui est une nécessité. Mais des questions demeurent : comment ces mesures seront-elles financées ? Les assistants médicaux seront-ils en nombre suffisant ? Les professionnels devront s'exprimer sur ce sujet.

Le groupe MODEM votera bien sûr cet amendement.

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

**M. Francis Vercamer.** Le groupe UDI, Agir et indépendants s'interroge. L'amendement fait référence aux « conditions et modalités de participation financière au recrutement de personnels salariés intervenant auprès de médecins exerçant dans le cadre d'un exercice coordonné et ayant vocation à les assister dans leur pratique quotidienne et améliorer ainsi l'accès aux soins ». Quelles seront donc les fonctions de ces

assistants : s'agit-il de personnel paramédical, de personnel administratif ? S'il s'agit de personnels paramédicaux, quelle sera la place de l'infirmière ? Ne vaudrait-il pas mieux revaloriser le travail d'infirmière ?

Quant au financement, j'ai, comme tout le monde, interrogé des médecins. Ils ne sont pas hostiles au dispositif, mais ils se demandent si le financement sera pérenne : si seule la première année est financée, et qu'ensuite c'est à eux, ça change tout !

Sur le fond, nous ne sommes pas opposés aux changements proposés par le Gouvernement : nous sommes pour la réforme. Mais encore faut-il qu'elle soit utile, qu'elle apporte une véritable plus-value, notamment dans les déserts médicaux. Voilà pourquoi, avant de voter cet amendement, nous aimerions des renseignements complémentaires.

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

**M. Julien Borowczyk.** Cet amendement est assez technique, et j'aimerais préciser quelques points.

Une CPTS, c'est finalement une sorte de maison de santé virtuelle : on n'est pas sous le même toit, mais on se regroupe grâce à des logiciels communs. L'interopérabilité entre les professionnels de santé est un point crucial.

Les infirmières, et en tout cas les infirmières de pratique avancée, ont toute leur place dans ce dispositif. Mais elles n'exerceront pas forcément le rôle d'assistant médical. Celui-ci s'occupera en particulier de coordination, ce qui manque aujourd'hui à la profession médicale. En prenant en charge tout ce qui est périphérique, il va redonner du temps de soin au médecin, qui pourra ainsi traiter 20 % à 30 % de patients en plus. Dans les territoires désertifiés, c'est vraiment très important.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je vais essayer de répondre à chacun.

Monsieur Dharréville, vous vous inquiétez de l'avenir des hôpitaux de proximité. Mais un des objectifs de la réforme est bien, je l'ai dit, que tous les établissements et hôpitaux locaux voient leur existence garantie et continuent d'assurer des soins de proximité. Nous allons ainsi labelliser 500 à 600 « hôpitaux de proximité », dont les missions seront extrêmement bien déterminées. Nous y reviendrons dans le futur projet de loi de santé : s'agissant d'une mesure qui n'est pas financière, elle ne peut être inscrite dans le PLFSS.

La réforme comprend bien deux leviers, l'un qui passe par la structuration de la médecine libérale de proximité et l'autre par celle des hôpitaux de proximité, recentrés sur des missions de proximité : la médecine polyvalente, un plateau technique de biologie et radiologie, la médecine gériatrique, des soins de suite et, éventuellement, des équipes mobiles de soins gériatriques ou palliatifs.

Nous travaillerons donc à définir ces hôpitaux de proximité, que nous financerons de façon à assurer leur pérennité, mais cela ne peut figurer dans le PLFSS.

Mme Fiat, vous posiez la question des aide-soignants. Les postes d'assistants médicaux, bien qu'ils ne leur aient pas été réservés, semblent en effet très bien correspondre à ce que

pourrait être leur deuxième partie de carrière. C'est ce qui ressort de ces missions telles qu'elles commencent à se définir et telles qu'elles existent dans les autres pays européens.

Les assistants médicaux prennent connaissance du dossier médical, vérifient que les vaccins sont à jour, que les dépistages ont été réalisés l'année précédente, que les coordonnées administratives sont bien remplies, prennent le poids, la tension et éventuellement la température... Ces missions peuvent parfaitement être assumées par des aide-soignants.

À mon sens, les infirmières disposent de compétences allant bien au-delà de ce que l'on demandera aux assistants médicaux. Même si l'on peut imaginer que des infirmières puissent souhaiter occuper ces fonctions, cela ne me semble pas tout à fait approprié. Les postes d'assistants médicaux correspondent en effet plutôt à des profils d'aide-soignants cherchant une reconversion.

Ensuite, vous avez été nombreux à vous demander quels seraient le cadre et le contenu du dispositif, si son financement serait pérenne ou non, s'il émanerait du terrain ou d'un cadrage purement administratif...

C'est exactement l'objet de l'amendement du Gouvernement : renvoyer aux négociations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professionnels l'ensemble des questions relatives au financement des assistants médicaux, au cadrage de leurs missions, ainsi qu'au financement des CPTS et à leurs missions en termes de services rendus au public. Car nous pensons qu'il revient aux professionnels de définir eux-mêmes leurs besoins et la façon dont ils seront financés.

En revanche, nous souhaitons que ces négociations professionnelles ne s'éternisent pas, de façon à ce que la réforme puisse être mise en œuvre très rapidement. Nous donnons donc trois mois aux partenaires pour aboutir à un cadrage de ce que sera cette médecine libérale de proximité de demain, mieux coordonnée et qui, je l'espère, permettra de répondre aux besoins.

De nombreux députés, notamment M. Hammouche ou Mme Pinel, m'ont interrogée sur l'utilité des assistants médicaux. Déjà présents dans d'autres pays, ils répondent à une demande très forte des syndicats de médecins libéraux. Ceux qui sont médecins dans cet hémicycle savent bien que certains actes, effectués dans le temps de la consultation, pourraient être remplis par d'autres. Ces actes représentent jusqu'à 15 % du temps de la consultation.

C'est la raison pour laquelle il ne nous semble pas très approprié qu'un assistant médical n'aide qu'un seul médecin libéral, exerçant de façon isolée : il aurait alors beaucoup de temps libre. Il serait bien plus utile en aidant deux, trois ou quatre médecins.

L'idée est donc que ces assistants médicaux soient essentiellement réservés aux exercices groupés, en priorité dans les zones sous-denses évoquées par Mme Rabault. Évidemment, nous voulons renforcer le temps médical des médecins, qui exercent dans les zones sous-denses. Nous souhaitons donc que les assistants médicaux aillent prioritairement là où nous avons besoin de rendre du temps aux médecins.

Toutes les dispositions devant être discutées lors de la négociation conventionnelle, il est possible d'imaginer que, dans certains territoires où l'exercice regroupé n'est pas possible, au fond d'une zone de montagne ou de la Guyane par exemple, un médecin très isolé reçoive l'aide

d'un assistant médical. Rien ne l'interdit. Mais la philosophie de la réforme reste de dégager du temps médical pour des médecins en exercice regroupés, dans des zones sous-denses. Nous faisons donc confiance à cette négociation conventionnelle.

Certains députés ont également évoqué les ARS. Leur rôle est non seulement de définir un projet régional de santé, qu'elles signent avec les partenaires de santé, mais aussi d'animer et surtout de susciter les futures CPTS, pour faire en sorte que les professionnels se rencontrent et aient envie de s'inscrire dans un tel exercice. Les financements, définis dans un cadre conventionnel, proviendront cependant de l'assurance maladie.

Ce n'est donc pas l'ARS qui décidera, du haut de sa tour d'ivoire – les directeurs généraux d'ARS sont souvent envisagés comme très distants, alors qu'ils sont beaucoup plus proches du terrain qu'on ne l'imagine. Surtout, ils ne sont pas seuls à la manœuvre pour définir une CPTS. Mais, parce qu'ils ont une bonne idée du nombre de professionnels qui exercent dans le bassin de vie et des besoins de celui-ci, ils peuvent susciter une communauté professionnelle territoriale de santé.

**M. le président.** Monsieur Bruneel, il y a déjà eu un orateur par groupe, mais je veux bien vous donner brièvement la parole... On voit tout de même qu'il est préférable de pouvoir examiner les amendements en commission.

**M. Alain Bruneel.** Merci, monsieur le président. J'ai bien entendu Mme la ministre répondre aux différentes questions posées. Comme tout député et tout citoyen, je m'interroge sur ce qui est nouveau. Ce qui existe sur le papier, on ne sait trop comment ce sera appliqué.

J'ai bien compris qu'il faut laisser du temps de consultation aux médecins, notamment dans les zones désertifiées, pour répondre aux besoins des citoyens et les rassurer. Mais, sans vouloir opposer les médecins libéraux au secteur public, je m'interroge sur la création de ces 4 000 assistants médicaux à un moment où il est question de la souffrance induite par le manque de personnel dans les EHPAD et les hôpitaux. Je ne sais pas si quelque chose est prévu dans le plan « ma santé 2022 », mais il serait bon que nous y réfléchissions, madame la ministre, à moins que vous ne l'ayez déjà fait.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Tout à fait !

*(L'amendement n° 1611 est adopté.)*

**M. le président.** L'amendement est adopté à l'unanimité. *(Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM et MODEM.)*

**M. Pierre Dharréville.** À l'unanimité des votants !

**M. le président.** La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 550.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Cet amendement vise à transposer le dispositif existant pour les infirmières aux masseurs kinésithérapeutes, afin de lutter contre la rareté de ces derniers à l'hôpital et d'insister sur la vraie raison de cette absence, à savoir, comme l'a évoqué le rapporteur général, des rémunérations trop faibles.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Nous avons déjà eu ce débat en commission, et vous aviez retiré votre amendement, madame la députée. Je vous suggère d'en faire de même à présent, si vous en êtes d'accord.

**M. le président.** Retirez-vous votre amendement, madame Firmin Le Bodo ?

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Je le retire, monsieur le président. Du moins le sujet aura-t-il été abordé.

*(L'amendement n° 550 est retiré.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 546 et 1178.

La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 546.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Le présent amendement a pour objet de mettre le droit en conformité avec la pratique. Certains établissements de santé privés facturent eux-mêmes les actes dispensés par leurs médecins salariés auprès des organismes locaux d'assurance maladie. Cette situation, courante en pratique, rend aujourd'hui légitime la participation des fédérations représentatives des établissements privés à la négociation et à la conclusion de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, ainsi qu'à ses avenants.

Cet amendement vise donc à permettre aux fédérations hospitalières privées de participer aux négociations conventionnelles des tarifs du secteur pour les médecins salariés. En commission, M. le rapporteur général a bien volontiers reconnu être en accord avec ce principe. Il suffit maintenant de passer à l'acte.

**M. le président.** La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 1178.

**M. Francis Vercamer.** Il est défendu, monsieur le président.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** D'abord, une petite intervention préliminaire : comme chaque année, mais particulièrement cette année, les députés, sur l'ensemble de ces bancs, ainsi que votre rapporteur général, ont été destinataires de dizaines, voire d'une centaine d'amendements provenant des fédérations hospitalières – privées, publiques, privées non lucratives.

Je le dis à titre informatif, sans aucune passion. Nous allons examiner près de 200 amendements, souvent identiques, déposés par paquet de cinq, six, huit par des députés des différents bords, y compris parfois d'ailleurs de la majorité.

Je ne veux stigmatiser personne, mais ces amendements défendent très clairement les positions des différentes fédérations hospitalières. Parfois, même, le député qui présente à son compte l'amendement n'a pas pris le soin de retirer le nom de la fédération qui l'a inspiré. On se retrouve avec la même rédaction, la même syntaxe, et parfois même le nom de la fédération qui en est à l'origine !

Ces amendements peuvent être tout à fait légitimes par ailleurs. Je ne les évoque pas pour en critiquer le fond. Je fournirai cependant des réponses assez courtes sur ces amendements, qui sont examinés chaque année, en commission et en séance, y compris lors de la dernière législature.

Pour la bonne tenue des débats, étant donné l'heure qui passe et le nombre de sujets importants qui restent, je voulais donner cette information, sans stigmatiser quiconque.

Madame Firmin Le Bodo, monsieur Vercamer, nous avons discuté de votre amendement en commission. Vous avez raison de dire qu'aujourd'hui, la valeur attribuée aux actes et consultations externes est déterminée dans une convention entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, dont l'hôpital est exclu. Bien que ce dispositif ne soit pas le plus évident, c'est ainsi qu'il a été conçu historiquement.

Comme en commission, je remarque que ces amendements ne ciblent que les établissements privés, non publics ou associatifs. Je me doute donc de leur origine ! Je vous propose donc de le retirer. Peut-être pourrions-nous ensuite discuter d'une autre formulation. Il est très compliqué d'intervenir dans un dialogue conventionnel installé depuis des dizaines d'années et d'introduire un nouveau partenaire, même si, encore une fois, je comprends l'intérêt de la question. Ayant moi-même soulevé ce point dans un rapport précédent, je ne peux pas dire le contraire.

*(Les amendements n° 546 et 1178 sont retirés.)*

**M. le président.** Nous en venons à cette fameuse série d'amendements identiques d'inspiration commune. *(Sourires.)* Il s'agit des amendements n° 141, 481, 585, 738, 1030 et 1191.

La parole est à M. Alain Ramadier, pour soutenir l'amendement n° 141.

**M. Alain Ramadier.** Il est défendu, monsieur le président.

**M. le président.** La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 481.

Décidément, ces amendements n'ont pas de frontière et, pour une fois, madame Ménard, cela vous convient ! *(Sourires et applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.)*

**Mme Emmanuelle Ménard.** En effet, monsieur le président, cela me convient très bien s'il s'agit de la santé !

Cet amendement a pour objet de demander une étude d'impact préalable sur les activités hospitalières et médico-sociales, publiques et privées, des dispositions conventionnelles proposées à votre agrément, madame la ministre, et ayant des conséquences importantes pour la gestion des établissements de santé.

**M. le président.** La parole est à Mme Sylvia Pinel, pour soutenir l'amendement n° 585.

**Mme Sylvia Pinel.** Défendu !

**M. le président.** La parole est à Mme Élisabeth Toutut-Picard, pour soutenir l'amendement n° 738.

**Mme Élisabeth Toutut-Picard.** Dans le cadre des concertations qui précèdent le mécanisme d'approbation tacite ou d'opposition expresse des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, il importe que les mesures conventionnelles ayant des répercussions importantes sur le pilotage et la gestion des établissements sanitaires ou médico-sociaux puissent faire l'objet d'une étude d'impact préalable.

L'enjeu est d'élargir la nature des concertations qui éclairent le processus de décision de l'agrément ministériel des accords conventionnels.

**M. le président.** La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 1030.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Il est défendu.

**M. le président.** La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 1191.

**M. Francis Vercamer.** Défendu !

*(Les amendements identiques n° 141, 481, 585, 738, 1030 et 1191, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi de quatre amendements, n° 290, 590, 1173 et 1175, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n° 290 et 590 sont identiques.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 290.

**M. Gilles Lurton.** L'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, dont les dispositions sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2018, prévoyait que les transports inter-établissements en véhicule sanitaire léger ou en ambulance seraient désormais pris en charge par les établissements de santé.

La mesure est très débattue à l'heure actuelle. Insuffisamment anticipée, elle pourrait créer une inégalité entre les établissements, selon leur situation géographique ou le besoin quantitatif de certaines prestations. Dans une ville comme Rennes, qui compte un hôpital dans un coin de la ville, un CHU à l'autre bout et encore un hôpital au sud, les transports pour aller réaliser des examens dans une structure ou l'autre sont incessants, ce qui rend la situation un peu compliquée.

L'emploi du conditionnel est ici nécessaire car, en réalité, le coût de cette réforme pour les établissements est aujourd'hui inconnu, y compris pour les établissements eux-mêmes. Aussi, afin de gagner en lisibilité sur cette réforme, cet amendement vise à faire figurer le coût de cette mesure sur les arrêtés relatifs aux dotations et tarifs de chaque établissement.

Il apparaît également nécessaire d'évaluer précisément le coût du dispositif, pour en tenir compte dans le cadre d'une réévaluation des tarifs des établissements.

**M. le président.** La parole est à Mme Sylvia Pinel, pour soutenir l'amendement n° 590.

**Mme Sylvia Pinel.** J'insiste sur l'importance de cet amendement, qui fait écho à des difficultés concrètes rencontrées sur le terrain. Celles-ci concernent la comptabilisation du nombre de transports pour l'année  $n - 2$ , les incertitudes touchant les enveloppes dédiées, la réponse aux appels d'offres des sociétés de transport sanitaire – notamment par ambulance –, en particulier les plus petites d'entre elles. Je souligne également le risque, pour éviter de payer des transports, de retarder certains examens ou consultations et de les faire finalement supporter par la médecine de ville.

Au-delà de cet amendement, je vous demande de vous pencher sur ces problèmes matériels qui préoccupent de nombreux établissements.

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n<sup>os</sup> 1173 et 1175, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

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

**M. Francis Vercamer.** L'amendement n<sup>o</sup> 1173 vise à faire apparaître clairement dans les tarifs et les dotations des établissements de santé la part que représente le financement des transports inter-établissements, auxquels s'applique un coefficient en fonction de la situation géographique de chaque établissement.

Il est nécessaire de rétablir l'équité entre les établissements de santé et de garantir la lisibilité de la tarification. En effet, le PLFSS pour 2017 a créé deux difficultés : d'une part, les tarifs et les dotations ne sont pas publiés ; d'autre part, il n'est pas tenu compte du territoire dans lequel l'établissement de santé est implanté. Or la zone géographique est importante, vous vous en doutez, puisque la distance à parcourir entre deux établissements peut varier du simple au double, le relief étant un facteur aggravant. L'amendement prévoit donc que les tarifs seront notifiés et publiés annuellement afin d'améliorer la lisibilité de ce système.

L'amendement n<sup>o</sup> 1175, qui est un amendement de repli, a pour objet de demander au Gouvernement un rapport sur les conséquences pour les établissements de santé des coûts de transport auxquels ils doivent faire face.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** J'en conviens, une plus grande transparence est nécessaire. Nous savions que la réforme ne serait pas évidente à absorber pour les établissements de santé. Le plus souvent, sa mise en œuvre se passe très bien. Mais certains établissements ont pu s'abriter derrière la réforme pour adopter des pratiques en matière de transport de leurs patients qui posent question – le mot est faible au regard de certains faits divers relatés dans la presse.

À cet égard, la mention dans les tarifs de la part représentée par les transports est une bonne idée. Toutefois, une telle disposition relève non de la loi, mais de la négociation dans le cadre d'une campagne tarifaire, et de la concertation avec les fédérations de transport sanitaire – ces dernières ont un rôle très important à jouer. Inscrite dans la loi, la mesure n'aurait pas la même visibilité ni la même efficacité.

Je propose donc le retrait des amendements ; sinon, avis défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Pour les mêmes raisons que le rapporteur, avis défavorable. Les amendements sont satisfaits.

*(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 290 et 590 ainsi que les amendements n<sup>os</sup> 1173 et 1175, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n<sup>os</sup> 377 et 1500, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. le rapporteur général pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 377, qui fait l'objet d'un sous-amendement n<sup>o</sup> 1621 rectifié.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** La commission a adopté cet amendement visant à instaurer un nouveau mode de tarification aux urgences hospitalières afin

d'essayer de réorienter des patients dont l'état de santé ne relève pas de ces services. Selon les études, cela concerne 28 % à 41 % des patients accueillis.

Ceux-ci viennent aux urgences soit après avoir été mal adressés, soit faute de trouver un médecin en ville ou à l'hôpital, soit du fait de l'absence de reste à charge à l'hôpital, soit en raison d'une inquiétude qui est levée par un rapide examen médical. La fréquentation des urgences hospitalières augmente de 3 % par an ; 23 millions de personnes y sont accueillies chaque année.

Le problème tient à ce que les services d'urgence sont rémunérés à l'activité, sous la forme d'un forfait fixe, auquel s'ajoute un forfait variable selon la sévérité du cas du patient. Alors que nous cherchons à développer de nouvelles formules pour prendre en charge les soins urgents non programmés – maisons médicales de garde, parfois même à l'intérieur des murs des urgences, comme à Poissy dont j'ai déjà cité l'exemple, maisons de santé pluridisciplinaires –, les urgences ne parviennent pas à travailler en bonne intelligence avec ces structures, car la réorientation des patients leur fait perdre de l'argent. Il faut donc trouver des solutions.

J'en ai proposé une qui a été adoptée par la commission : lorsqu'un patient vient aux urgences et que son état n'est pas grave et relève d'une simple consultation médicale, il vaut mieux payer une consultation spécialisée d'urgence plutôt qu'un forfait d'hospitalisation. Pour inciter les urgences à réorienter les cas qui ne sont pas graves vers les offres de soins alternatives, quand elles existent, un forfait de réorientation est attribué à l'hôpital. Cette solution vise à enrayer la spirale non vertueuse du financement à l'activité – aucun service d'urgence n'a aujourd'hui intérêt à réorienter les patients.

Lorsque vous réduisez de 10 ou 15 % la population des urgences, vous libérez un temps médical très précieux pour permettre aux urgentistes de mieux prendre en charge les cas plus graves, et vous diminuez le nombre de patients qui attendent sur des brancards ainsi que les délais d'attente. De nombreux pays ont expérimenté ce type de moyens innovants d'éviter l'encombrement des urgences.

Depuis la semaine dernière, j'ai entendu – vous aussi, j'imagine – de nombreuses réactions de représentants de la médecine de ville et de la médecine hospitalière. Certains médecins ou établissements de santé ont fait part de leur envie de bénéficier d'un tel dispositif. D'autres considèrent qu'il n'est pas adapté à la situation de leur territoire, qui souffre d'une trop grande pénurie médicale. C'est la raison pour laquelle je présente un sous-amendement qui préfère à la généralisation l'expérimentation pendant une durée de trois ans par des établissements de santé volontaires – personne ne sera contraint.

Cette mesure n'est pas aussi contre-intuitive qu'elle y paraît. Pour vous prouver ma bonne foi et vous montrer que l'idée ne m'est pas venue comme ça, un matin en me levant, je citerai un rapport d'information du Sénat sur la situation des urgences hospitalières, corédigé par trois rapporteurs – l'une communiste, l'autre socialiste, Mme Génisson, et un du groupe Les Républicains – et s'inspirant de celui que j'avais remis à la ministre de la santé de l'époque sur l'évolution des modes de financement des établissements de santé. Voici sa première proposition : « utiliser le levier financier pour inciter les services d'urgences à se concentrer sur la prise en charge des patients nécessitant une intervention hospitalière, en modulant le montant du financement à

l'activité en fonction de la gravité des pathologies et des actes réalisés, et en créant un forfait de réorientation vers les structures de ville ». L'idée était si consensuelle au Sénat qu'elle a été votée à l'unanimité – le seul parti qui n'était pas représenté était le parti majoritaire, et pour cause : il n'y avait pas encore de sénateurs La République en marche.

**M. le président.** Le sous-amendement n° 1621 rectifié a ainsi été défendu.

La parole est à M. Jean-Pierre Door.

**M. Jean-Pierre Door.** Monsieur le rapporteur général, je vous apprécie (*Exclamations sur divers bancs*), nous appartenons à la même profession, nous avons exercé à l'hôpital tous les deux.

Lorsqu'un patient arrive aux urgences, ce n'est pas par plaisir. Souvent, il est un peu démuni, inquiet ; il n'a pas réussi à joindre son médecin traitant ; il n'a pas trouvé de médecin dans sa commune ; les portes se sont fermées plusieurs fois devant lui. S'il se rend aux urgences, c'est parce qu'il éprouve un besoin. Imaginez-vous le médecin ou l'infirmière lui disant : « on ne peut pas vous prendre, vous allez payer 40 euros et on vous conseille de retourner chez le médecin » ?

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Ce n'est pas cela !

**M. Jean-Pierre Door.** L'infirmière ou le médecin hospitalier téléphoneront-ils à un médecin pour le prévenir qu'ils lui envoient un patient ? Je n'y crois pas, puisqu'il n'y a pas de professionnels de santé disponibles.

Vous proposez une mesure totalement iconoclaste. Je n'imagine pas un service hospitalier, qui exerce une mission de service public, adopter une telle attitude, même s'il est saturé. Ce n'est pas une attitude médicale professionnelle, je regrette. J'ai été médecin hospitalier, j'ai travaillé aux urgences et en service de réanimation ; jamais je n'aurais osé dire à quelqu'un de quitter les urgences et d'aller voir son médecin traitant, surtout s'il n'en a pas.

Je ne comprends pas cet amendement.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Louis Touraine, pour soutenir l'amendement n° 1500.

**M. Jean-Louis Touraine.** Je propose que la réorientation vers une maison médicale de garde, une consultation de médecine de ville ou une consultation spécialisée soit décidée par un médecin.

En effet, la réorientation engage la responsabilité de l'hôpital. Elle est susceptible d'intervenir dans différents contextes pathologiques dont les symptômes peuvent parfois être très trompeurs, sans douleur ou manifestation extérieure. Seul le médecin peut savoir que, derrière une symptomatologie très abâtardie, peut se cacher une pathologie qui nécessite l'usage du plateau technique de l'hôpital. Voilà pourquoi je propose que seul un médecin puisse décider de la réorientation.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Cher collègue, dans un cadre expérimental, il me paraît dommage de se priver de la possibilité pour une infirmière d'accueil, dans le cadre de protocoles précis, de continuer à faire ce qu'elle fait déjà depuis des années.

J'assurais des gardes aux urgences il y a quelques années encore – moins récemment, certes, que Thomas Mesnier. Dans le service d'urgence d'un gros CHU, où passent plusieurs centaines de patients par jour, l'infirmière d'accueil est habilitée à éconduire un patient qui se présente pour obtenir le renouvellement d'une ordonnance.

Mais n'allez pas imaginer qu'un patient avec une douleur thoracique ou abdominale importante se verra répondre par une infirmière que, dans le cadre du protocole de réorientation, il ne sera pas examiné. Les médecins ne vont pas perdre complètement la tête ou leur éthique du jour au lendemain parce qu'un forfait de réorientation est instauré. Nous parlons de cas d'angine, d'inquiétude. Car parfois, les gens viennent aux urgences parce qu'ils sont inquiets – j'ai déjà vu aux urgences des patients qui me demandaient s'ils devaient continuer à prendre leurs antibiotiques à l'issue de sept jours de traitement ; ils étaient inquiets parce qu'ils ne trouvaient pas de médecin pour leur répondre. C'est la vraie vie !

Il ne s'agit certainement pas de réorienter des personnes qui ont des fractures ou des douleurs importantes – la douleur est une urgence. Il ne faut pas tout confondre. Les statistiques montrent de manière irréfutable ce phénomène qui n'est pas réservé à la France : au moins un quart, voire un tiers des patients arrivant aux urgences vont en repartir sans examen complémentaire – sans examen de biologie ou de radiologie ; c'est-à-dire qu'un simple échange verbal ou un examen clinique de base permet de dire au patient que son état ne relève pas des urgences et ne justifie pas d'attendre pendant quatre ou cinq heures d'être pris en charge sur place.

En effet, dans la vraie vie, un patient qui entre aux urgences pour un problème de santé non urgent sera vu après les autres ; il va parfois attendre plusieurs heures sur un brancard. Les équipes sont saturées de travail, les infirmières doivent poser des perfusions partout – j'ai le souvenir de patients dont l'état n'était pas grave et qui se retrouvaient, en raison du protocole, avec une perfusion avant même que je ne commence à les examiner. Une entrée aux urgences, c'est un dossier informatique à créer – quels sont votre adresse, votre numéro de téléphone, les personnes à contacter, votre complémentaire ? Si vous êtes dans un CHU, vous serez d'abord examiné par un étudiant, qui va ouvrir un dossier, vous examiner, pratiquer un électrocardiogramme, puis par un interne, voire par un senior. Cela prend un temps fou et n'apporte pas grand-chose, en sécurité et en qualité des soins, à des malades qui pourraient être mieux pris en charge ailleurs.

Pour que chacun comprenne, je termine en donnant à nouveau l'exemple de l'hôpital de Poissy – ici, les chiffres sont un argument irréfutable.

Les urgences pédiatriques y accueillent 23 000 enfants par an. Considérant que c'était beaucoup trop pour les capacités du service, le directeur a ouvert une maison médicale de garde, non pas à cinq cents mètres, mais dans le service des urgences lui-même. Il a demandé à des pédiatres et des généralistes libéraux...

**M. Joël Aviragnet.** Il n'y en a pas !

**M. Olivier Véran, rapporteur général....** de venir s'occuper, dans ledit service, d'enfants qui ne relèvent pas des urgences.

**M. Jean-Pierre Door.** C'est une bonne solution !

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Écoutez, monsieur Door, et comprenez pourquoi ma proposition n'est pas si iconoclaste. Sur les 23 000 enfants, 3 000 ont été orientés vers cette structure ; c'est peu mais cela compte : ce sont dix enfants par jour qui n'attendent plus sur des brancards.

À la fin de l'année, l'assurance maladie, constatant que les enfants avaient été soignés par les médecins libéraux, a pris en charge les consultations auprès de ceux-ci et a cessé de payer les forfaits hospitaliers.

Cependant, le temps gagné par les équipes, consacré auparavant à recevoir 3 000 enfants, n'était pas suffisant pour justifier que l'hôpital licencie du personnel. L'hôpital a gardé le même effectif et, grâce à ces 3 000 visites en moins, le personnel a pu, heureusement, travailler dans des conditions moins catastrophiques. Mais il a perdu 400 000 euros. Or aucun hôpital ne peut se permettre de perdre 400 000 euros parce qu'il a décidé d'améliorer la qualité de la prise en charge aux urgences ! La structure va tout simplement devoir fermer si rien n'est fait ! Une facture de 400 000 euros, c'est trop lourd !

Le forfait de réorientation, quant à lui, ne coûtera rien à l'hôpital, ni à la sécurité sociale. Il ne fera rien perdre ni gagner à l'hôpital : c'est un outil de réorganisation. Il s'agit de mettre un pied dans la porte, de commencer à considérer qu'il y a d'autres façons de soigner que les urgences quand des solutions alternatives existent. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes LaREM et MODEM.*)

**M. Sylvain Maillard.** Très bien !

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

**Mme Caroline Fiat.** J'ai bien écouté vos interventions, monsieur le rapporteur général, mais la mesure que vous proposez me paraît toujours quasi surréaliste. Il a été démontré que 30 % de Français renonçaient aux soins. Or la mesure imposera un double travail : à l'accueil, à l'auscultation et au diagnostic par une infirmière ou un médecin aux urgences s'ajoutera ensuite une seconde consultation auprès d'un médecin de ville. Elle risque en outre de contribuer à l'errance du patient, qui devra parfois attendre plusieurs jours avant d'obtenir un rendez-vous médical.

Vous avez dit que la douleur était une urgence. Or la douleur psychique est également une urgence. Lorsqu'une personne arrive paniquée aux urgences parce qu'elle ne sait plus où elle en est dans la prise de ses médicaments, cela relève de la douleur psychique.

Selon moi, il convient de faire des efforts en termes d'éducation à la santé : il faut apprendre aux gens à ne pas aller aux urgences si ce n'est pas nécessaire. Néanmoins, il faut aussi penser aux personnes qui ne peuvent pas avancer le prix d'une consultation – je rappelle que la fin du tiers payant généralisé va entrer en vigueur. Recevoir les personnes en souffrance est tout de même une mission de service public. Je ne conçois pas que l'on puisse, en France, renvoyer ces gens chez eux *manu militari* !

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** *Manu militari* ! Ben voyons ! Nous ne sommes pas au Vénézuéla !

**Mme Caroline Fiat.** S'ils se déplacent, c'est bien qu'ils éprouvent une souffrance ou une douleur.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Bruneel.

**M. Alain Bruneel.** Vous avez bien décrit, monsieur le rapporteur général, l'ambiance des urgences, où vous avez travaillé comme médecin. J'ajoute que les patients sont reçus dans une zone d'accueil et d'orientation, une ZAO, où tout le monde – hommes, femmes, enfants – est mélangé. Ils ne se rendent pas aux urgences pour leur plaisir, et ils ne veulent pas non plus attendre trop longtemps.

Je me permets de préciser le constat que vous avez dressé : en 1996, on comptabilisait 10 millions de passages aux urgences ; vingt-deux ans plus tard, ce nombre atteint 23 millions, sachant qu'il augmente effectivement de 3,5 % par an.

On constate, en outre, un réel déséquilibre entre les territoires en matière d'activité des services d'urgence : 20 % des unités d'urgence traitent moins de 15 000 passages par an et 63 % d'entre elles en traitent moins de 30 000 ; à l'opposé, 22 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent 42 % du nombre total de passages. Il serait intéressant d'examiner ce phénomène de plus près.

Dans le même temps, en 2016, sur les 29 millions d'appels reçus par les SAMU, 4,5 millions sont restés sans réponse, soit 15 % d'entre eux, alors que l'objectif fixé par SAMU Urgences de France est clair : la proportion d'appels manqués ne doit pas dépasser 1 %.

Il conviendrait de réfléchir à un autre problème : le manque évident de médecins urgentistes. En 2015, l'Association des médecins urgentistes de France estimait qu'il manquait 750 médecins urgentistes sur le territoire.

Par votre amendement, vous proposez de réorienter vers la médecine de ville une fraction des 23 millions de patients accueillis chaque année aux urgences, ceux qui présentent les pathologies les moins graves. Nous avons longuement débattu de cette mesure. Nous pensons, pour notre part, que ce n'est pas nécessairement une solution miracle. Pour refonder notre système d'accueil d'urgence et résoudre les problèmes rencontrés par les équipes, il convient en effet d'agir sur plusieurs facteurs. En outre, les solutions varient bien souvent selon les structures, les organisations et les personnes.

Ce n'est pas un simple amendement – je pense que vous en êtes conscient – qui résoudra les tensions aux urgences. Il faut également agir en aval, en développant les centres de santé, en valorisant les gardes de nuit et en améliorant la gestion des lits.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Bien sûr ! Cela fait également partie des préconisations du rapport que j'ai cité.

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

**M. Joël Aviragnet.** J'entends bien ce que vous avez dit, monsieur le rapporteur général : un quart des personnes qui se rendent aux urgences n'en relèvent pas. Votre raisonnement est irréfutable, mais votre dispositif ne peut fonctionner que là où il y a suffisamment de médecins, à Paris certainement, notamment à Passy ou dans d'autres quartiers de ce type. Dans les départements ruraux, par exemple dans le sud de la Haute-Garonne et en Ariège, vers qui voulez-vous que l'on réoriente les gens qui arrivent aux urgences ? Il n'y a pas de médecins !

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** On n'y expérimentera pas le dispositif !

**M. Joël Aviragnet.** Le problème va plus loin. À Saint-Gaudens, qui compte 11 000 habitants, il y avait trente-deux médecins en 2015, mais il n'y en aura plus que quatorze à la fin de l'année. Soixante-quatorze professionnels de santé sont en train de se regrouper pour créer une maison de santé pluridisciplinaire. Or le bassin de vie n'est pas considéré comme une zone sous-dotée, si bien que les médecins qui souhaiteront s'installer au sein de cette maison de santé ne bénéficieront d'aucune aide financière.

En d'autres termes, les enveloppes ne sont pas suffisantes. Indépendamment de tous les dispositifs que nous instaurons, ce sont les moyens qui posent problème. J'aimerais que l'on me réponde sur ce point. La situation n'est pas acceptable.

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

**M. Jean-Pierre Door.** Un Breton !

**M. Gilles Lurton.** Depuis que nous avons examiné cet amendement en commission la semaine dernière, j'ai changé plusieurs fois d'avis et je ne sais plus très bien quoi en penser. J'ai consulté toutes les personnes que je pouvais rencontrer dans le milieu hospitalier de ma région, notamment des médecins urgentistes, et j'ai entendu, je l'avoue, toutes les opinions, des pour et des contre.

Je suis assez sensible à la proposition de Jean-Louis Touraine : le patient doit être vu par un médecin avant d'être, le cas échéant, renvoyé. Mais s'il n'y a rien de grave, le médecin aura aussi vite fait d'établir lui-même une prescription que de rechercher un médecin généraliste susceptible de recevoir le patient.

À Saint-Malo, le service des urgences reste, malheureusement, surchargé, mais on a instauré un système qui fonctionne bien : la structure SOS Médecins s'est installée au sein même de l'hôpital et l'on passe très facilement de l'un à l'autre. Toutefois, si l'on doit faire appel, demain, à un médecin de garde, ce sera peine perdue : le week-end ou la nuit, on n'en trouvera pas ; le patient restera donc à l'hôpital.

J'irai plus loin. Selon moi, la situation est pire encore après la consultation ou les premiers soins apportés aux patients qui relèvent vraiment des urgences. Je pense notamment aux délais d'attente dans les couloirs avant d'obtenir un lit. Pour moi, c'est vraiment là que se situe aujourd'hui le problème des urgences.

**M. le président.** La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Selon moi, la sagesse se trouve dans le sous-amendement : il convient d'abord d'expérimenter le dispositif. M. Lurton a bien exprimé ce que nous ressentons tous. Pour passer ma vie aux urgences, je comprends ce que vous dites, monsieur le rapporteur général ; c'est sans doute plus vrai encore des urgences pédiatriques que des urgences pour adultes. La bonne approche me semble être de tester le dispositif dans certains territoires. Ne le balayons pas d'un revers de main.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Oui !

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Nous pourrions aussi essayer de nouveau de développer les consultations de médecine générale aux urgences, et évaluer cette mesure. Dans les hôpitaux où il en existe, on constate que cela désengorge *de facto* les urgences. Il n'y a pas un dispositif unique qu'il faudrait adopter, mais plusieurs.

**M. le président.** La parole est à M. Brahim Hammouche.

**M. Brahim Hammouche.** Nous avons effectivement discuté de cette proposition en commission. Le jour même, elle a d'ailleurs fait l'objet d'un article dans un quotidien du soir. Depuis lors, nous avons pu échanger les uns et les autres avec des praticiens des urgences – où il se trouve que j'intervenais moi-même. Dans ma spécialité, si j'avais dû renvoyer les patients vers un médecin libéral, je n'aurais eu qu'un demi-psychiatre à qui les adresser en ville. Cette mesure n'aurait donc guère contribué à résoudre le problème, et cela vaut pour les autres spécialités.

Je constate une petite avancée par rapport au débat en commission : il est désormais proposé d'expérimenter la mesure. Encore faut-il qu'il n'y ait pas de biais dans l'expérimentation : les lieux où elle sera menée doivent être représentatifs à l'échelle nationale ; il ne doit pas s'agir uniquement de zones hyper-privilégiées. Car, s'il y a des zones sous-denses, il existe aussi des zones hyper-denses en praticiens.

Pour ma part, je reste très sceptique : la dimension d'accueil n'est pas prise en considération dans cette proposition. Il ne faut pas sous-estimer les urgences dites « ressenties » : ce sont réellement des urgences.

N'oublions pas non plus la dimension médico-légale, que les médecins doivent prendre en considération, ils le savent, chaque fois qu'ils interviennent aux urgences. En tant que praticien de terrain, je m'interroge : qui assumera la responsabilité médico-légale lorsque l'on aura fait sortir un patient des urgences, s'il y a un problème ensuite ?

**Mme Sylvia Pinel.** Très juste !

**M. Brahim Hammouche.** Nous vivons un moment de judiciarisation de la société, particulièrement en ce qui concerne les actes médicaux. Je vous pose la question, monsieur le rapporteur général : assumerez-vous la responsabilité médico-légale d'avoir fait sortir des patients des urgences ? (*Mme Sylvia Pinel, M. Jean-Louis Touraine et Mme Martine Wonner applaudissent.*)

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Monsieur Hammouche, tout de même...

**M. le président.** La parole est à M. Thomas Mesnier.

**M. Thomas Mesnier.** Pour ma part, je félicite le rapporteur général, comme je l'avais fait en commission, de défendre cet excellent amendement. Il se trouve que j'étais, il y a dix-huit mois encore, urgentiste dans un département classé dans son ensemble comme zone sous-dense, cher collègue Aviragnet.

**M. Joël Aviragnet.** Un miracle !

**M. Thomas Mesnier.** Or je réorientais des patients tous les jours, plusieurs fois par jour. Le code de la santé publique le permet déjà, à condition qu'il y ait, sur place, un médecin qui donne un avis favorable pour réorienter les patients.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Eh oui !

**M. Thomas Mesnier.** De nombreux urgentistes procèdent déjà à une telle réorientation, partout sur le territoire, à condition, chaque fois, de trouver une solution pour le patient qui est devant eux. Toutefois, le mode de financement actuel de l'hôpital n'est pas favorable à ces pratiques ; c'est un effet pervers de la tarification exclusive à l'activité.

La mesure proposée vise tout simplement à remédier à un problème de terrain. Je le répète, la réorientation se pratique déjà, et elle est déjà encadrée par le code de la santé publique.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Écoutez, monsieur Hammouche !

**M. Thomas Mesnier.** C'est donc une très bonne initiative. Merci, monsieur le rapporteur général. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Cette mesure peut être caricaturée et ridiculisée de toutes les manières. Il suffit d'ailleurs de suivre les commentaires sur les réseaux sociaux : nous serions tous complètement fous ; nous voudrions réorienter les patients vers l'extérieur de l'hôpital alors qu'il n'y a pas de médecins ; pour 40 euros, on mettrait les gens dehors et on les laisserait se débrouiller ; on ne traiterait pas les gens qui ont une jambe fracturée ou des douleurs thoraciques... Il est très simple de caricaturer cette mesure.

**M. Gilles Lurton.** Ce n'est pas pire que sur le glyphosate !

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Elle vise à répondre à certaines situations auxquelles les urgentistes sont confrontés : des patients qui viennent faire renouveler une ordonnance ; des personnes qui ont une plaie ou une bosse et craignent de saigner parce que leur INR – *International Normalized Ratio* – atteint tel ou tel chiffre... Tout cela, nous le savons, c'est le quotidien des urgences. Ces cas ne correspondent probablement pas aux 25 % de patients qui ressortent des urgences sans examen. Mais si ne serait-ce que 2, 3 ou 4 % des patients qui se présentent aujourd'hui aux urgences pouvaient être réorientés par une infirmière ou un médecin, ce serait une bonne chose.

Vous avez l'air choqué, monsieur Hammouche, mais les SAMU passent déjà leur temps à réorienter les patients par téléphone.

**M. Brahim Hammouche.** Ce sont des régulateurs, madame la ministre !

**Mme Sylvia Pinel.** Oui !

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Tous les malades qui téléphonent au SAMU ne sont pas emmenés aux urgences par les pompiers : ils sont parfois réorientés vers les maisons de santé pluriprofessionnelles.

**M. Brahim Hammouche.** Et il y a parfois des problèmes !

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** La réorientation relève de ce qu'on appelle la régulation médicale. Nous connaissons tous des gens qui vont aux urgences dès qu'ils ont le moindre problème de santé, parce qu'ils ne connaissent pas l'offre de soins de leur territoire, parce que c'est plus simple et qu'ils savent qu'ils seront reçus. Or cela engorge les services d'urgence pendant des heures.

Le rapporteur général propose une expérimentation. Celle-ci fera en tant que telle l'objet d'un cadrage par le ministère de la santé, en relation avec les professionnels concernés, tant les urgentistes que les médecins libéraux. Elle sera évidemment conduite dans des territoires où urgentistes et médecins libéraux ont envie de collaborer, où il existe des maisons ou des centres de santé, où un professionnel est installé à côté de l'hôpital. Ce cadrage permettra précisément d'éviter tous les risques et dérives qui viennent d'être évoqués.

Ne ridiculisons pas cette mesure. Essayons d'être innovants face à la problématique des urgences. Il s'agit d'une mesure de bon sens, qui avait été proposée par un rapport sénatorial. Nous nous en emparons, nous essayons de la cadrer et de l'inscrire dans la loi à titre expérimental. Ne tournons pas en ridicule toute innovation organisationnelle !

Avis favorable à l'amendement de la commission, sous-amendé. (*Applaudissements sur de nombreux bancs du groupe LaREM.*)

(*Le sous-amendement n° 1621 rectifié est adopté.*)

(*L'amendement n° 377, sous-amendé, est adopté ; en conséquence, l'amendement n° 1500 tombe.*)

**M. le président.** Je suis saisi de cinq amendements identiques, n°s 379, 142, 716, 1014, 1164.

La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 379.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Je laisse le soin de le présenter à Mme Firmin Le Bodo, qui l'a rédigé avant son adoption par la commission.

**M. le président.** La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** L'amendement porte sur les conditions de mise en œuvre du règlement délégué du 2 octobre 2015 fixant les modalités des dispositifs de sécurité figurant sur l'emballage des médicaments à usage humain, mise en œuvre qui nécessite des réorganisations d'ampleur dans la plupart des établissements concernés. Vous nous avez indiqué en commission, monsieur le rapporteur général, que les fédérations et le ministère de la santé travaillent actuellement à la réduction des coûts de la sérialisation des médicaments. Peut-être Mme la ministre peut-elle nous apporter des précisions à ce sujet.

**M. le président.** La parole est à M. Stéphane Viry, pour soutenir l'amendement n° 142.

**M. Stéphane Viry.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à Mme Sylvia Pinel, pour soutenir l'amendement n° 716.

**Mme Sylvia Pinel.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 1014.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 1164.

**M. Francis Vercamer.** Défendu.

(*Les amendements identiques n°s 379, 142, 716, 1014 et 1164, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.*)

**M. le président.** Je suis saisi de trois amendements identiques, n°s 524, 620 et 1163.

La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 524.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Il est défendu.

**M. le président.** La parole est à Mme Sylvia Pinel, pour soutenir l'amendement n° 620.

**Mme Sylvia Pinel.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 1163.

**M. Francis Vercamer.** Défendu.

*(Les amendements identiques n° 524, 620 et 1163, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 357 et 545.

La parole est à M. Stéphane Viry, pour soutenir l'amendement n° 357.

**M. Stéphane Viry.** Les parlementaires sont régulièrement sollicités à propos des décisions des agences régionales de santé et les choix stratégiques qu'elles opèrent en termes d'équipement et d'investissement. Dans un souci de fluidité et de transparence, nous souhaitons que les ARS justifient de l'utilisation des deniers publics devant la représentation nationale, qui pourra ainsi s'assurer qu'elles agissent conformément aux volontés des assemblées.

**M. le président.** La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 545.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Il nous arrive à tous de parler en bien ou en mal des ARS. Leur permettre de rendre compte au Parlement de leur activité apaiserait peut-être certains débats.

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

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

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je rappelle qu'aujourd'hui, les ARS rendent compte de leurs financements sur leur site internet. Ces informations sont accessibles à tous les élus comme à tous les citoyens. En outre, un rapport est remis chaque année au Parlement sur l'utilisation des crédits des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation – MIGAC –, visés par les amendements en discussion. Avis défavorable.

*(Les amendements identiques n° 357 et 545 ne sont pas adoptés.)*

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

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

*(La séance, suspendue à dix-sept heures cinq, est reprise à dix-sept heures quinze.)*

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

La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 381.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Cet amendement adopté par la commission tend à permettre à l'assurance maladie, sous condition, de récupérer auprès des établissements de santé les sommes que ces derniers ont perçues au

titre d'actes de chirurgie, essentiellement cancérologique, qu'ils ne sont pas autorisés à réaliser, notamment parce que leurs seuils d'activité sont inférieurs aux normes.

On relève en effet une surmorbidity, ainsi qu'une perte de sécurité et de qualité des soins, dans les centres où la pratique est insuffisante s'agissant de chirurgies très lourdes comme celles du cancer de l'ovaire ou du sein.

Bien que les responsables de ces établissements savent qu'ils ne possèdent pas l'autorisation de pratiquer ces interventions, on y opère malheureusement trop de patientes et de patients dans des conditions qui ne leur garantissent pas la sécurité des soins. La possibilité de récupérer les sommes indûment perçues – sachant que le patient reste évidemment remboursé dans tous les cas – sera un outil précieux pour renforcer la sécurité.

**M. le président.** La parole est à Mme Gisèle Biémouret.

**Mme Gisèle Biémouret.** Je l'ai déjà demandé en commission : comment se fait-il que des patients soient encore orientés dans des services inappropriés ? C'est la première question que je me pose, n'étant pas médecin. Mais surtout, n'oriente-t-on pas vers ces services des personnes plus fragiles, exclues et moins bien informées ?

Peut-être faut-il ajouter à votre proposition que l'on doit au malade une meilleure information et un meilleur accompagnement.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je précise que le dispositif proposé relève des mesures du plan cancer 2014-2019 – que j'ai rédigé, avec mes équipes, lorsque j'étais à la tête de l'Institut national du cancer – qui visaient à empêcher des équipes non pertinentes et non habituées à le faire d'opérer certains cancers pour lesquels il est prouvé scientifiquement qu'une intervention réalisée dans ces conditions entraîne une perte de chance. C'est particulièrement vrai, entre autres, du cancer de l'ovaire, de l'œsophage, de l'utérus.

Malheureusement, malgré les recommandations professionnelles, malgré le plan cancer, en l'absence de mesure coercitive, des chirurgiens continuent d'opérer ces malades alors qu'ils ne devraient pas le faire. Cela se justifie parfois par l'urgence : quand un chirurgien opère un patient atteint d'une péritonite en raison d'une perforation du tube digestif, il peut découvrir un cancer du côlon. Dans ce cas, on ne peut lui reprocher d'être intervenu pour sauver la vie du patient ! Mais il y a des opérations chirurgicales qui sont programmées dans des établissements n'étant pas autorisés à les pratiquer, parce que les médecins généralistes qui orientent les malades ou les chirurgiens qui les opèrent ne connaissent pas les règles – ou refusent de les appliquer.

Quoi qu'il en soit, de telles pertes de chance ne sont plus acceptables. Je suis donc très favorable à l'amendement de la commission : il nous permettra de disposer enfin d'un instrument pour faire comprendre aux établissements que ces pratiques ne sont plus tolérées.

**M. le président.** La parole est à Mme Stéphanie Rist.

**Mme Stéphanie Rist.** Je tiens à souligner l'importance de cet amendement adopté par la commission. Il s'inscrit dans le droit-fil du plan « ma santé 2022 » et de son objectif d'améliorer la prise en charge de tous les patients sur tous les territoires. Le plan insiste notamment sur la prise en

considération de la qualité des soins dans l'organisation et dans les pratiques. Nous pouvons donner corps à ce volet en adoptant l'amendement.

*(L'amendement n° 381 est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 748 et 1086.

La parole est à Mme Élisabeth Toutut-Picard, pour soutenir l'amendement n° 748.

**Mme Élisabeth Toutut-Picard.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 1086.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Défendu.

*(Les amendements identiques n° 748 et 1086, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi de trois amendements, n° 152, 986 et 754 rectifié, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n° 152 et 986 sont identiques.

La parole est à M. Alain Ramadier, pour soutenir l'amendement n° 152.

**M. Alain Ramadier.** Il est défendu.

**M. le président.** La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 986.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à Mme Élisabeth Toutut-Picard, pour soutenir l'amendement n° 754 rectifié.

**Mme Élisabeth Toutut-Picard.** Le dispositif de contrôle de la tarification à l'activité souffre d'imperfections significatives et de déséquilibres. Cette situation nourrit de très nombreux contentieux.

Par cet amendement, j'entends contribuer au débat de façon apaisante. Je propose que la commission de contrôle, consultée pour avis dans le cadre de la procédure de sanction, soit constituée à parité de représentants des financeurs, d'une part, et de représentants des fédérations hospitalières publiques et privées, d'autre part. Un dispositif analogue existe déjà pour les professionnels de santé libéraux.

Ce rééquilibrage de la composition de la commission de contrôle me semble logique. Il favoriserait la compréhension et permettrait une diffusion optimale de l'information entre les parties prenantes, tout en garantissant la justesse et la légitimité des avis rendus par la commission.

*(Les amendements identiques n° 152 et 986, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)*

*(L'amendement n° 754 rectifié, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 495.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Cet amendement, qui n'impliquerait pas de surcoût pour l'année 2019, est relatif au dispositif de dotation prudentielle appliqué aux établisse-

ments de SSR – soins de suite et de réadaptation – et de psychiatrie. Ce dispositif est complexe et coûteux en organisation, car il nécessite que les établissements concernés réduisent les prix de journée en début d'année, puis opèrent une restitution par dotation en fin d'année. Un coefficient prudentiel aurait l'avantage de rendre le mécanisme de réserve prudentielle plus lisible pour l'ensemble des parties, sans modifier les éléments tarifaires.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Avis défavorable, pour les raisons déjà indiquées en commission.

*(L'amendement n° 495, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 384 et 1167.

La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 384 de la commission.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Je laisse Mme Wonner le présenter.

**M. le président.** Vous avez la parole, madame Wonner.

**Mme Martine Wonner.** Cet amendement vise à étendre le champ des expérimentations prévues à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, afin d'y inclure les initiatives en matière de participation des patients à leur parcours de soins, notamment par l'éducation thérapeutique. Il est indispensable, à des fins tant préventives que curatives, d'entreprendre un travail de vulgarisation de l'organisation de notre système de santé à l'intention du plus grand nombre.

En effet, cette organisation repose de plus en plus sur une logique de parcours de soins. Or si ce parcours est bien compris, non seulement il sera mieux accepté par les patients, mais ceux-ci pourront contribuer à le rendre plus pertinent et plus adapté. Dans la même perspective, au-delà du rôle de conseil et de prescription dévolu aux professionnels de santé, nous devons nous montrer plus ambitieux en matière d'éducation thérapeutique, levier essentiel tant pour l'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins que pour la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

**M. le président.** La parole est à Mme Élisabeth Toutut-Picard, pour soutenir l'amendement n° 1167.

**Mme Élisabeth Toutut-Picard.** Il est défendu.

*(Les amendements identiques n° 384 et 1167, acceptés par le Gouvernement, sont adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi de quatre amendements identiques, n° 358, 547, 586 et 727.

La parole est à M. Stéphane Viry, pour soutenir l'amendement n° 358.

**M. Stéphane Viry.** Il est défendu.

**M. le président.** La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 547.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à Mme Sylvia Pinel, pour soutenir l'amendement n° 586.

**Mme Sylvia Pinel.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à Mme Élisabeth Toutut-Picard, pour soutenir l'amendement n° 727.

**Mme Élisabeth Toutut-Picard.** L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a permis la création d'un dispositif d'expérimentation dérogatoire au droit commun du secteur sanitaire et médico-social, favorisant ainsi l'innovation dans le système de santé.

Toutefois, les premiers mois d'application de cette réforme font apparaître que, en raison de certaines dispositions de la partie réglementaire du code de la sécurité sociale, les fédérations hospitalières les plus représentatives ne peuvent candidater comme porteur de projet. Or de nombreux établissements, adhérents de ces fédérations, trouveraient un intérêt certain à ce qu'elles puissent, pour leur compte, candidater à la conduite d'un projet d'expérimentation. Cela favoriserait le succès du dispositif ainsi que son appréhension par les acteurs du système de santé.

Cet amendement vise à ouvrir cette possibilité, en renvoyant les modalités à un arrêté ministériel, de sorte que le Gouvernement puisse instituer un mécanisme conforme aux aspirations dont cette réforme est porteuse.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Nous avons eu ce débat en commission : ils sont déjà satisfaits. Avis défavorable.

*(Les amendements identiques n°s 358, 547, 586 et 727, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, pour soutenir l'amendement n° 1532.

**Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.** Cet amendement nous permet d'insister sur la prévention. L'article 29 du présent PLFSS tend à étendre aux innovations organisationnelles le champ des expérimentations prévues à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Cela a le mérite de décloisonner la prise en charge des consultants et de permettre ainsi de l'aborder de façon globale.

Voilà qui nous ramène à la prévention, dimension majeure car globale de la santé. Je suis très sensible au fait que la prévention soit enfin devenue une priorité dans le cadre de la stratégie nationale de santé. Je rappelle que, selon l'OCDE – Organisation de coopération et de développement économiques –, les dépenses de prévention en France ne représentaient en 2014 qu'à peine 2 % des dépenses courantes de santé.

Lors de nos échanges en commission, monsieur le rapporteur général, vous nous avez demandé de ne pas rigidifier le dispositif de l'article 29 en fléchissant des financements vers des actions de prévention. Mais, comme l'écrivait en substance Rabelais, l'argent est le nerf de la guerre. Il me semble donc nécessaire, pour relever le défi, pour accomplir la « révolution de la prévention » – selon l'expression du Président de la République –, d'évaluer les financements consacrés à celle-ci et d'en orienter spécifiquement vers elle.

Dans le cadre de l'évaluation globale du dispositif prévu à l'article 51, il faudra poser sérieusement la question du financement des actions de prévention. Dans cette perspective, je propose, par cet amendement, de préciser que l'état des lieux

et le rapport d'évaluation remis au Parlement devront montrer dans quelle mesure les expérimentations contribuent au décloisonnement entre les secteurs du préventif, du curatif et de l'accompagnement médico-social, outre l'évaluation de leur réussite eu égard aux enjeux de coordination des soins et de prise en charge des patients.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Madame la députée, je vous engage à retirer votre amendement. Nous partageons votre préoccupation, mais, tel qu'il est rédigé, tous les protocoles d'expérimentation établis sur le fondement de l'article 51 doivent comprendre à la fois des mesures relatives au préventif, au curatif et au médico-social. Or il est possible d'envisager des protocoles qui soient relatifs exclusivement à la prévention, ou relatifs à la prévention et aux soins curatifs mais non à l'accompagnement médico-social.

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

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

**M. le président.** La parole est à Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

**Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.** Je comprends bien le problème. En l'absence de cadre précis, tout cela reste très fluctuant. Voilà précisément pourquoi il y a lieu de s'interroger sur la manière de faire apparaître ce qui relève de la prévention et de son financement. Cela étant, je vous ai bien entendus et je retire mon amendement.

*(L'amendement n° 1532 est retiré.)*

**M. le président.** Je suis saisi de quatre amendements identiques, n°s 479, 551, 584 et 750.

La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 479.

**Mme Emmanuelle Ménard.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 551.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à Mme Sylvia Pinel, pour soutenir l'amendement n° 584.

**Mme Sylvia Pinel.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à Mme Élisabeth Toutut-Picard, pour soutenir l'amendement n° 750.

**Mme Élisabeth Toutut-Picard.** La loi du 13 août 2004 confie aux représentants des médecins libéraux et à l'UNCAM – Union nationale des caisses d'assurance maladie – le soin de hiérarchiser et de fixer les tarifs des actes médicaux. Là encore, les fédérations hospitalières ne sont pas consultées ; elles ne sont parfois même pas informées des discussions engagées dans ce cadre, alors qu'elles sont directement concernées par les résultats de ces négociations, qui ont des conséquences sur la construction du PMSI – le programme de médicalisation des systèmes d'information – et sur sa valorisation dans le cadre de la tarification à l'activité.

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

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Madame la députée, j'ai déjà pris connaissance de cet amendement envoyé par une fédération hospitalière. Avis défavorable, comme je l'ai expliqué à cette fédération en amont du débat.

*(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 479, 551, 584 et 750, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi de trois amendements identiques, n<sup>os</sup> 359, 548 et 591.

La parole est à M. Stéphane Viry, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 359.

**M. Stéphane Viry.** Monsieur le rapporteur, en commission, vous avez émis un avis défavorable à cet amendement. Il vise pourtant à remédier à une véritable difficulté de trésorerie des établissements de santé. En effet, alors que les tarifs doivent être arrêtés pour le 1<sup>er</sup> mars, il est très fréquent qu'ils ne le soient pas à cette date, ce qui place les organismes payeurs dans l'impossibilité de payer les factures qui ont pu être émises jusqu'à cette date.

Afin de responsabiliser chacun et de faire en sorte que les tarifs soient fixés dans le délai imparti, nous proposons qu'une avance de trésorerie soit versée si l'organisme tarifaire n'est pas en mesure de définir les tarifs à cette date, ce afin d'assurer la trésorerie des établissements de santé.

**M. le président.** La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 548.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** L'idée d'un malus a été évoquée tout à l'heure pour les services médico-sociaux qui ne respecteraient pas l'exigence de qualité. Si les décrets n'étaient pas pris au 1<sup>er</sup> mars, on pourrait de même prévoir, outre l'avance de trésorerie qui serait consentie aux établissements, l'imposition d'un malus, car cette situation met les établissements en difficulté.

**M. le président.** La parole est à Mme Sylvia Pinel, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 591.

**Mme Sylvia Pinel.** Cet amendement tend à créer un dispositif automatique d'avance de trésorerie. Régulièrement, en effet, les décrets sont publiés avec retard, ce qui place de nombreux établissements dans des situations difficiles, par manque de trésorerie.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il s'agit d'un amendement de la fédération hospitalière privée, aux représentants de laquelle nous avons expliqué au cours des auditions qu'il serait compliqué de mettre en œuvre un tel dispositif. Dans les faits, les avances de trésorerie envisagées, qui ne concerneraient que les cliniques privées, et pour une durée très courte, d'une ou deux semaines au maximum, sont consen-

ties sans aucune difficulté par les caisses d'assurance maladie lorsque les établissements en font la demande. Avis défavorable, donc.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Pour les mêmes raisons, avis défavorable.

*(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 359, 548 et 591 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 1080.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Cet amendement, relatif au financement de l'École des hautes études en santé publique – EHESP –, tend avant tout à instaurer une mesure de simplification administrative pour les établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux, qui emploient des personnels relevant de la fonction publique hospitalière.

Il vise à supprimer les contributions que versent directement ces établissements à l'EHESP et au Centre national de gestion des praticiens hospitaliers – CNG. En effet, ce régime de contribution est à la fois daté, inéquitable et source de lourdeurs administratives pour les établissements comme pour les opérateurs concernés. Il est proposé de le remplacer par un financement direct des opérateurs par l'assurance maladie – ce qui, au passage, permettrait de supprimer un régime de collecte complexe qui génère plusieurs milliers de titres de recettes. Afin que l'ensemble des établissements puissent anticiper ce changement dans les meilleures conditions, le Gouvernement propose que la mesure entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 1080, accepté par la commission, est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de trois amendements identiques, n<sup>os</sup> 646, 718 et 985.

La parole est à Mme Sylvia Pinel, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 646.

**Mme Sylvia Pinel.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à Mme Élisabeth Toutut-Picard, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 718.

**Mme Élisabeth Toutut-Picard.** Introduite par l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, l'expérimentation de la facturation directe à l'assurance maladie par les établissements mentionnés aux a), b) et c) de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale a connu une montée en charge progressive. Ce mode de facturation directe, qui s'est substitué à un envoi mensuel des données à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation – ATIH –, semble adapté aux actes et consultations externes, qui représentent une faible part de l'activité hospitalière. Compte tenu des risques financiers, organisationnels et techniques inhérents à l'extension aux séjours hospitaliers de la facturation directe à l'assurance maladie, une évaluation globale préalable est nécessaire.

L'amendement tend ainsi à maintenir la dérogation à la facturation directe à l'assurance maladie pour les prestations d'hospitalisation, médicaments, produits et prestations, en attendant la communication d'une évaluation de ce mode de facturation.

**M. le président.** La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 985.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Il est défendu.

*(Les amendements identiques n° 646, 718 et 985, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Mes chers collègues, vous pourriez au moins faire l'effort de modifier l'exposé sommaire de ce genre d'amendements identiques, ne serait-ce que pour montrer que chacun y a mis un peu de soin. Cela serait plus conforme à la dignité de notre assemblée. *(Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.)*

La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 549.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Défendu.

*(L'amendement n° 549, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Valérie Rabault, pour soutenir l'amendement n° 944.

**Mme Valérie Rabault.** Monsieur le président, il s'agit là d'un amendement auquel je tiens particulièrement. Il se fonde sur le constat d'une augmentation du nombre des recours introduits par des praticiens exerçant au sein des établissements privés à propos de la redevance qu'ils acquittent auprès de ces derniers et qui est censée payer les frais de gestion et ceux afférents à diverses installations dans les salles d'opération.

En parallèle, la sécurité sociale verse à l'établissement un groupe homogène de séjour – GHS –, par exemple pour une opération de la hanche, en sus des honoraires du praticien qui opère.

Or le GHS n'a pas de définition précise. Ainsi, si un praticien a besoin d'un aide opératoire pour tenir une pince lors d'une opération de la hanche, on ne sait pas trop si le coût induit est compris, même si l'usage veut plutôt qu'il ne le soit pas. La seule spécialité à propos de laquelle les sociétés savantes ont clairement indiqué ce qui est pris en compte dans le GHS est la cardiologie. Faute de définition précise, les tribunaux, on l'a vu récemment, ont tendance à se réfugier derrière l'argument selon lequel la loi n'est pas assez précise.

Deuxièmement, on observe que l'actionnariat des grands groupes de cliniques privées en France est aujourd'hui détenu à plus de 50 % par des fonds de pension anglo-saxons ou des fonds d'investissement, qui ont, bien sûr, tendance à vouloir augmenter la marge qu'ils tirent de leurs établissements. L'une des molettes permettant de piloter cette marge est cette redevance payée par les praticiens, qu'il suffit d'augmenter pour augmenter *de facto* la marge de la clinique. Les médecins, s'ils relèvent du secteur 2, refacturent alors cette augmentation à leurs patients.

Dans ce système, le périmètre couvert par le GHS n'étant pas précisément défini, sauf pour certaines spécialités, il existe une marge de manœuvre dont le patient peut faire les frais, littéralement.

Cet amendement est un amendement d'appel : je sais bien qu'il ne résoudra pas tout aujourd'hui. Je souhaite cependant qu'il suscite une prise de conscience et que, s'il ne devait pas être soutenu par le rapporteur général ou par Mme la

ministre, nous puissions nous poser la question dans le cadre de la future loi santé. Je crains en effet que l'augmentation du nombre de recours ne finisse par poser de vrais problèmes.

**M. le président.** Monsieur le rapporteur général, l'appel est-il entendu ? Quel est l'avis de la commission ?

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Monsieur le président, je laisserai la ministre répondre sur le fond. Madame Rabault, nous avons creusé le sujet à partir de la situation que vous décrivez. À ma connaissance, certains chirurgiens libéraux rémunèrent eux-mêmes leurs aides opératoires et la redevance versée aux établissements privés dans lesquels ils exercent en est réduite d'autant, ..

**Mme Valérie Rabault.** Pas toujours !

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** ...tandis que, dans d'autres situations, les aides opératoires sont salariés par les établissements, qui les mettent à la disposition des chirurgiens. Les situations ne sont donc pas identiques...

**Mme Valérie Rabault.** Elles sont variées.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** ...et je ne perçois pas tout à fait le problème que vous évoquez.

Par ailleurs, je ne suis pas convaincu par l'idée d'inscrire dans la loi des normes permettant de définir la composition du GHS – mais j'ai bien compris qu'il s'agit d'un amendement d'appel. J'espère donc qu'après avoir entendu la ministre vous accepterez de le retirer, ce qui signifierait que vous aurez obtenu une réponse à votre question.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** La définition du périmètre des charges couvertes par les tarifs des cliniques ne relève pas de la loi, mais du domaine réglementaire. Or la réglementation prévoit que les tarifs des cliniques n'intègrent pas la rémunération des professionnels directement pris en charge par les praticiens qui interviennent au sein de ces établissements. En fait, cette dépense est déjà couverte par les honoraires de ces praticiens libéraux : si on l'intégrait dans le tarif des cliniques, cela reviendrait, pour la sécurité sociale, à la payer deux fois. Je suis donc défavorable à l'amendement, même si je comprends le problème que rencontrent certains professionnels.

**M. le président.** La parole est à Mme Valérie Rabault.

**Mme Valérie Rabault.** Selon les spécialités, un praticien peut avoir besoin de deux aides opératoires, par exemple pour l'implantation d'une prothèse de hanche. Or, la composition du GHS n'est inscrite nulle part, pas même au titre du domaine réglementaire – dont j'ai bien conscience que cette mesure relève. Cela laisse une possibilité de modulation aux établissements de santé privés. Les tarifs ayant baissé, les établissements peuvent ainsi déporter certaines dépenses vers les praticiens eux-mêmes, lesquels peuvent évidemment les répercuter sur leurs patients.

Je retire mon amendement, mais, je le répète, je souhaiterais que l'on réfléchisse au problème dans le cadre de la loi santé car, à terme, c'est nécessairement la sécurité sociale qui sera perdante.

*(L'amendement n° 944 est retiré.)*

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 226.

**M. Pierre Dharréville.** Cet amendement tend à demander au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport relatif à l'impact du projet de loi de financement de la sécurité sociale sur la qualité de vie au travail des personnels dans les établissements de santé. La souffrance au travail de ces personnels est en effet connue ; les mesures que nous prenons doivent permettre d'y remédier. Il semble donc nécessaire de produire des évaluations précises sur ce sujet très sensible.

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

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

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Monsieur Dharréville, il s'agit là, en effet, d'un sujet de préoccupation majeur du Gouvernement, en particulier de mon ministère. J'ai installé un observatoire de la qualité de vie au travail des professionnels de santé, présidé par le professeur Colombat, très investi sur les questions de qualité de vie au travail et de santé au travail des professionnels de santé. Il doit me remettre un rapport, dont les conclusions devraient pouvoir être partagées avec le grand public au premier semestre 2019.

Par ailleurs, le plan « ma santé 2022 », qui vise à renforcer les compétences managériales au sein des établissements de santé et à mieux reconnaître l'investissement des professionnels dans les missions transversales, notamment managériales, devrait également déboucher sur l'amélioration de la qualité de vie au travail des personnels.

Enfin, les facteurs qui agissent sur la qualité de vie au travail des personnels sont évidemment multiples et ne peuvent pas être réduits à l'effet direct du PLFSS.

Je le répète, il s'agit là d'un vrai sujet de préoccupation, auquel s'est consacré un groupe de travail entier sur les ressources humaines hospitalières dans le cadre de la réflexion préalable à la réforme « ma santé 2022 ».

Je suis donc défavorable à votre amendement, même si, quant au fond, je suis très attentive au problème qu'il soulève.

*(L'amendement n° 226 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 289 et 587.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 289.

**M. Gilles Lurton.** Les structures autorisées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation complète sont tenues d'organiser la continuité des soins en dehors de leurs heures d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés. Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie sont soumises aux mêmes obligations et doivent s'organiser en interne pour y répondre. Toutefois, dans le cas où l'une de ces structures ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé accueillant en hospitalisation à temps complet des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure.

Cette disposition nous semble limiter inutilement aux seuls établissements autorisés en hospitalisation complète la participation à la continuité des soins des patients admis dans des structures alternatives.

L'amendement vise donc à favoriser l'implication dans cette prise en charge des structures qui ne sont pas soumises à cette obligation, afin qu'elles puissent contribuer, au même titre que les autres établissements de santé, à la continuité des soins pour les patients admis initialement dans les structures autorisées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation complète.

**M. le président.** La parole est à Mme Sylvia Pinel, pour soutenir l'amendement n° 587.

**Mme Sylvia Pinel.** Défendu.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** La MECSS – mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale – a rendu en 2016 un excellent rapport sur la question de l'hospitalisation à domicile, qui évoque notamment la question de l'articulation entre les services de soins infirmiers à domicile, les SSIAD, et l'hospitalisation à domicile, l'HAD. Un rapport remis par le Gouvernement au Parlement ne nous apprendrait probablement pas grand-chose de plus sur le sujet. En revanche, nous pouvons peut-être creuser un peu plus cette question à l'échelle du Parlement, car il y a sans doute encore des choses à en dire.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Défavorable. Voici pourquoi : nous souhaitons effectivement le déploiement de la chirurgie ambulatoire mais, telle qu'elle est définie, cette chirurgie peut permettre de garantir lors de la sortie du patient et de sa prise en charge en aval des conditions de sécurité suffisantes pour qu'il n'y ait pas besoin d'une hospitalisation à domicile. Chirurgie ambulatoire et HAD sont pour l'instant antinomiques.

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

**M. Gilles Lurton.** Je suis d'accord avec vous, monsieur le rapporteur – vous m'avez fait la même réponse en commission –, mais cela me chagrine un peu de voir que, dans cette maison, nous faisons des rapports qui, ensuite, ne sont pas suivis d'effet. Le rapport de la MECSS n'est pas tout récent, mais nous nous apercevons que toutes les propositions qu'il contient n'ont absolument pas été appliquées. Or, selon l'article 145, alinéa 8, du règlement de l'Assemblée nationale, quand un rapport n'est pas suivi d'effet, nous avons le droit de lui donner une suite et de reprendre les propositions qu'il comporte pour qu'elles soient enfin appliquées : dans ce cas, indique très précisément le règlement, « un rapport de mission d'information peut donner lieu, en séance publique, à un débat sans vote ou à une séance de questions ».

La situation actuelle devrait nous servir de leçon : une fois nos rapports publiés, nous avons tôt fait de passer à autre chose sans nous préoccuper de ce qu'ils contiennent, même s'il s'agit de bonnes idées.

**M. le président.** La parole est à Mme Sylvia Pinel.

**Mme Sylvia Pinel.** Je souscris à ce que vient de dire notre collègue Lurton : il faudrait, quand un travail de ce type a été mené au sein de notre assemblée, qu'il puisse trouver une traduction concrète dans le PLFSS.

En contrepartie de l'engagement du rapporteur général à approfondir cette question, je retire mon amendement.

*(L'amendement n° 587 est retiré.)*

*(L'amendement n° 289 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Hugues Ratenon, pour soutenir l'amendement n° 1343.

**M. Jean-Hugues Ratenon.** Les hôpitaux psychiatriques ont fait l'objet d'une sous-dotation par rapport aux hôpitaux dits classiques ces dernières années, alors même que, dans un rapport de 2011 sur l'organisation des soins psychiatriques, la Cour des comptes rappelle que les pathologies relevant de la psychiatrie se situent en France au troisième rang des maladies les plus fréquentes, après le cancer et les maladies cardio-vasculaires.

En outre, le nombre de patients augmente considérablement. Le déficit en foyers d'accueil médicalisés, en maisons d'accueil spécialisées, en services d'accueil à la vie sociale, etc., bref en structures médico-sociales, est criant. Dans certains départements, c'est le désert !

Notre amendement propose que le Gouvernement remette au Parlement un rapport estimant le coût et l'opportunité d'opérer un plan de rattrapage du financement des hôpitaux psychiatriques, évaluant l'incidence de la différence de dotations entre hôpital classique et hôpital psychiatrique, la pertinence d'un plan d'action conjoint avec le secteur médico-social, les besoins humains et techniques permettant un traitement digne et efficace des troubles mentaux, enfin les effets directs anticipés de ce dispositif sur l'évolution des recettes et des dépenses de la sécurité sociale. *(Mme Fiat applaudit.)*

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Avis défavorable : la ministre s'est déjà exprimée sur la psychiatrie.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** J'ai tout expliqué tout à l'heure, en effet ; avis défavorable.

*(L'amendement n° 1343 n'est pas adopté.)*

### Article 30

**M. le président.** La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 1352.

**Mme Caroline Fiat.** Les inégalités d'accès à la santé, criantes, s'aggravent et s'aggraveront encore dans les années à venir si nous ne faisons rien. Les communes rurales sont les plus touchées, de même que les périphéries des grandes villes. En conséquence de la désertification médicale, le nombre de passages aux urgences a doublé en vingt ans. Entre 2012 et 2016, l'accès aux médecins spécialistes s'est réduit pour 38 % des Français en ce qui concerne les ophtalmologistes, 40 % s'agissant des pédiatres et même 59 % pour les gynécologues.

Face à la désertification médicale, aux délais de rendez-vous scandaleusement longs, à la pénurie de spécialistes, la majorité promet des mesures incitatives. Pourtant, comme le démontre le rapport d'enquête de nos collègues Alexandre Freschi et Philippe Vigier sur l'égal accès aux soins, aucune des multiples mesures incitatives de ces dernières décennies

– majorations de revenus, exonérations d'impôts – n'a fonctionné. Un exemple est particulièrement parlant : la majoration de 20 % des honoraires des médecins généralistes libéraux exerçant en groupe dans des zones sous-dotées a coûté, entre 2007 et 2010, 63 millions d'euros pour un apport net de seulement cinquante médecins.

À l'inverse, les mesures de régulation des installations sont très efficaces : c'est ce que révèle le même rapport, qui a notamment évalué les effets de la régulation des installations pour les pharmaciens, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. Le conventionnement pour les sages-femmes a, par exemple, permis de ramener, entre 2010 et 2016, la part des installations en zones surdotées de 28 % à 10 % seulement. Qu'attendons-nous donc pour instaurer une mesure de conventionnement sélectif concernant les médecins ?

Par cet amendement, nous demandons simplement que les médecins libéraux ne puissent plus s'installer dans les zones où la densité de médecins est déjà élevée. C'est le cas pour de très nombreuses professions, y compris pour certaines qui ne sont pas vitales, comme les géomètres-experts. Mes chers collègues, beaucoup d'entre vous êtes médecins : saurez-vous ne pas plier face au corporatisme ?

**M. le président.** La parole est au docteur Véran, pour donner l'avis de la commission. *(Sourires.)*

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Ce n'est pas le docteur qui parle, monsieur le président, c'est le député ! C'est un débat que nous avons régulièrement dans le cadre du PLFSS, madame Fiat. L'avis est défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** C'est un débat que nous avons eu toute l'année dernière ; avis défavorable.

*(L'amendement n° 1352 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 393.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Cet amendement, adopté par la commission, apporte une précision quant au régime micro-PAMC – praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés – pour les seuls remplaçants agissant dans le cadre conventionnel.

*(L'amendement n° 393, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

*(L'article 30, amendé, est adopté.)*

### Après l'article 30

**M. le président.** Je suis saisi de plusieurs amendements, n°s 206, 1283 et 1286, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 206 et 1283 sont identiques. Sur ces amendements identiques, je suis saisi 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. Alain Bruneel, pour soutenir l'amendement n° 206.

**M. Alain Bruneel.** Nous abordons ici un sujet au cœur des préoccupations de nos concitoyens : la désertification médicale de nos territoires, qui, en zone rurale comme en ville, fragilise l'accès aux soins.

Avant de défendre mon amendement, je voudrais rappeler quelques chiffres sur la réalité des déserts médicaux : 5,5 millions de Français, soit environ 9 % de la population, résident dans une commune sous-dense en médecins généralistes ; nous avons perdu 8 000 médecins généralistes en dix ans – moins 14 % –, dont 749 en 2017 ; 72 % de Français ont déjà renoncé à des soins ; et 8,6 % des patients sont sans médecin traitant, selon un rapport d'octobre 2018 qui vient de vous être remis, madame la ministre.

Par cet amendement, nous proposons donc l'instauration d'un conventionnement sélectif en fonction des zones d'installation des médecins généralistes, afin de limiter l'installation de nouveaux médecins dans les zones surdotées au seul remplacement professionnel des médecins qui cessent leur activité. Le plan « ma santé 2022 », annoncé récemment, contient quelques mesures intéressantes mais surtout l'amplification de mesures incitatives – doublement du nombre de maisons de santé, aide à l'installation, stage en ville pour les internes.

Tout le monde s'accorde à dire, notamment dans le cadre des enquêtes menées par les parlementaires, que ces mesures incitatives sont parfois vouées à l'échec. Mais quand il s'agit de recourir à une mesure contraignante, l'on nous répond qu'il ne faut pas casser la dynamique des mesures incitatives mises en œuvre ces dernières années – je fais ici référence aux propos, qui me paraissent contradictoires, tenus par M. le rapporteur en commission lors de l'examen du PLFSS pour 2018.

Cet amendement ne résout pas tout, mais permettrait au moins de limiter la pénurie de médecins dans nos territoires.

**M. le président.** La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 1283.

**M. Joël Aviragnet.** Par cet amendement, je vous propose de faire réaliser des économies à la sécurité sociale.

**M. Jean-Pierre Door.** C'est exceptionnel !

**M. Joël Aviragnet.** Je vous propose en effet de faire venir des médecins dans les zones où il en manque au lieu de renvoyer des urgences les patients qui s'y rendent parce qu'ils ne trouvent pas de médecin – il ne s'agit évidemment pas ici des 25 % qui encombrant les urgences, mais la mesure peut concerner ne serait-ce que 5 à 6 % des cas.

Les chiffres publiés en octobre 2017 par l'Ordre des médecins concernant la démographie médicale sont particulièrement alarmants, notamment pour la médecine générale. La situation est également inquiétante pour certaines spécialités médicales – sauf apparemment pour la Charente, où M. Mesnier nous dit qu'il n'y a pas de problème !

**M. Thomas Mesnier.** On se débrouille !

**M. Joël Aviragnet.** La France comptait 88 137 médecins généralistes en activité régulière en 2017, contre 87 012 en 2007 : on voit la différence ! Quant au récent rapport de la Cour des comptes, il établit également un diagnostic sans appel.

Dans le but de lutter contre l'aggravation de ce phénomène, et voyant bien que les mesures d'organisation ne semblent pas y remédier puisqu'il a continué d'empirer, le présent amendement étend aux médecins libéraux un dispositif de régulation de l'installation existant déjà pour plusieurs autres professionnels de santé – pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, etc. L'adoption d'un tel principe de conventionnement territorial des médecins libéraux permettrait de compléter utilement les dispositifs d'incitation à l'installation dans les zones sous-dotées instaurés dans le cadre du PLFSS 2018 et du plan santé. En matière de lutte contre les déserts médicaux, il est en effet urgent de mobiliser l'ensemble des solutions possibles, en particulier lorsque celles-ci ont déjà fait leurs preuves pour d'autres professions de santé.

**M. le président.** Je suis saisi de l'amendement n° 1286.

Sur cet amendement également, je suis saisi 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 Mme Ericka Bareigts, pour le soutenir.

**Mme Ericka Bareigts.** Nous proposons que le dispositif de conventionnement sélectif visant à réguler l'installation des médecins libéraux soit expérimenté pendant trois ans, dans des zones définies par les ARS et en concertation avec les syndicats médicaux et les conseils territoriaux de santé. Le conventionnement par l'assurance maladie d'un médecin s'installant en zone sur-dense serait réservé au cas où un médecin libéral de la même zone cesserait son activité. Une telle expérimentation préserverait donc la liberté d'installation tout en instaurant un conventionnement territorialisé.

Nous proposons en outre qu'à l'issue de cette période l'expérimentation fasse l'objet d'un rapport d'évaluation au Gouvernement.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Je n'entrerai pas dans un débat de fond sur une proposition que l'on nous soumet chaque année, tant en commission qu'en séance. Cela dit sans aucune volonté de provocation, y-a-t-il ici un parlementaire qui considère qu'il y a trop de médecins dans sa circonscription ? Avant de dire qu'on va les empêcher de s'installer dans certains territoires pour les envoyer là où on en manque, j'aimerais bien savoir où il y en a trop !

**M. Pierre Dharréville.** Ici ! (*Rires.*)

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** À l'Assemblée nationale ? Ce n'est pas complètement faux : il y a 20 médecins sur près de 600 députés ! (*Rires et applaudissements sur plusieurs bancs.*)

**M. Alain Bruneel.** Ce sera au compte rendu !

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Ce cas mis à part, je ne crois pas qu'un seul député considère qu'il y a trop de médecins dans sa circonscription et que l'on doit lui enlever pour qu'ils s'installent dans une circonscription voisine – cela dit sans aucune ironie.

Vous prétendez que le conventionnement sélectif ne sonnerait pas la fin de la liberté d'installation : bien sûr que si ! À moins de considérer que le médecin aura toujours la liberté de s'installer sans conventionnement ; mais, dans ce

cas, le patient ne serait plus remboursé : ce n'est plus de la médecine à deux vitesses, c'est de la médecine à cinq vitesses ! Ce n'est pas ce que vous voulez non plus.

Il n'existe pas de martingales faciles que tout le monde connaîtrait depuis vingt ans et auxquelles nous négligerions de recourir. Tantôt la gauche tantôt la droite, selon que l'une ou l'autre est dans l'opposition, propose cette idée de conventionnement sélectif qui n'a fonctionné nulle part en Europe, ni en Allemagne ni aux Pays-Bas, non plus qu'au Canada, en dépit des sommes phénoménales qui y ont été consacrées.

Les seules véritables solutions sont pragmatiques : les maisons de santé, les regroupements ou encore la fin du numerus clausus, que l'on aurait dû décider il y a quinze ou vingt ans. En 1998, quand je faisais mes études de médecine,...

**M. Thomas Mesnier.** Vétéran !

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** ...on formait 3 500 médecins par an – 3 500 ! Ce sont ces mauvaises décisions que l'on paye aujourd'hui ! On considérait aussi à l'époque que les délégations de tâches, les transferts de compétences, les pratiques avancées allaient se développer, permettant aux médecins de confier à d'autres certaines de leurs missions ; mais l'on a pris beaucoup de retard en la matière.

Les assistants médicaux, la télémédecine et autres bonnes mesures qui sont en train d'être mises en œuvre vont fonctionner ; mais c'est au pied du mur que l'on a réagi, hélas – sans doute par manque d'anticipation.

Le conventionnement sélectif est vraiment une fausse bonne idée. Je le répète : si l'un de vous considère qu'il y a trop de médecins dans sa circonscription, qu'il me le fasse savoir, même de façon anonyme ; ça m'intéresse ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je m'exprimerai une fois pour toutes sur ces propositions de coercition, de conventionnement sélectif – appelez-les comme vous voulez : elles fleurissent à chaque PLFSS et tous les ministres de la santé s'y opposent, non pour faire plaisir aux médecins mais parce que ce système ne fonctionne pas.

**M. Joël Aviragnet.** Si !

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Non, monsieur Aviragnet. Pas de mauvais procès, je vous prie ! Dans les pays qui l'ont essayé, les médecins se sont installés en périphérie des zones sur-dotées. Mais ce que dit le rapporteur général est exact : il n'y a pas de zones sur-dotées en France, sauf peut-être quelques villes de PACA s'agissant des cardiologues. Je ne crois pas que ce soit avec trois cardiologues de Nice que l'on va peupler les déserts médicaux.

La question n'est pas là. La question, c'est que nous n'avons pas assez de médecins généralistes en exercice libéral – même à Paris qui, de ce point de vue, est une zone sous-dotée.

**M. Sylvain Maillard.** C'est vrai !

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** En réalité, le conventionnement sélectif a été mis en œuvre pour réguler des professions sur-dotées, comme les infirmières ou les masseurs-kinésithérapeutes, qui n'avaient pas d'autre alternative. Mais, dans le

cas des généralistes, le taux de fuite serait très élevé, d'abord parce qu'il n'existe pas de zone sur-dotée, je l'ai dit, et ensuite parce qu'ils peuvent choisir l'exercice salarié.

Aujourd'hui, 70 % des médecins qui sortent de formation sont des femmes – dont on sait qu'elles préfèrent l'exercice salarié. D'une façon générale, on constate une désaffection des médecins pour l'installation en libéral. Les jeunes médecins préfèrent effectuer des remplacements ; ils ne s'installent plus avant l'âge de trente-cinq ans. Votre proposition aggraverait encore cette désaffection. Aujourd'hui, le choix est tel en matière d'exercice salarié de la médecine, que ce soit dans la médecine du travail, la médecine scolaire, dans l'industrie, dans les centres de santé ou à l'hôpital – on manque de médecins hospitaliers – que les médecins ne choisiront pas d'aller s'installer dans les déserts médicaux.

Le problème est bien plus général : c'est un problème d'attractivité territoriale. Votre idée plaît, parce qu'elle est simpliste : comme toute idée simpliste, elle paraît de bon sens, alors qu'en réalité c'est une très mauvaise mesure.

Voilà pourquoi je suis défavorable à cet amendement. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LaREM.*)

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

**M. Joël Aviragnet.** Je connais vos arguments, madame la ministre, pour avoir déjà débattu du sujet avec vous. Je vous ferai simplement observer qu'en Occitanie, région que je connais bien, les médecins se concentrent à Toulouse, Montpellier et sur le littoral méditerranéen ; on pourra en former autant que vous voulez, c'est là qu'ils s'installeront.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Pas les généralistes !

**M. Joël Aviragnet.** Je veux bien que la mesure proposée ne soit pas bonne, mais alors dites-moi comment faire ! Aucune mesure incitative n'a suffi jusqu'à présent. Ne faudrait-il pas envoyer des étudiants en médecine faire leur stage en zone rurale ?

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** On le fait !

**M. Joël Aviragnet.** Quant à la décision de mettre fin au numerus clausus, vous savez aussi bien que moi que ses effets ne se feront pas sentir avant un moment.

On devrait d'ailleurs dresser au préalable la liste précise des lieux où l'on manque de médecins. Nous avons déposé une demande de rapport en ce sens,...

**M. Jean-Pierre Door.** On l'a !

**M. Joël Aviragnet.** ...mais elle n'a pas été retenue par la commission. Cela nous permettrait pourtant de parler de réalités concrètes.

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

**M. Francis Vercamer.** Ces amendements me poussent à m'interroger, surtout la proposition d'expérimentation. Au début de ce débat, on nous a dit – je ne sais plus si c'était le rapporteur général ou le Gouvernement – qu'il n'y avait jamais eu autant de médecins en France. Soit ; je veux bien le croire, même si la courbe de la démographie médicale est plutôt décroissante ; mais, dans ce cas, comment se fait-il qu'il n'y ait jamais eu autant de déserts médicaux ? Il y a là un vrai problème, qu'il faut résoudre.

Faut-il aller pour autant jusqu'au déconventionnement ? Je n'en suis pas sûr ; mais pourquoi ne pas expérimenter le dispositif proposé ? On le fait bien dans d'autres domaines. À un moment donné, il faudra prendre des décisions. On ne peut pas continuer d'accepter qu'il n'y ait plus de médecins dans les territoires ruraux, plus d'accès aux soins, puis se plaindre que les services d'urgence soient débordés ! Les gens sont bien forcés d'aller à l'hôpital le plus proche – qui est quelquefois très loin – quand il n'y a plus de médecins dans leur secteur.

À titre personnel – je ne m'exprime pas là au nom de mon groupe –, je voterai donc en faveur de l'expérimentation.

**M. Alain Bruneel.** Merci !

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n<sup>os</sup> 206 et 1283.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	52
Nombre de suffrages exprimés .....	47
Majorité absolue .....	24
Pour l'adoption .....	7
contre .....	40

*(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 206 et 1283 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n<sup>o</sup> 1286.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	51
Nombre de suffrages exprimés .....	48
Majorité absolue .....	25
Pour l'adoption .....	8
contre .....	40

*(L'amendement n<sup>o</sup> 1286 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de l'amendement n<sup>o</sup> 1287.

Sur cet amendement, je suis saisi 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 Mme Gisèle Biémouret, pour le soutenir.

**Mme Gisèle Biémouret.** Le département du Gers a mis en place le dispositif « Dites 32 » avec l'ordre des médecins et le SDIS, le service départemental d'incendie et de secours. Nous allons à la sortie de la faculté de médecine de Toulouse pour essayer de convaincre des étudiants de venir faire leur stage chez nous – sans résultats tangibles pour l'instant, mais nous continuons d'espérer. Je trouve presque humiliant de devoir prendre ce genre d'initiative pour attirer des médecins dans un département rural.

C'est vrai, madame la ministre, que les problèmes en jeu sont multiples – services publics, travail du conjoint, etc. – et complexes, mais, si nous parlons du sujet à chaque PLFSS, c'est parce qu'il reste la première préoccupation de nos concitoyens.

J'en viens à l'amendement. L'État s'est donné l'obligation, fixée à l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale, de garantir l'accès effectif des assurés aux soins dans l'ensemble du territoire. Cette obligation et la liberté d'installation, qui ont la même portée normative, doivent donc être conciliées, et il appartient au ministre de la santé d'assurer cette conciliation en faisant en sorte que la libre installation ne conduise pas systématiquement à aggraver la désertification médicale.

Il est raisonnable d'envisager des mesures de modulation du remboursement des soins lorsque l'installation du praticien n'a pas permis de remédier à la désertification en dépit des propositions d'installation qui auront pu lui être faites. Elles doivent se fonder sur l'évaluation établie par le directeur général de l'ARS conformément au code de la santé publique.

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

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

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

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n<sup>o</sup> 1287.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	52
Nombre de suffrages exprimés .....	48
Majorité absolue .....	25
Pour l'adoption .....	7
contre .....	41

*(L'amendement n<sup>o</sup> 1287 n'est pas adopté.)*

### Article 31

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Door, inscrit sur l'article.

**M. Jean-Pierre Door.** Vous avez évoqué, madame la ministre, la nécessité d'introduire de la souplesse dans des structures installées il y a quelques années, en particulier les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires, SISA. J'étais rapporteur à l'époque, en 2011, et je trouvais alors la solution excellente ; mais le diable est dans les détails, et il apparaît aujourd'hui que les contraintes administratives sont trop lourdes.

À titre personnel, j'ai soutenu les initiateurs d'une SISA dans la ville dont j'étais le maire, une petite commune de 15 000 habitants. Le problème, c'est que, sur les onze professionnels de santé qui y exerçaient, il n'y avait qu'un seul généraliste – sinon, c'étaient un gynécologue, un dentiste, un podologue, une infirmière, etc. Nous n'avons donc pas pu obtenir de financement de la part de l'ARS puisqu'il était obligatoire, dans un premier temps, qu'il y ait trois généralistes, puis, après un assouplissement des règles, deux.

Il faut donc faire preuve de souplesse dans la mise en place des SISA, établissements qui concourent à résoudre le problème de la désertification médicale puisqu'il s'agit de regroupements professionnels pluridisciplinaires destinés à répondre à des objectifs thérapeutiques, par exemple la lutte contre le diabète, dès lors qu'on y trouve des médecins, un podologue et une infirmière. Madame la ministre, pour obtenir des résultats, il faut absolument demander aux ARS de faire preuve d'un peu plus de souplesse vis-à-vis des SISA.

**M. le président.** La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 280.

**Mme Emmanuelle Ménard.** Cet amendement tendait à supprimer l'article mais je le retire, ayant été plutôt convaincue par les explications de Mme la ministre. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

(*L'amendement n° 280 est retiré.*)

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je vous remercie.

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n°s 1169 et 394, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Graziella Melchior, pour soutenir l'amendement n° 1169.

**Mme Graziella Melchior.** Il est défendu.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 394.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Je laisse à Delphine Bagarry le soin de le défendre.

**M. le président.** La parole est à Mme Delphine Bagarry.

**Mme Delphine Bagarry.** Cet amendement vise à obtenir un bilan des pratiques avancées, dont nous savons qu'elles sont un levier prometteur d'accès aux soins mais aussi d'une plus grande coopération entre les différents professionnels de santé. Les premières années d'application du nouveau statut d'infirmier en pratiques avancées doivent être l'occasion d'un premier bilan de ce déploiement, non seulement pour évaluer l'impact sanitaire et financier de ce statut mais surtout pour en envisager une extension rapide à d'autres domaines de compétences et à d'autres professionnels de santé ; j'espère avoir l'occasion de vous présenter un amendement en ce sens tout à l'heure. Dans celui dont il est question maintenant, il s'agit de prévoir la remise d'un rapport au Parlement à l'horizon de 2020 pour tirer les enseignements d'une réelle application des pratiques avancées.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Ces deux amendements sont similaires sur le fond mais le second est plus adapté, en raison d'un tout petit détail concernant l'assurance maladie.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement sur ces deux amendements ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Le Gouvernement approuve les deux mais, par souci de cohérence, il choisit celui de la commission des affaires sociales, le n° 394, et demande le retrait du n° 1169.

**Mme Graziella Melchior.** Je retire l'amendement n° 1169.

(*L'amendement n° 1169 est retiré.*)

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

**M. Joël Aviragnet.** Je précise simplement que nous soutenons l'article 31 car les SISA peuvent répondre partiellement au problème de l'accès aux soins dans les déserts médicaux. Cela étant, madame la ministre, je vous demande de vous engager sur un nombre d'infirmières collaboratrices des médecins non seulement dans les maisons de santé mais aussi auprès de tous les groupes de médecins qui le souhaitent.

(*L'amendement n° 394 est adopté.*)

(*L'article 31, amendé, est adopté.*)

### Après l'article 31

**M. le président.** La parole est à M. Alain Ramadier, pour soutenir l'amendement n° 964, portant article additionnel après l'article 31.

**M. Alain Ramadier.** Depuis le PLFSS pour 2017, le directeur général de l'assurance maladie a le pouvoir de fixer unilatéralement les tarifs des actes de radiologie, sans négociation syndicale. Cette mesure a été fortement dénoncée par les radiologues, qui investissent très lourdement pour acheter le matériel médical. Le tarif des consultations était auparavant fixé par voie conventionnelle grâce à un accord entre les syndicats représentatifs des radiologues et l'assurance maladie. L'objet de cet article est donc de revenir à la méthode conventionnelle.

(*L'amendement n° 964, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

### Article 32

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 596.

**M. Jean-Pierre Door.** Il s'agit d'un amendement de cohérence avec un amendement déposé à l'article 43 relatif à la création des médicaments hybrides. Des amendements tendent à supprimer les dispositions relatives à la création de ces derniers ; pour notre part, nous souhaitons intégrer ceux-ci dans les logiciels d'aide à la prescription. Il importe de développer de tels médicaments et de les inscrire dans ces logiciels. Nous proposons de le préciser dès l'article 32, relatif à l'usage du numérique.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Nous anticipons donc l'article 43, monsieur Door ?

**M. Jean-Pierre Door.** En un sens seulement.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Vous voulez supprimer les dispositions sur les médicaments hybrides à l'article 43 et, par anticipation, supprimer des LAP et des LAD, les logiciels d'aide à la prescription et les logiciels d'aide à la dispensation, n'est-ce pas ?

**M. Jean-Pierre Door.** Au contraire ! Nous voulons les inclure dans les logiciels !

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Je n'ai pas compris pourquoi vous avez fait allusion à leur possible suppression tout en envisageant leur intégration dans les logiciels d'aide à la prescription. Peu importe : avis défavorable.

*(L'amendement n° 596, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 713.

**Mme Emmanuelle Ménard.** C'est un amendement d'appel à la prudence. À l'heure de l'extension sans précédent de l'utilisation des données numériques, surtout lorsqu'elles concernent des informations médicales, il me semble que la certification des logiciels d'aide à la prescription ou à la dispensation doit demeurer obligatoire.

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

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

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Nous sommes défavorables à une inscription dans la loi ; la mesure est satisfaite de facto, en réalité.

*(L'amendement n° 713 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir les amendements n° 901 et 902, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Amendements rédactionnels.

*(Les amendements n° 901 et 902, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 334.

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

*(L'amendement n° 334, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 903.

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

*(L'amendement n° 903, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

*(L'article 32, amendé, est adopté.)*

### Après l'article 32

**M. le président.** Je suis saisi de plusieurs amendements portant article additionnel après l'article 32.

La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 1607.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Le Premier ministre a missionné trois personnalités qualifiées pour analyser les causes de l'évolution des indemnités journalières et identifier les marges de progrès du dispositif d'indemnisation. Nous

avons en effet observé que l'augmentation du budget alloué aux indemnités journalières, qui fait partie de l'ONDAM de ville, augmente de 4,5 % par an. La mission, qui rendra son rapport à la fin de l'année, a d'ores et déjà formulé une première série de préconisations, et le Gouvernement a souhaité donner une traduction législative à deux d'entre elles.

La première concerne le temps partiel thérapeutique, levier majeur de prévention de la désinsertion professionnelle pour les assurés malades. Il doit permettre aux personnes atteintes d'une incapacité physique médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle à temps partiel et de revenir progressivement vers l'emploi afin d'éviter un éloignement durable et définitif du monde du travail, voire un basculement dans l'invalidité. L'amendement du Gouvernement vise à simplifier les conditions d'accès au temps partiel thérapeutique afin d'inciter à y recourir. Ainsi, l'obligation de disposer d'un arrêt de travail à temps plein préalablement à l'obtention d'un arrêt de travail à temps partiel est supprimée pour tous les types d'arrêt de travail : il sera désormais possible d'être arrêté, par exemple, en mi-temps thérapeutique. Les règles de calcul de l'indemnité et sa durée de versement seront clarifiées afin d'inciter au maintien partiel de l'activité ou à sa reprise et de garantir une application simplifiée et homogène par les caisses.

La seconde proposition concerne la dématérialisation des arrêts de travail : 40 % sont déjà transmis à l'assurance maladie sous forme dématérialisée, et je souhaite que nous allions vers une dématérialisation totale.

**M. Sylvain Maillard.** Très bien !

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Pour les patients, la dématérialisation de la prescription des arrêts de travail garantit une transmission instantanée de leur arrêt à la caisse d'assurance maladie, sans qu'ils aient besoin de le poster, et simplifie ainsi leurs démarches administratives. Pour les professionnels de santé, l'utilisation des outils numériques constitue un gage de simplification de l'exercice de leur activité. Je souhaite donc que les organismes d'assurance maladie mettent à disposition des professionnels de santé les services nécessaires à la mise en œuvre de la dématérialisation. L'application de cette obligation sera définie dans le cadre d'un accord conventionnel négocié avec l'assurance maladie.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** La commission n'a pas pu examiner cet amendement mais, à titre personnel, j'y suis favorable. Parmi les nombreuses pistes qui ont été évoquées pendant les concertations pour essayer de moderniser le système d'arrêt de travail, celles retenues par le Gouvernement semblent tout à fait cohérentes.

La dématérialisation des arrêts maladie se substitue ainsi au triptyque papier remis au patient, lequel dispose théoriquement, je crois, de quarante-huit heures pour envoyer un formulaire à l'assurance maladie et un formulaire à l'employeur, après quoi le médecin regarde ce qu'il en est. Nous ne sommes plus au temps du papier. Nous nous dirigeons vers la numérisation accélérée de toutes ces procédures. Cela évitera la perte de données tout en permettant à l'assurance maladie d'avoir un regard en temps réel sur les arrêts de travail, y compris ceux de très courte durée. Du reste, peu de médecins, je crois, ne sont toujours pas équipés en numérique. Il s'agit d'une bonne mesure dès lors que le dispositif est simple et qu'il ne prend pas de temps au médecin dans sa consultation – il n'est en effet pas plus

long, me semble-t-il, de rédiger un arrêt sur un ordinateur que de délivrer un triptyque au patient en lui expliquant son usage et ce qu'il faut envoyer, à quelle personne, etc.

Le mi-temps thérapeutique constitue aussi une mesure intéressante, tant la nécessité de rester en arrêt complet avant de reprendre le travail peut être pesante. Dans certaines situations, un mi-temps permet clairement de faire face à une difficulté sanitaire transitoire sans priver le patient de son emploi. Il faudra veiller à éviter une externalité négative du dispositif : le fait qu'un médecin ne prescrive pas un arrêt complet à un patient mais le place d'emblée en mi-temps thérapeutique, sur une très courte durée, pour des raisons douteuses – j'espère avoir été clair.

Quoi qu'il en soit, les deux dispositifs proposés sont vraiment cohérents, pragmatiques et permettront de moderniser les procédés d'arrêt de travail. Il s'agit là d'un enjeu et d'un sujet importants pour notre pays et pour la protection sociale.

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

**Mme Michèle de Vaucouleurs.** La dématérialisation des arrêts de travail est, sans aucun doute, une très bonne disposition. Mon collègue Cyrille Isaac-Sibille s'interrogeait sur la lourdeur administrative et le coût que cela pourrait représenter pour les médecins, mais vous nous avez plutôt rassurés sur ce point.

Les nouvelles dispositions visant à faciliter le recours au temps partiel me semblent également aller dans le bon sens. Cependant, afin de combattre encore davantage le non-recours, j'avais proposé un amendement, malheureusement irrecevable, garantissant que, lors de la reprise du travail à temps complet, le salarié soit assuré de retrouver son emploi ou un emploi similaire à rémunération équivalente. En effet, de nombreuses personnes n'osent pas recourir au temps partiel thérapeutique, par crainte de ne pas retrouver leur emploi dans des conditions identiques. On déplore un vide juridique sur cette question, contrairement à ce qui peut exister pour des congés comme le congé de proche aidant ou le congé maternité.

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

**Mme Caroline Fiat.** Étant donné que nous n'avons pas examiné cet amendement en commission, j'ai quelques questions à vous poser, madame la ministre.

S'agissant de la dématérialisation, sommes-nous bien d'accord que, si les gens n'ont pas accès à internet, par exemple parce qu'ils vivent dans une zone blanche, ils pourront continuer à utiliser les formulaires papier ?

Est-on bien sûr, par ailleurs, que le motif de l'arrêt maladie n'apparaîtra pas dans le formulaire numérisé ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Bien sûr !

**Mme Caroline Fiat.** Ma dernière question porte sur le mi-temps thérapeutique. Bien souvent, je pense que vous le savez, madame la ministre, c'est l'employeur qui freine des deux pieds et refuse au salarié ce mi-temps thérapeutique.

**Mme Michèle Peyron.** Mais non ! Ce n'est pas vrai !

**Mme Caroline Fiat.** En tout cas, c'est souvent ce qui se passe dans le monde de la santé : en tant qu'aide-soignante, je peux vous dire qu'il nous est souvent arrivé, à mes collègues

ou à moi-même, de vouloir revenir travailler à temps partiel et que l'employeur s'y opposait, parce que cela posait trop de problèmes de planning.

**Mme Michèle Peyron.** Ce n'est pas vrai !

**Mme Caroline Fiat.** C'est quand même terrible d'entendre cela !

**M. le président.** Seule Mme Fiat a la parole.

**Mme Caroline Fiat.** Ce n'est peut-être pas vrai partout, ma chère collègue, mais je vous assure que cela peut arriver en Meurthe-et-Moselle – la Meurthe-et-Moselle va devenir le département des cas d'exception ! Madame la ministre, comment pensez-vous pouvoir obliger l'employeur à accepter les mi-temps thérapeutiques ?

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

**M. Pierre Dharréville.** Je ne vais pas répéter ce que je pense de la manière dont le sujet est arrivé sur la table, mais ce qui vient renforcer ma perplexité, c'est le fait que, bien que le rapport ne soit pas encore connu dans sa totalité, on en ait extrait quelques mesures pour les appliquer immédiatement.

**M. Gilles Lurton.** Très bien !

**M. Pierre Dharréville.** Je pense qu'il s'agit d'un sujet grave, important, sur lequel nous avons besoin d'avoir une vision d'ensemble, d'une part, et une réflexion approfondie, d'autre part, parce qu'il conviendrait d'étudier la cause de l'augmentation des arrêts de travail. Des explications possibles existent, par exemple les effets de la réforme des retraites, qui a allongé la durée du travail dans l'existence ; ce peut être une source de mal-être au travail, qui peut susciter de la fatigue et entraîner des arrêts maladie. Cette question, en tout cas, mériterait un débat beaucoup plus approfondi, et je suis surpris que nous l'abordions d'abord par le biais budgétaire. On a l'impression que ce qui nous pousse à prendre ces mesures dans l'urgence, ce sont des questions d'ordre budgétaire. Or je pense que nous gagnerions à regarder ces sujets de plus près.

La dématérialisation des arrêts de travail, en soi, ne me pose pas de problème de principe : elle est de nature à faciliter l'accès aux droits et à alléger un certain nombre de démarches.

S'agissant du mi-temps thérapeutique, le rapporteur général a oublié d'évoquer un autre biais : ne faudrait-il pas, pour qu'un mi-temps thérapeutique soit pleinement efficace, qu'il fasse suite à un arrêt de travail complet ? ne risquez-vous pas de pousser les médecins à prescrire des mi-temps thérapeutiques plutôt que des arrêts complets ? pire, ne risquez-vous pas de pousser certains salariés à demander un mi-temps thérapeutique afin de ne pas mettre en difficulté leur entreprise ? ne risquent-ils pas de faire un choix au bénéfice de leur entreprise et au détriment de leur propre santé ? Ces questions mériteraient d'être étudiées d'un peu plus près et je pense, en tout cas, que l'adoption de ces mesures, maintenant, dans la précipitation, est extrêmement prématurée.

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

**M. Gilles Lurton.** Je partage assez l'avis de M. Dharréville, d'autant que j'en souviens bien, que l'année dernière, quand nous avons examiné le PLFSS pour 2018 – vous allez peut-être me dire que cela n'a aucun rapport, mais pour moi, c'est tout à fait lié –, nous avons voté un amendement qui demandait au Gouvernement un rapport sur tous les

aspects des indemnités journalières. Il était prévu que le Gouvernement nous le remette avant le mois de juin et vous aviez vous-même donné votre accord, madame la ministre. Or ce rapport n'a jamais été publié. Un rapport de l'IGAS – l'inspection générale des affaires sociales – a certes paru cet été, qui a d'ailleurs fait couler beaucoup d'encre dans la presse, avant d'être un peu abandonné par le Gouvernement, mais ce n'est pas le rapport que les parlementaires avaient sollicité sur ce sujet. Ce n'est pas notre groupe qui avait déposé l'amendement demandant ce rapport, mais notre collègue Annie Vidal, coprésidente de la MECSS, la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale. Je souhaiterais vraiment que nous disposions d'un rapport très précis sur tous ces sujets avant de prendre des décisions.

**M. le président.** La parole est à Mme Delphine Bagarry.

**Mme Delphine Bagarry.** L'amendement du Gouvernement est excellent et je vous en remercie, madame la ministre.

Premièrement, la dématérialisation, c'est facile, cela fait gagner du temps aux médecins et cela a en outre le mérite de garantir la confidentialité. Très souvent, avec le formulaire à trois volets, les salariés envoient à leur employeur le motif de leur arrêt de travail ; avec la dématérialisation, la confidentialité est totalement garantie.

Deuxièmement, je veux insister sur le fait que le temps partiel thérapeutique est une prescription thérapeutique : ce n'est pas un choix du patient ou de l'employeur, mais un choix du médecin, qui estime que cela fait partie du soin. Quand un médecin prescrit un arrêt de travail, c'est parce qu'il estime que cela permettra de traiter le patient. Et il est de même pour le temps partiel thérapeutique : il fait partie du soin.

Troisièmement, quid du secteur public ? C'est dans le secteur public que les temps partiels thérapeutiques posent le plus de problèmes, qu'il est plus difficile de les obtenir, parce qu'il faut que cela passe par le centre de gestion des collectivités territoriales. Dans le secteur privé, il n'y a généralement pas de problème.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** S'agissant du rapport, le Premier ministre a souhaité entamer des négociations avec les partenaires sociaux sur la question des indemnités journalières à la fin du mois d'août et il a lancé, en septembre, une mission sur la hausse des arrêts maladie, qui doit remettre son rapport à la fin de l'année. Il nous a semblé qu'un certain nombre des dix propositions qui ont d'ores et déjà été formulées nécessitent une réflexion plus approfondie. Je rappelle que ce rapport, qui a été confié à trois personnalités qualifiées, a également fait l'objet de discussions, dans le cadre d'un groupe de travail avec les partenaires sociaux – organisations syndicales et patronales, cela va de soi – et les syndicats de médecins.

Les deux propositions que nous vous faisons aujourd'hui ont pour but d'améliorer rapidement la pertinence des arrêts de travail tels qu'ils sont prescrits.

Il est certain que la dématérialisation va faire gagner du temps à l'assurance maladie pour le traitement des données ; elle sécurisera les données en ce qui concerne le secret médical et épargnera des démarches aux salariés, qui n'auront plus à s'occuper d'envoyer les différents feuillets du formulaire à leur employeur et à l'assurance maladie.

C'est une mesure de simplification administrative, et tout le monde y gagnera. Enfin, il va de soi que, quand des médecins n'ont pas accès à internet, on fera avec.

Quant au temps partiel thérapeutique ou au mi-temps thérapeutique, je rappelle qu'il s'agit effectivement de prescriptions médicales. Nous avons déjà supprimé l'obligation d'arrêt de travail à temps plein qui existait préalablement pour les malades chroniques, souffrant d'ALD, les affections de longue durée. Nous vous proposons de faire exactement la même chose pour toutes les maladies, qu'elles soient ou non prises en charge à 100 % par l'assurance maladie, qu'il s'agisse ou non d'une ALD. Cette mesure n'est donc pas très disruptive, puisqu'il s'agit en réalité d'étendre à tous les malades une mesure déjà en vigueur pour les 10 millions de personnes souffrant d'une ALD. Nous permettons aux gens de s'inscrire d'emblée dans un rythme à mi-temps, de travailler deux ou trois jours par semaine, en fonction de leur état de santé. Pour donner un exemple, je songe au cas d'un patient qui aurait besoin d'aller faire remplacer un pansement tous les trois jours à l'hôpital et qui voudrait travailler les autres jours ; voilà typiquement le genre de personne qu'on oblige aujourd'hui à s'arrêter totalement et qui pourra désormais se voir proposer un temps partiel.

Ce sont des mesures peu disruptives et peu risquées. Elles ne sont pas plus risquées pour les salariés que celles déjà prises pour les malades chroniques et les ALD. C'est toujours au médecin qu'il reviendra de faire le choix de mettre le patient en temps partiel thérapeutique ou en arrêt complet.

*(L'amendement n° 1607 est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Stéphane Viry, pour soutenir l'amendement n° 472 rectifié.

**M. Stéphane Viry.** Il est défendu.

*(L'amendement n° 472 rectifié, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

### Article 33

**M. le président.** Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 33.

La parole est à M. Jean-Pierre Door.

**M. Jean-Pierre Door.** Le groupe Les Républicains ayant déposé très peu d'amendements sur l'article 33, je me permets d'en dire un mot. Le reste à charge zéro est une idée généreuse qui, du reste, était aussi inscrite dans notre programme présidentiel. Ce n'est donc pas une nouveauté, mais le fait que vous lanciez l'opération dès maintenant, en l'inscrivant dans ce PLFSS, me pousse à vous poser quelques questions.

Cette politique suppose une définition très précise des paniers de soins concernés, avec des critères de qualité. On a par exemple fait le choix de trois paniers de soins pour le dentaire – le plus, le moyen et le mini – et de deux paniers de soins pour l'optique – le plus et le moins –, mais les choses sont plus complexes pour l'auditif. À ce sujet, sur lequel j'ai été saisi il y a quelques heures, j'ai une question à vous poser, madame la ministre : la prescription d'une audioprothèse doit a priori être effectuée par un professionnel de santé car il faut s'assurer de l'absence de pathologie sous-jacente de l'oreille. Il semble donc naturel que le médecin

spécialiste ORL soit le prescripteur. Or il semblerait que ce ne soit plus le cas, à en croire le Syndicat national des médecins spécialisés en ORL. En tout cas, ceux-ci posent la question et il faut leur répondre : pourquoi les a-t-on mis de côté ?

Enfin, il y a un risque que la réforme du panier de soins à 100 %, que nous souhaitons tous, implique une augmentation des primes des complémentaires. C'est en tout cas ce que laissent craindre certains articles parus récemment dans la presse. Nous avons besoin de réponses claires. Vous nous dites qu'il n'y aura pas d'augmentation de primes, mais on ne sait jamais ce qui peut arriver ; c'est parole contre parole.

**M. le président.** Merci de conclure, cher collègue.

**M. Jean-Pierre Door.** Ou alors il faudrait vraiment serrer je ne sais quoi pour empêcher que les primes augmentent.

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

**M. Gilles Lurton.** L'article 33 concerne l'introduction du dispositif 100 % santé, ou RAC 0 – reste à charge zéro. Le constat de départ est simple et je crois pouvoir dire, comme Jean-Pierre Door, que nous le partageons. Une partie de nos concitoyens renonce à se soigner parce que le reste à charge, c'est-à-dire ce qui n'est remboursé ni par la sécurité sociale ni par les mutuelles, est trop élevé. Ce constat est particulièrement avéré en matière d'optique, de soins dentaires et d'audioprothèses, soins ciblés dans votre projet de loi, madame la ministre.

Face à ce constat, le Président de la République, conformément à sa promesse de campagne, propose de créer un panier RAC 0, dans lequel une certaine catégorie de produits seraient intégralement pris en charge, évitant ainsi au patient de dépenser quoi que ce soit pour se soigner. Cette mesure nous paraît très bonne. La promesse est tentante mais rappelons la célèbre maxime de Lavoisier : « Rien ne se perd, rien ne se crée, tout se transforme. » Ainsi, madame la ministre, qui paiera ce fameux reste à charge, car le prix du produit ou du service reste le même pour celui qui l'achète ou le vend ?

Le Président de la République, lors de son discours devant le congrès de la mutualité française, à Montpellier, le 13 juin dernier, a affirmé que le prix des complémentaires santé n'augmenterait pas et que le reste à charge, initialement supporté par le patient, serait intégralement payé par la sécurité sociale et les complémentaires santé, sans la moindre répercussion sur les usagers. Madame la ministre, vous avez déclaré devant la commission des affaires sociales que, si les tarifs des complémentaires santé venaient à augmenter, le Gouvernement agirait. De quels moyens disposez-vous pour les empêcher d'accroître les tarifs de tous leurs clients, y compris ceux qui n'ont pas besoin de lunettes, d'appareil dentaire ou d'audioprothèses ?

**M. le président.** La parole est à M. Stéphane Viry.

**M. Stéphane Viry.** L'accès aux soins pour tous doit en effet être une priorité, et cette considération me semble partagée par tous sur nos bancs. Néanmoins se pose la question du coût des actes et des prestations médicales pour garantir l'égalité de tous.

Bien avant l'examen du PLFSS, nous avons été alertés au sujet de la prise en charge de ce dispositif, de son équilibre économique et de son modèle. Nous avons bien compris que le coût serait pris en charge par l'assurance maladie complémentaire, d'une part, et les complémentaires santé, d'autre part, et que le reste à charge serait donc nul.

Cependant, je m'interroge. Il ne faudrait pas laisser croire aux Français que la cagnotte est invisible et que l'État, dans un bel élan de générosité, financera, alors qu'on sait très bien qu'il reviendra aux mutuelles de trouver les solutions. Je crains qu'en réalité, les mutuelles ne ciblent pas les trois dispositifs – dentaire, optique et auditif – mais répercutent économiquement une majoration des cotisations sur d'autres dispositifs afin, pour commencer, de vous être agréables, mais surtout de trouver l'argent nécessaire. J'ai bien entendu vos arguments en commission des affaires sociales, madame la ministre, mais mes craintes demeurent.

Par ailleurs, je ne souhaite pas non plus que cette mesure conduise à importer de l'étranger des équipements auditifs ou dentaires bon marché, ce qui nuirait à nos filières médicales, lesquelles excellent dans leur spécialité et proposent des produits de grande qualité.

Pour résumer : faisons preuve de bienveillance vis-à-vis de ce dispositif mais restons extrêmement prudents quant à son application.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Bruneel.

**M. Alain Bruneel.** Nous partageons la philosophie de la réforme du reste à charge zéro, madame la ministre, car les restes à charge incombant actuellement aux patients, en dehors des affections longue durée, sont élevés, ce qui entraîne des renoncements aux soins pénalisant les personnes modestes. Nous sommes favorables, bien évidemment, à ce que les soins de base soient maintenus pour les soins dentaires, les audioprothèses et l'optique. Cela étant, nous émettrons plusieurs réserves.

Tout d'abord, vous parlez de 100 % santé alors que le dispositif concerne un panier de soins limité à trois domaines. Il serait dommage de bercer nos concitoyens d'illusions et de créer des frustrations.

Par ailleurs – vous avez déjà donné des explications à ce sujet mais j'y reviens quand même –, les mutuelles conservent un rôle important dans le dispositif. Ainsi, après intervention de la sécurité sociale, il demeure un reste à charge pour les assurés, qu'ils financent indirectement via les cotisations qu'ils paient à leurs complémentaires. Or les cotisations risquent de continuer d'augmenter compte tenu des prélèvements opérés sur les complémentaires. Selon une étude parue cette semaine, que vous avez contestée, les tarifs pourraient augmenter de 6 à 9 % pour les retraités. Je ne voudrais pas relancer la polémique mais le risque est réel. Le Gouvernement s'est engagé à ce que les cotisations n'augmentent pas ; nous aimerions vous croire mais cela reste un pari.

Troisièmement, on s'interroge encore quant au périmètre et à la qualité du panier de soins. Dès lors que l'assuré souhaitera mieux que l'offre basique, il est fort à craindre que les tarifs explosent pour bénéficiaire de lunettes ou de prothèses dentaires ou auditives plus esthétiques et de meilleure qualité. Nous aurions préféré que vous reteniez notre proposition d'un 100 % sécu, les soins étant remboursés par la seule assurance maladie obligatoire.

Nous aimerions enfin que votre réforme soit complétée par l'instauration d'un tiers payant pour les bénéficiaires du reste à charge zéro, afin d'éviter qu'ils n'avancent les frais. Quelles sont les intentions du Gouvernement à ce propos ?

Nous soutiendrons cette réforme tout en surveillant de près son application.

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

**Mme Caroline Fiat.** Décidément, c'est l'après-midi du Gouvernement ! Je salue son intention de rendre accessibles à tous les lunettes, les soins dentaires et les prothèses auditives, même si notre groupe, La France insoumise, aurait préféré, lui aussi, que soit retenu le dispositif 100 % sécurité sociale.

Pour moi, c'est aussi l'après-midi des questions : j'en profiterai pour vous soumettre un cas concret. Une personne de mon entourage ne peut porter de prothèse dans l'oreille et doit subir une opération pour qu'elle soit implantée derrière l'oreille. Celle-ci coûte 3 980 euros et la sécurité sociale ne rembourse que 900 euros – j'ignore la part de la mutuelle. J'ai donc conseillé à cette personne – mon papa, pour ne rien vous cacher – d'attendre que le reste à charge zéro entre en vigueur, mais on l'a informé, lors d'une consultation, que ce type d'appareillage ne faisait pas partie du dispositif. Qu'en est-il ? Est-ce vrai ou la personne était-elle tout simplement mal renseignée ? On ne choisit pas de ne pas pouvoir porter une prothèse dans l'oreille. Si tous les types d'appareillage ne sont pas soumis aux mêmes règles de remboursement, cela créerait des inégalités.

Enfin, j'ai bien compris, madame la ministre, que les mutuelles n'augmenteraient pas. Le président de la Fédération nationale de la mutualité française nous a pourtant fait comprendre qu'il fallait rester vigilant car les mutuelles ne savent pas encore comment elles feront. Nos concitoyens s'inquiètent de voir augmenter leurs mutuelles.

Quoi qu'il en soit, nous soutiendrons – c'est rare – cet article de bon sens. (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes LaREM et MODEM.*)

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

**M. le président.** La parole est à M. Brahim Hammouche.

**M. Brahim Hammouche.** Nous tiendrons notre promesse, qui est une promesse de santé publique mais aussi de prévention. Quand on connaît les dégâts de la désafférentation neurosensorielle – dénutrition, malvoyance, baisse de l'audition, pertes de mémoire, risques de chute, isolement social, etc. –, on mesure l'importance de cette mesure. Nous appliquons là notre programme et nous veillerons à ce que les mutuelles respectent leur mission.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir les amendements n<sup>os</sup> 935 et 936, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

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

(*Les amendements n<sup>os</sup> 935 et 936, acceptés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, sont adoptés.*)

**M. le président.** Je suis saisi de plusieurs amendements identiques, n<sup>os</sup> 56, 291, 552, 1103 et 1406.

La parole est à M. Stéphane Viry, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 56.

**M. Stéphane Viry.** Il est défendu.

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 291.

**M. Gilles Lurton.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 552.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Il faut quand même dire quelques mots de cet amendement, qui tend à ce que tout devis remis par un professionnel de santé à un assuré comporte les modalités de prise en charge par les organismes d'assurance maladie complémentaire. Ce souhait est partagé par beaucoup, à commencer par vous, conformément à l'esprit du dispositif du reste à charge zéro et du plan « 100 % santé ». Les organismes complémentaires, on le sait, se sont engagés à améliorer la lisibilité des contrats. Néanmoins, à défaut d'une mesure contraignante, ils pourraient être tentés de ne pas respecter leur promesse. De plus, cet amendement, qui vise à renforcer la transparence, s'inscrit dans le prolongement de la loi Macron et de la loi consommation. Il est donc parfaitement conforme à la politique que vous promouvez.

**M. le président.** La parole est à Mme Nathalie Elimas, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 1103.

**Mme Nathalie Elimas.** Dans le cadre de la mise en œuvre du plan « 100 % santé », les organismes complémentaires se sont en effet engagés à améliorer la lisibilité des contrats et leur comparaison afin de permettre au consommateur de choisir en toute connaissance de cause. Notre amendement vise à renforcer la transparence des modalités de prise en charge par les organismes complémentaires. Ainsi, tout devis remis par un professionnel de santé à un assuré lors de la vente d'un équipement devra mentionner clairement les modalités de prise en charge. Cette disposition suit les recommandations la Cour des comptes, qui appelle les pouvoirs publics à adopter des mesures contraignantes de nature à améliorer la lisibilité et la comparabilité des contrats d'assurance complémentaire.

**M. le président.** La parole est à Mme Fadila Khattabi, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 1406.

**Mme Fadila Khattabi.** Il est défendu.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Nous partageons l'objectif affiché dans l'exposé des motifs de ces amendements : améliorer la lisibilité des contrats des complémentaires santé. Ce n'est pas nouveau, et le reste à charge zéro n'est pas seul visé puisque cette ambition s'étend à l'ensemble des contrats. Nous avons déjà eu l'occasion d'en débattre, tant il peut être complexe de comprendre le remboursement de certaines prestations – 300 % du tarif sécu ne signifie pas grand-chose quand on ne connaît pas ce tarif ou qu'il est réduit à 3 euros. Nous menons un véritable travail à ce sujet, conformément aux recommandations de la Cour des comptes, c'est vrai.

Des travaux sont en cours pour améliorer la lisibilité des contrats et les garanties qu'ils proposent. Récemment, le 19 juin 2018, le comité consultatif du secteur financier a approuvé un dispositif de l'UNOCAM, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, pour harmoniser la présentation des conditions de prise en charge des complémentaires santé.

Je vous invite à retirer vos amendements, d'autant que leur adoption supprimerait les termes « le cas échéant », alors que ceux-ci signifient « si l'information est disponible pour l'opticien ». Cela pourrait ne pas être le cas, par exemple si l'assuré n'a pas de complémentaire ou si la complémentaire refuse de transmettre l'information à l'opticien.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** L'intention est certes louable mais la mesure pourrait conduire à des effets paradoxaux en empêchant de retarder la remise d'un devis si le professionnel n'a pas accès à ces informations. La mettre en œuvre nous semble donc un peu compliqué techniquement.

Par ailleurs, les complémentaires santé se sont engagées à harmoniser leurs contrats et à améliorer leur lisibilité et leur transparence, notamment en adoptant une présentation normalisée des offres et en développant des simulateurs de reste à charge accessibles en ligne. Ils doivent me présenter leurs premières dispositions lors du premier comité de suivi de la réforme, qui se tiendra en décembre. Je pense que votre souhait est ainsi satisfait.

**M. le président.** La parole est à Mme Albane Gaillot.

**Mme Albane Gaillot.** La mise en œuvre du reste à charge zéro est une conquête sociale essentielle mais il serait important que l'exigence de transparence portée par ces amendements s'étende à la qualité des produits. L'arbitrage entre le coût et la qualité ne doit pas se faire aux dépens des personnes les plus précaires, qui doivent pouvoir profiter, elles aussi, de produits de santé de bonne qualité. J'avais déposé un amendement en ce sens.

*(Les amendements identiques n°s 56, 291, 552, 1103 et 1406 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 934.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Amendement rédactionnel.

*(L'amendement n° 934, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 939.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Amendement rédactionnel.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Favorable.

*(L'amendement n° 939, accepté par le Gouvernement, est adopté; en conséquence les amendements n°s 269 et 360 tombent.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 1342.

**Mme Caroline Fiat.** Je vais soutenir cet argument car je suis sûr que tout le monde a envie d'entendre mes arguments.

**M. le président.** Pas sûr! *(Sourires.)*

**Mme Caroline Fiat.** Voyons, monsieur le président! Je sais que vous, au moins, vous avez envie!

**M. le président.** C'est vrai, ma chère collègue! *(Rires et applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.)*

**Mme Caroline Fiat.** La réforme portée par l'article 33 irait dans le bon sens si elle se faisait de façon indolore et sans attenter à l'égalité dans l'offre de soin. Or tel ne semble pas le cas. Dans son avis du 3 octobre dernier, l'Union nationale

des organismes d'assurance maladie complémentaire déclare : « Cette réforme aura des conséquences importantes en termes d'évolution des offres des complémentaires santé, de leurs systèmes de gestion, mais aussi de remboursements de la part complémentaire et donc, in fine, de tarifs de nombreux contrats, notamment pour ceux dont les garanties sont moins couvrantes aujourd'hui. » C'est la raison pour laquelle nous voulions compléter l'alinéa 45 par la phrase suivante : « Cette convention ou cet accord n'induit pas de hausse de cotisations. » Si cette précision est inscrite dans la loi, nous serons sûrs du résultat.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Nous avons déjà eu l'occasion d'évoquer les prix des complémentaires santé durant les deux premiers jours de nos débats. Je tiens tout d'abord à remercier Mme la ministre du travail très important, et que la majorité soutient, qu'elle a effectué dans un temps record : alors que nous avons évoqué 2022 lors de la campagne électorale, le fait que nous soyons sur le point de voter la réforme dès octobre 2018 va bien au-delà de l'engagement pris.

En outre, pendant la campagne, il était question de faire porter l'effort sur les relations avec les complémentaires santé ; dans les faits, la puissance publique réalise aussi un effort, puisque, sur le milliard d'euro que coûtera la suppression du reste à charge sur trois ans, pour l'ensemble des dispositifs de prothèses auditives, optiques et dentaires, 750 millions, soit les trois quarts, seront supportés par l'assurance maladie, notamment via des revalorisations de tarifs pour des traitements conservateurs dentaires qui étaient très attendus par la profession et d'autres gestes. L'effort que doivent fournir les complémentaires santé ne s'élève donc plus qu'à 250 millions d'euros, qui sont à mettre en regard avec les 35 milliards à 36 milliards qu'elles collectent, chaque année, uniquement pour la santé – avec les contrats de prévoyance, les sommes récoltées atteignent même 55 milliards. L'effort demandé ne représente donc pas même 0,05 % du montant des cotisations perçues par les complémentaires santé. C'est la raison pour laquelle la réaction a été immédiate lorsque *Le Parisien* a publié l'étude que vous avez évoquée, qui n'émane pas d'un institut indépendant, loin de là : il s'agit au contraire d'un organisme comparateur de complémentaires sur internet. Il n'y a donc aucune raison de penser que ces 250 millions d'euros pèseront lourdement sur les 35 milliards à 36 milliards d'euros qui sont récoltés.

En revanche, la concentration des complémentaires et l'augmentation de leurs coûts de gestion représentent toujours un enjeu pour le prix du panier des ménages. J'ai déjà évoqué l'année dernière une étude qui montre que les coûts de gestion des complémentaires augmentent de 2,50 euros par assuré et par mois en continu depuis six ans. Le reste à charge zéro n'est en rien responsable d'une telle augmentation, dont l'impact cumulé est bien supérieur.

Cela dit, ceux des parlementaires qui ont assisté aux auditions des représentants des complémentaires ont pu noter la volonté très forte de ces derniers d'accompagner le reste à charge zéro et de mener une politique tarifaire très mesurée pour ne pas grever le pouvoir d'achat des Français et faire de cette réforme un succès pour tous.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Le rapporteur général a donné son avis sur l'étude publiée : nous sommes plus que dubitatifs puisque derrière elle se cachent évidemment des intérêts privés.

La négociation que nous avons menée a associé l'ensemble des parties prenantes, qui, animées par un même élan, ont toutes souhaité que celle-ci aboutisse, considérant que nous devons cette réforme certes ambitieuse mais atteignable aux citoyens français pour améliorer leur couverture. J'ai donc le ferme espoir que tous les engagements seront tenus.

Des inquiétudes étant apparues sur la qualité du panier de soins, je tiens à rappeler notre démarche. Nous avons commencé par déterminer les besoins dans chaque secteur d'activité afin de définir un panier de soins de qualité. Puis nous avons étudié la répartition des bénéfices entre les secteurs d'activité afin de connaître les marges de manœuvre existantes. Nous avons alors négocié avec les producteurs de lunettes, les opticiens et les audioprothésistes pour voir jusqu'où ils peuvent ajuster leurs marges au regard des paniers de soins que nous avons définis. Les négociations ont enfin porté sur la répartition de la prise en charge du milliard auquel s'élève le total des restes à charge que les Français versent actuellement pour accéder à ces paniers de soins et que nous leur rendrons. La démarche qui a présidé à cette réforme a donc été très bien conçue : elle a consisté d'abord à assurer la qualité du panier de soins, ensuite à réfléchir avec chaque filière, enfin à aborder la question de la répartition de la charge.

L'assurance maladie assumera 75 % de la dépense, soit 750 millions d'euros ; les complémentaires santé se sont engagées sur 250 millions d'euros, part qui correspond à ce qu'elles prennent en charge dans le budget de l'assurance maladie, puisqu'elles assument 25 % du coût de la santé, contre 75 % pour l'assurance maladie. Si elles ont accepté de ne pas augmenter leurs prix au-delà des augmentations annuelles liées au coût de la santé, c'est qu'elles ont jugé, et que nous avons jugé, que cette dépense est absorbable par une réduction de leurs frais de gestion. Elles s'y sont engagées, en raison de la marge qu'elles ont en la matière.

Il existe un accord tacite mais clair entre toutes les parties. Un comité de suivi de la réforme permettra de moduler son application, si nous devons revoir nos simulations, qui nous paraissent pour l'heure raisonnables : nous avons en effet considéré que 20 % des Français auront recours à cette offre, 80 % continuant de se tourner vers une offre plus libre en termes de prix. En cas de dérive, nous travaillerons de nouveau avec l'ensemble des secteurs pour nous adapter. Le comité de suivi se réunira deux fois l'an pour vérifier la situation. Un observatoire des prix rendra publiques ses constatations, la transparence étant une façon d'obliger chacun à faire preuve de réserve en matière d'augmentation des prix. Nous rendrons transparente et lisible toute la politique liée à cette réforme. Au congrès de la mutualité française, la signature d'une charge a permis de recueillir l'engagement de toutes les parties prenantes, lesquelles souhaitent, sans exception, je le répète, que la réforme aboutisse. Je ne ressens donc pas d'inquiétude particulière quant au respect des engagements qui ont été pris : ils seront tenus. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LaREM.*)

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

**Mme Caroline Fiat.** Je suis confuse, monsieur le rapporteur général, madame la ministre, de vous avoir fait répéter vos arguments, car ce n'était pas mon intention. Toutefois,

depuis mardi, on voit bien que ce sont les courtiers qui nourrissent les inquiétudes. C'est pourquoi j'ai pensé préférable de reprendre la charte que vous avez évoquée en précisant dans la loi : « Cette convention ou cet accord n'induit pas de hausse de cotisations. » J'ai toutefois entendu vos explications : vous faisant confiance, en matière de suivi, pour éviter les abus, je retire l'amendement. (*Approbatons sur les bancs du groupe LaREM.*)

(*L'amendement n° 1342 est retiré.*)

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 321.

**M. Gilles Lurton.** Madame la ministre, j'ai bien compris que vous avez mis tout en œuvre pour lever les difficultés et faire de cette réforme une réussite. Celle-ci, toutefois, entraînera des modifications de garantie dont le contenu n'est pas encore connu. Il importe dès lors de donner le temps nécessaire aux entreprises concernées pour mettre en conformité les actes fondateurs des régimes collectifs de frais de santé avec la nouvelle réglementation, qui ne sera connue, en toute hypothèse, qu'au milieu de l'année 2019. C'est pourquoi le présent amendement prévoit une période transitoire pour la mise en conformité des régimes collectifs de frais de santé avec la réforme du 100 % santé, sans perte du bénéfice des exonérations sociales.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Reporter cette belle réforme d'un an n'est pas une bonne idée.

**M. Gilles Lurton.** Il ne s'agit pas de reporter la réforme !

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Mais si : considérant que ce ne serait pas grave, vous voulez prolonger les avantages fiscaux pour les contrats qui ne respecteraient pas les obligations ; cela aurait pour conséquence de reporter la réforme d'un an. Or tous, nous connaissons, autour de nous, des personnes qui nous demandent la date d'application de la réforme. Elles l'attendent, en effet, avec hâte, pour s'équiper, par exemple, en audioprothèses. Ces personnes souhaitent ne plus avoir à renoncer aux soins. Nous avons donc très envie que la réforme s'applique très vite.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Monsieur Lurton, nous voulons évidemment maintenir la date retenue, tout d'abord parce qu'elle est issue des négociations avec le secteur et que l'ensemble des parties prenantes se sont accordés sur elle. Je ne vois pas pourquoi une pression s'exercerait maintenant pour la reculer. Je souhaite que nous tenions nos engagements.

De plus, la procédure simplifiée de modification des contrats de complémentaire santé peut être utilisée pour la mise en conformité des contrats collectifs avec le cahier des charges des contrats responsables et solidaires.

Enfin et surtout, maintenir l'entrée en vigueur dans les plus brefs bénéficiera aux populations qui renonçaient jusqu'à présent à se soigner.

Nous ne pouvons évidemment qu'être défavorables à cet amendement.

(*L'amendement n° 321 n'est pas adopté.*)

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 380.

**M. Gilles Lurton.** Il est défendu.

*(L'amendement n° 380, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 444.

**M. Gilles Lurton.** Il est défendu.

*(L'amendement n° 444, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Sur l'amendement n° 1294, je suis saisi 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 Mme Gisèle Biémouret, pour soutenir cet amendement.

**Mme Gisèle Biémouret.** Le groupe Socialistes et apparentés propose la mise en œuvre du tiers payant intégral pour le 100 % santé sur le dentaire, l'optique et l'audiologie. Dans ces domaines, en effet, l'avance des frais de santé peut constituer un frein à l'accès aux soins en raison des sommes importantes qu'il faut avancer.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Le tiers payant généralisé est bien l'objectif à terme, madame Biémouret. La concertation qui réunit actuellement les acteurs concernés a déjà permis d'établir un calendrier partagé de déploiement des outils techniques. Il est donc encore trop tôt pour mettre en place cette mesure. De nombreux amendements déposés après l'article 35 portent du reste sur le tiers payant. Le vôtre ne concernant pas directement le sujet du reste à charge zéro, nous aurons le débat à ce moment-là. Je vous invite donc à retirer votre amendement.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Madame Biémouret, vous avez raison, pour que la réforme s'applique vraiment, il faudrait que les patients n'aient même pas à avancer les frais et que le tiers payant leur soit accessible. Vous le savez, si nous avons renoncé au tiers payant généralisé, c'est d'abord pour des raisons techniques. Nous travaillons avec l'ensemble du secteur pour l'encourager. J'ai demandé à ce que des travaux spécifiques soient menés parallèlement au comité de pilotage du tiers payant, afin de prioriser la facturation des soins et des équipements du panier 100 % santé. J'ai bien conscience que, si nous voulons réussir la réforme, il faut non seulement que tous les secteurs concernés soient bien couverts, mais également que le tiers payant soit accessible prioritairement pour le panier de soins 100 % santé : nous y travaillons. Dès lors que les travaux auront abouti, l'application du tiers payant intégral sera facilitée dans ce secteur et pourra se généraliser ; c'est ce que je souhaite.

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

**M. Joël Aviragnet.** Je vous remercie, madame la ministre. La prise en charge à 100 % des lunettes, des prothèses dentaires et des aides auditives était une promesse de

campagne du Président Macron. Or on sait que ce sont des produits chers. Cette mesure va donc bénéficier à des personnes qui sont souvent en difficulté financière et ne peuvent, comme on l'a évoqué précédemment, avancer 1 000 ou 2 000 euros. Elles ne peuvent assumer ces dépenses que lorsque le praticien fait l'avance des frais et autorise le paiement en plusieurs fois. Pour faire face à ces situations, le tiers payant est une belle idée. Nous en avons parlé l'an dernier, et je sais que cette idée vous tenait à cœur, monsieur le rapporteur général – je renvoie à votre rapport. Cette mesure avait d'ailleurs été votée. Il faut vraiment s'y atteler et avancer : on compte sur vous pour mettre en place ce dispositif rapidement. Je vous en remercie car c'est important pour nos compatriotes.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1294.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	55
Nombre de suffrages exprimés .....	52
Majorité absolue .....	27
Pour l'adoption .....	6
contre .....	46

*(L'amendement n° 1294 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de plusieurs amendements identiques, n° 797, 1019, 1104 et 1407.

La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 797.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Il vise à demander au Gouvernement de nous remettre, au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2022, un rapport d'évaluation sur l'incidence du remboursement différencié sur l'adaptation des régulations financières et réglementaires proposé dans le cadre du 100 % santé. Le remboursement différencié permet aux réseaux de soins de moins bien rembourser leurs assurés qui ne se rendraient pas chez un professionnel de santé affilié à leur réseau, y compris lorsque celui-ci est leur professionnel de santé habituel. Nous estimons que cette pratique induit une rupture d'égalité dans la prise en charge des Français et peut aggraver les inégalités territoriales. Son maintien pourrait altérer la bonne mise en œuvre de la réforme du 100 % santé – qui vise à favoriser l'accès aux soins par un reste à charge zéro pour tous les assurés – et faire perdurer le renoncement aux soins.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 1019.

**M. Jean-Pierre Door.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à Mme Nathalie Elimas, pour soutenir l'amendement n° 1104.

**Mme Nathalie Elimas.** Défendu.

**M. le président.** La parole est à Mme Fadila Khattabi, pour soutenir l'amendement n° 1407.

**Mme Fadila Khattabi.** Défendu.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** La formulation de cette demande de rapport suscite quelques difficultés. En effet, les contrats responsables des mutuelles rembourseront l'intégralité du reste à charge de leurs assurés pour les produits du panier de soins 100 % santé. En conséquence, pour ces produits, il ne pourra pas y avoir de remboursement différencié. C'est la raison pour laquelle la commission avait donné un avis défavorable. Je vous demande donc de retirer vos amendements.

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

La parole est à Mme la ministre.

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

**Mme Fadila Khattabi.** Je retire mon amendement.

*(L'amendement n° 1407 est retiré.)*

**Mme Nathalie Elimas.** Moi aussi.

*(L'amendement n° 1104 est retiré.)*

*(Les amendements identiques n° 797 et 1019 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n° 1274 et 1296, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

Sur l'amendement n° 1274, je suis saisi 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 ces deux amendements.

**M. Joël Aviragnet.** J'aurais dû retirer mon amendement précédent n° 1294 – je n'ai pas réagi assez rapidement – compte tenu des explications qui ont été apportés.

Cela étant, madame la ministre, j'aimerais que vous vous engagiez à long terme, afin que l'on n'évoque pas, chaque année, la possibilité de mettre en place le tiers payant. Je sais que ça vous tient à cœur et que vous y travaillez – je vous fais confiance – mais il faut vraiment qu'on y arrive sans repousser cette échéance aux calendes grecques, même si ce n'est pas simple. Pourriez-vous nous rassurer ?

Je retire les amendements n° 1274 et 1296.

*(Les amendements n° 1274 et 1296 sont retirés.)*

**M. le président.** Sur l'article 33, je suis saisi par le groupe La République en marche d'une demande de scrutin public.

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

Je mets aux voix l'article 33, tel qu'il a été amendé.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	53
Nombre de suffrages exprimés .....	52
Majorité absolue .....	27
Pour l'adoption .....	50
contre .....	2

*(L'article 33, amendé, est adopté.) (Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM, MODEM et UDI-Agir.)*

### Après l'article 33

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 442, portant article additionnel après l'article 33.

**M. Pierre Dharréville.** Il vise à favoriser l'information sur le dispositif du reste à charge zéro pour permettre à tous ceux qui en ont besoin d'en bénéficier.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Cette précision ne relève pas de la loi, monsieur Dharréville. Par ailleurs, il n'aura échappé à personne que la réforme du 100 % santé concerne tous les patients ; les médecins auront à cœur de le leur proposer.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Nous avons insisté sur le fait que l'information des patients constituait un élément central de cette réforme mais nous n'avons pas prévu de confier cette tâche d'information aux généralistes, qui ont déjà fort à faire. Les gens doivent comprendre à quel panier de soins ils peuvent accéder et avoir conscience qu'ils peuvent tous y accéder. Ils doivent connaître le choix qui s'offre à eux entre un panier de soins 100 % santé et un panier de soins libre – en effet, la liberté du choix demeure. Des informations émaneront des mutuelles, des organismes complémentaires et de l'assurance maladie. À chaque étape de l'application du reste à charge zéro – la première d'entre elles étant, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019, la diminution du coût des audioprothèses – correspondra une campagne d'information du public, via les organismes complémentaires et la CNAM.

*(L'amendement n° 442 n'est pas adopté.)*

### Article 34

**M. le président.** Deux orateurs sont inscrits sur l'article 34.

La parole est à M. Jean-Pierre Door.

**M. Jean-Pierre Door.** Cet article officialise la fusion entre la CMU-C et l'ACS – la couverture maladie universelle complémentaire et l'aide au paiement d'une complémentaire santé. Au-delà de la philosophie générale qui l'inspire, cette disposition appelle des questions sur les organismes de gestion. En effet, la CMU-C est actuellement gérée, dans la très grande majorité des cas, par l'assurance maladie, tandis que l'aide à la complémentaire santé est pilotée par les complémentaires. Va-t-on s'orienter vers une cogestion, avec une responsabilité également partagée, ou bien la couverture maladie complémentaire sera-t-elle prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire, ce qui ferait des complémentaires des organismes payeurs aveugles ? Certains commencent à regretter la mainmise de l'assurance

maladie sur l'ensemble de la CMU-C, en particulier de l'aide à la complémentaire santé, dont la création en 2005 avait constitué un progrès indéniable. Comme vous l'avez dit à plusieurs reprises, madame la ministre, le faible taux de recours aux dispositifs existants, à commencer par l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire de santé, est peut-être la conséquence d'une mauvaise communication. Un certain nombre de personnes qui auraient pu y prétendre n'en bénéficient pas ; ils n'ont parfois pas même l'idée de se déplacer pour demander une aide. La réforme permettra donc sans doute d'obtenir des résultats en la matière. Il n'en demeure pas moins que nous nous interrogeons sur la gestion ou la cogestion : par qui et comment ?

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

**M. Joël Aviragnet.** L'article 34 organise la fusion de l'ACS et de la CMU-C. Le taux de non-recours à l'ACS atteint environ 60 %, ce qui ne permet pas de défendre le maintien de ce dispositif en l'état. Le groupe Socialistes et apparentés se félicite donc de cet article, même s'il présente plusieurs limites.

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir les amendements n<sup>os</sup> 940, 941 et 942, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Les amendements n<sup>os</sup> 940 et 942 sont de précision et l'amendement n<sup>o</sup> 941 est rédactionnel.

*(Les amendements n<sup>os</sup> 940, 941 et 942, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)*

**M. le président.** Sur l'amendement n<sup>o</sup> 1266, je suis saisi 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 Mme Gisèle Biémouret, pour soutenir cet amendement.

**Mme Gisèle Biémouret.** La nouvelle couverture sera gratuite jusqu'à l'actuel plafond de la CMU-C, puis sera soumise à une participation financière variable en fonction de l'âge du bénéficiaire, pour les personnes disposant de revenus compris entre les plafonds actuels de la CMU-C et de l'ACS. Bien que ce basculement doive permettre une meilleure prise en charge des soins pour les personnes âgées handicapées, la variabilité du prix en fonction de l'âge du bénéficiaire relève d'une logique propre à l'assurance privée, qui ne devrait pas être celle de la sécurité sociale. Par conséquent, le groupe Socialistes et apparentés s'y oppose.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Ne pas faire varier la participation financière en fonction de l'âge pénaliserait les jeunes car ils verraient le montant de la leur augmenter automatiquement. Les personnes âgées sont les principales bénéficiaires de la CMU-C : une personne retraitée disposant de revenus légèrement inférieurs au seuil de pauvreté économisera jusqu'à 30 euros par mois tout en bénéficiant d'une meilleure protection santé – qu'il s'agisse de l'étendue de la prise en charge ou de l'exonération du ticket modérateur. Cela concerne les personnes les plus modestes. Tous les bénéficiaires de l'ASPA – l'allocation de solidarité aux personnes âgées –, autrement dit, du minimum vieillesse,

seront éligibles à la CMU-C étendue contributive. La commission a donné un avis défavorable sur votre amendement.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je souhaiterais expliquer de quelle manière nous avons travaillé. Comme l'a dit le rapporteur général, le critère de l'âge se justifie au regard des consommations de soins, tout en permettant d'instaurer une mutualisation suffisante. Je veux rappeler qu'actuellement, très peu de complémentaires proposent des contrats prévoyant une prime mensuelle de 30 euros pour les personnes âgées de quatre-vingts ans. Or c'est ce que nous proposons avec la CMU-C contributive.

Quelles auraient été les autres options ? Instaurer une progressivité de la participation en fonction du revenu ? Ça n'aurait pas vraiment eu de sens, car la fourchette de revenu des personnes qui accéderont à la complémentaire contributive est extrêmement étroite : elle correspond au seuil de la CMU-C majoré de 35 % ; autrement dit, il s'agit de revenus compris entre 650 et 991 euros. L'autre possibilité aurait été de prévoir une participation égale de tous les bénéficiaires, ce qui aurait été très injuste pour les jeunes en aboutissant à une moins bonne couverture de ce public. Nous avons donc choisi un montant de participation qui varie en fonction de l'âge, tout en garantissant, dans tous les cas, un montant modéré, en fonction, évidemment, des revenus de ce public, afin de lui permettre d'avoir réellement accès à cette complémentaire. J'insiste sur le fait qu'il n'existe pratiquement aucun contrat proposant une complémentaire santé de qualité à des personnes de quatre-vingts ans pour 30 euros par mois. *(Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LaREM.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n<sup>o</sup> 1266.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	54
Nombre de suffrages exprimés .....	52
Majorité absolue .....	27
Pour l'adoption .....	4
contre .....	48

*(L'amendement n<sup>o</sup> 1266 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Sur l'amendement n<sup>o</sup> 1267, je suis saisi 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 cet amendement.

**M. Joël Aviragnet.** Il vise également à supprimer la discrimination d'âge. J'ai entendu vos explications, madame la ministre, mais l'extension de la CMU-C aux personnes éligibles à l'ACS moyennant une participation financière s'inscrit dans une logique d'assurance privée, qui ne devrait pas être celle de la sécurité sociale.

Enfin, l'article 34 prévoit un système de pénalité pour les bénéficiaires de la CMU-C revisitée qui ne se seraient pas acquittés du paiement demandé : cette pénalité sera contre-

productive car elle risquera de décourager les bénéficiaires potentiels d'avoir recours à la CMU-C, et donc d'accéder aux soins et au fameux 100 % santé.

Le groupe Socialistes et apparentés s'oppose à ce mécanisme de sanction.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il me semble que notre collègue n'a pas présenté le bon amendement...

**M. Joël Aviragnet.** C'est possible. *(Rires.)*

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** J'émetts un avis défavorable.

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

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1267.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	50
Nombre de suffrages exprimés .....	48
Majorité absolue .....	25
Pour l'adoption .....	5
contre .....	43

*(L'amendement n° 1267 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 1082.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Cet amendement concerne le régime d'Alsace-Moselle.

**Mme Caroline Fiat.** Ah !

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Oui, je sais qu'il vous tient à cœur, madame Fiat.

Le régime local d'Alsace-Moselle comporte une couverture complémentaire santé spécifique et obligatoire, qui repose sur une cotisation acquittée par les assurés. Les prestations servies permettent ainsi de compléter la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie obligatoire, à hauteur de 90 % pour la majeure partie des soins de ville, par exemple. Les assurés de ce régime vont bénéficier, en application du présent article, de la CMU-C, la part prise en charge par celle-ci étant réduite par rapport à ce qui se passe sur le reste du territoire national. Le présent amendement vise à tenir compte de cette moindre charge et à en tirer les conséquences pour les bénéficiaires, en prévoyant une moindre contribution de leur part, dans la mesure où ils financent déjà, par leurs cotisations, leur régime local. Il s'agit donc d'une mesure d'équité.

*(L'amendement n° 1082, accepté par la commission, est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 943.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Amendement rédactionnel.

*(L'amendement n° 943, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur pour avis, pour soutenir l'amendement n° 234.

**M. Éric Alauzet, rapporteur pour avis.** Il permet de garantir à l'assuré bénéficiaire de la CMU-C contributive qui ne se serait pas acquitté de sa contribution et verrait sa protection complémentaire santé suspendue, la possibilité de présenter ses observations écrites ou orales dans le délai dont il dispose pour régulariser sa situation. L'assuré est informé de ce droit par le directeur de l'organisme lorsque celui-ci lui signifie la suspension prochaine de sa complémentaire. Cette disposition est nécessaire pour garantir à l'assuré la possibilité de défendre son cas et d'alerter l'organisme gestionnaire sur les raisons de sa situation en amont de la suspension de sa complémentaire. Cet amendement, adopté par la commission des finances, prévoit une protection, qui permet au dispositif de s'adapter à la situation de l'assuré.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** L'article 34 prévoit plusieurs étapes en cas d'absence de paiement de l'assuré. L'organisme assurant la protection complémentaire intervient seulement après une durée déterminée. Il vérifie la situation du bénéficiaire, l'informe que son droit à la CMU-C étendue sera suspendu s'il ne s'acquitte pas du montant dû, dans un délai fixé par un décret en Conseil d'État et, à l'expiration de ce nouveau délai et en l'absence de paiement, il suspendra le bénéfice du droit. Ce que vous proposez, monsieur Alauzet, ne paraît pas relever du domaine législatif mais du réglementaire. En revanche, il est évident qu'il faut donner la possibilité à l'assuré de présenter ses observations.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** J'ajoute que les personnes rencontrant des difficultés de paiement peuvent bénéficier d'une aide du fonds social de la caisse. Les prévenir en amont leur permet de négocier avec leur caisse, si bien que le dispositif vise à accompagner et non à sanctionner. Je demande le retrait de l'amendement ; à défaut, j'émettrais un avis défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Éric Alauzet.

**M. Éric Alauzet.** Vous m'expliquez, madame la ministre, monsieur le rapporteur général, que mon amendement n'est pas loin d'être satisfait. La population concernée, très fragile psychologiquement, culturellement et socialement, peut commettre des erreurs et se mettre des retards. Mon amendement a le souci de les protéger, contre eux-mêmes parfois. Nous pouvons supposer que leur situation sera attentivement regardée et que des adaptations seront trouvées si d'aventure on constate des dysfonctionnements. Je retire l'amendement.

*(L'amendement n° 234 est retiré.)*

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur pour avis, pour soutenir l'amendement n° 235.

**M. Éric Alauzet, rapporteur pour avis.** Il était dans le même esprit ; je le retire également.

*(L'amendement n° 235 est retiré.)*

**M. le président.** Je suis saisi de trois amendements identiques, n<sup>os</sup> 224, 454 et 1268.

Sur ces amendements identiques, je suis saisi 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. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 224.

**M. Pierre Dharréville.** L'article 34 a pour objectif de faciliter l'accès aux droits et de lutter contre le non-recours aux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire santé. Or l'alinéa 42 de l'article, que nous proposons d'amender, prévoit une majoration forfaitaire de paiement en cas de non-paiement de la contribution financière, qui ne ferait qu'aggraver la situation de précarité des personnes concernées. Celles-ci pourraient ne pas être en mesure de régler la majoration et perdraient, par conséquent, l'accès à la complémentaire santé, car l'article précise que le non-paiement entraîne la suspension de cet accès. Cette majoration ne ferait donc que retarder l'accès aux soins des personnes concernées. Elle va à l'encontre de la lutte contre le renoncement aux soins. Nous proposons de la supprimer, afin de ne pas fragiliser davantage celles et ceux qui le sont déjà.

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 454.

**M. Gilles Lurton.** Je serai bref, car M. Dharréville a très bien défendu son amendement. Les droits des personnes s'acquittant des mensualités dues devraient être rouverts de façon rétroactive à compter de la date de notification de la suspension du droit, afin de ne pas créer de rupture dans l'accès aux droits et aux soins.

Je précise que je n'ai pas demandé de scrutin public sur mon amendement.

**M. le président.** En effet.

La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 1268.

**M. Joël Aviragnet.** J'ai retrouvé le bon amendement ; je ne m'étais pas trompé tout à l'heure, mais j'avais simplement été un peu rapide.

Nous nous opposons à ce qu'une pénalité financière soit appliquée aux personnes n'ayant pas payé leur contribution. Préserver les gens d'eux-mêmes en les sanctionnant est un peu particulier. Il faut certes les préserver mais il existe peut-être d'autres moyens. Nous préférons « l'exigence de paiement des mensualités dues » à des pénalités financières, les mots ont parfois du sens. En effet, la CMU-C revisitée vise des personnes aux revenus modestes et la majoration forfaitaire envisagée en cas de non-paiement de la contribution financière ne ferait qu'aggraver leur situation de précarité. Au final, cette mesure du Gouvernement serait inefficace si l'objectif fixé était l'accès à la santé et la lutte contre le non-recours aux droits. Elle pourrait avoir pour conséquence d'empêcher l'accès à une complémentaire santé pour les personnes ayant, pour diverses raisons, suspendu leur paiement. Nous pensons qu'il convient d'obtenir le remboursement intégral des sommes dues, mais sans pénalité additionnelle.

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

**M. Olivier Véran.** On ne va pas frapper d'une pénalité financière quelqu'un dont les revenus se situent sous le seuil de pauvreté, qui bénéficie d'une complémentaire santé, qui n'a pas les moyens de s'acquitter des traites de sa complémentaire et dont les droits seront suspendus au bout d'un certain temps. Cette pénalité alourdirait ses difficultés financières et pourrait avoir un effet stigmatisant. Il s'agit souvent de pensionnaires âgés, retraités et vivant sous le seuil de pauvreté. Le dispositif de sanction paraît excessif. La commission des affaires sociales a donc donné un avis favorable à ces amendements.

**M. Gilles Lurton.** Merci, monsieur le rapporteur général !

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Un certain nombre de députés, y compris de la majorité, m'ont effectivement alertée à ce propos. Je suis sensible à vos arguments : nous pouvons mettre en place la CMU-C sans cette disposition, qui risque de pénaliser des personnes aux revenus déjà très faibles. Le Gouvernement s'en remet donc à la sagesse de l'Assemblée nationale.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n<sup>os</sup> 224, 454 et 1268.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	55
Nombre de suffrages exprimés .....	55
Majorité absolue .....	28
Pour l'adoption .....	54
contre .....	1

*(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 224, 454 et 1268, modifiés par la suppression du gage, sont adoptés.) (Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes LaREM, LR, MODEM, SOC et GDR.)*

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir les amendements n<sup>os</sup> 945, 946, 947 et 948, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

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

*(Les amendements n<sup>os</sup> 945, 946, 947 et 948, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir les amendements n<sup>os</sup> 1136 et 1137, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

**M. Gilles Lurton.** Ils sont défendus.

*(Les amendements n<sup>os</sup> 1136 et 1137, repoussés par la commission et le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir les amendements n<sup>os</sup> 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955 et 956, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Ce sont huit amendements rédactionnels.

*(Les amendements n<sup>os</sup> 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955 et 956, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)*

*(L'article 34, amendé, est adopté.) (Applaudissements sur quelques bancs des groupes LaREM et MODEM.)*

#### Après l'article 34

**M. le président.** La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 1349.

**Mme Caroline Fiat.** Avec un reste à charge estimé à 22 milliards d'euros par an, la France n'atteint pas l'objectif d'une santé accessible à toutes et à tous. Le reste à charge reste très important, tandis que l'accès à des mutuelles de qualité n'est pas possible pour toutes et tous. Selon un sondage publié début octobre, près d'un Français sur trois a renoncé à se faire soigner au cours des douze derniers mois, en raison, dans la moitié des cas – 51 % – d'un reste à charge trop élevé après remboursement. Ce renoncement est clairement situé socialement, puisque 41 % des ouvriers sont concernés, contre 19 % des cadres.

Il est grand temps de mettre fin à cette inégalité, en redéployant l'assurance maladie, que notre groupe souhaiterait universelle et intégrale. Voilà pourquoi nous proposons d'envisager la mise en place du 100 % sécu. La sécurité sociale prendrait ainsi en charge l'intégralité du coût des soins, parts des complémentaires et reste à charge compris. La socialisation des complémentaires permettrait d'amortir le coût de cette réforme, en transférant à la sécurité sociale la part des cotisations aux complémentaires des salariés. Cette réforme permettrait aussi des économies importantes en matière de gestion administrative et de niches fiscales, lesquelles permettraient de financer le tiers de la reprise du reste à charge actuel.

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

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

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je dirai un mot du contexte, car on voit bien ce qui motive cette demande. Je rappelle que 95 % des Français bénéficient d'une complémentaire santé. J'espère bien que l'adoption des amendements relatifs à la CMU-C contributive, à laquelle vous venez de procéder, mesdames, messieurs les députés, permettra d'augmenter encore le taux de couverture des Français par un organisme complémentaire.

Je rappelle également que le reste à charge, en France, est le plus faible au monde : 8 %.

**M. Jean-Pierre Door et M. Pacôme Rupin.** C'est vrai !

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Nous disposons d'un système de santé qui couvre bien la population française, offrant une bonne couverture médicale et des soins de haute qualité. Nous pouvons nous en satisfaire.

Pour vous répondre plus spécifiquement, madame Fiat, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie s'intéresse actuellement à l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire. Ses travaux

pourraient à l'avenir nourrir des réflexions. Pour l'heure, ne cassons pas un système de santé qui assure à nos concitoyens une qualité des soins élevée et une couverture médicale étendue.

Je profite de cette intervention pour remercier l'Assemblée d'avoir adopté les articles 33 et 34, essentiels pour améliorer encore la couverture santé des Français. Le reste à charge zéro comme la CMU-C contributive sont des réformes d'envergure visant clairement à améliorer la couverture santé de nos concitoyens les plus vulnérables, donc des réformes profondément sociales. *(Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM et MODEM.)*

*(L'amendement n<sup>o</sup> 1349 n'est pas adopté.)*

#### Article 35

*(L'article 35 est adopté.)*

#### Après l'article 35

**M. le président.** Sur les amendements n<sup>os</sup> 1285 et 1284, je suis saisi par le groupe Socialistes et apparentés de demandes de scrutin public.

Les scrutins sont annoncés dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir ces deux amendements.

**M. Joël Aviragnet.** En matière d'accès à des soins de qualité, des transformations majeures ont été réalisées durant le précédent quinquennat : le tiers payant généralisé, en vigueur dans la plupart des systèmes de santé européens ; l'obligation, pour les employeurs, de fournir une complémentaire santé à chaque employé, qui a bénéficié à plus d'1 million de salariés du secteur privé qui n'étaient pas couverts auparavant ; la protection universelle maladie, qui permet une prise en charge des frais de santé sans rupture de droits en cas de changement de situation professionnelle ou familiale.

Aussi le groupe Socialistes et apparentés propose-t-il, conformément à la logique d'élargissement de l'accès aux soins, de garantir la mise en œuvre par l'État du tiers payant dans les maisons de santé et les centres de santé. Le tiers payant constitue un levier majeur pour faire évoluer l'offre de santé et faire progresser la justice sociale.

Vous avez pris tout à l'heure un engagement à ce sujet, madame la ministre. Je compte sur vous pour veiller à sa réalisation rapide et je retire les amendements.

**M. le président.** Il n'y a donc pas lieu de procéder au scrutin public.

*(Les amendements n<sup>os</sup> 1285 et 1284 sont retirés.)*

**M. le président.** Sur l'amendement n<sup>o</sup> 1290, je suis saisi 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<sup>os</sup> 1290 et 1353 peuvent être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 1290.

**M. Joël Aviragnet.** Il porte également sur le tiers payant, lequel constitue un levier de changement du système de santé dans son ensemble. À l'heure actuelle, seul l'hôpital public permet au patient d'éviter à coup sûr de devoir procéder à l'avance des frais. La mesure que nous proposons contribue à renforcer l'accessibilité de l'offre de soins ambulatoire, que la stratégie nationale de santé 2018-2022 entend favoriser. Le groupe Socialistes et apparentés propose la mise en place du tiers payant généralisé. Je retire l'amendement, pour les mêmes raisons que celles m'ayant amené à retirer les deux précédents. (*Rires sur divers bancs.*)

*(L'amendement n° 1290 est retiré.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 1353.

**Mme Caroline Fiat.** Défendu.

*(L'amendement n° 1353, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Gisèle Biémouret, pour soutenir l'amendement n° 1295.

**Mme Gisèle Biémouret.** Je suis un peu perdue dans nos amendements... (*Sourires.*)

**M. le président.** Il faut en déposer moins !

**Mme Gisèle Biémouret.** Celui-ci s'inscrit également dans la logique du tiers payant généralisé, dont nous proposons une extension à titre expérimental. Si nos amendements se ressemblent, ils ne nous font pas oublier nos réalisations du précédent quinquennat : le dispositif du tiers payant généralisé avait une grande importance pour nous ; il s'agit d'une mesure que nous avons fermement soutenue et qui nous tenait à cœur. Sa suppression, l'an dernier, nous a donc attristés, comme je l'avais d'ailleurs indiqué dans le cadre de l'examen du précédent PLFSS. Madame la ministre, comme vous nous avez assuré qu'une forme de tiers payant généralisé verra le jour au cours du présent quinquennat, nous retirons également l'amendement n° 1295. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LaREM.*)

*(L'amendement n° 1295 est retiré.)*

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir les amendements n°s 207 et 208, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

**M. Pierre Dharréville.** Je les maintiendrai ! (*Sourires.*)

L'amendement n° 207 tend à instaurer, à titre d'expérimentation, le tiers payant intégral au bénéfice des bénéficiaires du reste à charge zéro, pour une durée n'excédant pas trois années. Il constitue également une forme d'acte de candidature pour le département des Bouches-du-Rhône, lequel me semble tout indiqué pour procéder à une telle expérimentation.

L'amendement n° 208 vise à expérimenter le tiers payant intégral dans le régime de la sécurité sociale étudiante, ce qui pourrait constituer un bon moyen de commencer à avancer sur ce sujet.

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

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Il est défavorable. Je rappelle au demeurant que le régime étudiant de sécurité sociale est désormais intégré à l'assurance maladie.

**M. Pierre Dharréville.** L'expérimentation reste possible !

*(Les amendements n°s 207 et 208, repoussés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 390 et 1357.

La parole est à M. Alain Bruneel, pour soutenir l'amendement n° 390.

**M. Alain Bruneel.** Il vise à lutter contre la pratique des dépassements d'honoraires des professionnels de santé, qui aggrave le renoncement aux soins de nos concitoyens. Les dépassements d'honoraires représentent environ 8 milliards d'euros par an. Il s'agit d'un enjeu important, pour ce qui concerne l'accès aux soins comme le financement de la sécurité sociale. Nous proposons d'ouvrir ce chantier. Il s'agirait de faire en sorte que la convention médicale conclue entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les syndicats représentatifs des professionnels libéraux de santé prévoie une négociation en vue de mettre un terme à ces pratiques.

**M. le président.** La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 1357.

**Mme Caroline Fiat.** Je n'ai rien à ajouter aux propos de M. Bruneel, qui a très bien défendu son amendement identique.

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

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

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je tiens à rassurer les auteurs des amendements, non sans rendre hommage aux travaux menés par Marisol Touraine, qui s'est penchée sur la question des dépassements d'honoraires avant que je ne lui succède. Il existe des dispositifs conventionnels : les contrats d'accès aux soins, rebaptisés l'an dernier « options de pratique tarifaire maîtrisée » – ou OPTAM –, dont les effets sur le niveau des dépassements d'honoraires observés commencent à se faire sentir. Le taux des dépassements d'honoraires constatés parmi les médecins spécialistes de secteur 2 poursuit sa baisse puisqu'il a chuté de 55,4 % en 2011 à 49,5 % en 2017. Pour la seule année 2017, le taux des dépassements a diminué de 1,6 point. Une dynamique incitative positive est donc à l'œuvre. Au demeurant, supprimer le secteur 2, comme vous proposez de le faire, aurait pour premier effet d'inciter certains médecins à opter pour un exercice non conventionné – donc non remboursé – de la médecine, ce qui aboutirait à une véritable médecine à deux vitesses. Je suis défavorable aux amendements, mais les choses avancent.

*(Les amendements identiques n°s 390 et 1357 ne sont pas adoptés.)*

### Article 36

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 1439.

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

*(L'amendement n° 1439, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

*(L'article 36, amendé, est adopté.)*

**M. le président.** La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2

#### ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

**M. le président.** Prochaine séance, ce soir, à vingt et une heures trente :

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 dix-neuf heures cinquante-cinq.)*

*Le Directeur du service du compte rendu de la séance de l'Assemblée nationale*

SERGE EZDRA