



N° 2186

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 juillet 2019.

**RAPPORT D'INFORMATION**

DÉPOSÉ

*en application de l'article 145-7 alinéa 1 du Règlement*

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

*sur la mise en **application de la loi n° 2018-1203** du 22 décembre 2018  
de **financement de la sécurité sociale pour 2019**,*

ET PRÉSENTÉ PAR

MM. OLIVIER VÉRAN ET BERNARD PERRUT,

Députés.

---



## SOMMAIRE

	Pages
<b>AVANT PROPOS DE M. OLIVIER VÉRAN, CO-RAPPORTEUR.....</b>	5
<b>AVANT PROPOS DE M. BERNARD PERRUT, CO-RAPPORTEUR .....</b>	11
<b>INTRODUCTION .....</b>	17
<b>ANNEXES .....</b>	23
<b>ANNEXE 1 : ÉTAT DE L'APPLICATION DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2019 AU 19 JUILLET 2018 .....</b>	23
<b>ANNEXE 2 : COMPTE RENDU DE LA RÉUNION DE LA COMMISSION DU 18 JUIN 2019 PORTANT SUR LES ARTICLES 26 ET 27 DE LA LFSS 2019. ....</b>	41
<b>ANNEXE 3 : COMPTE RENDU DE LA RÉUNION DE LA COMMISSION DU MARDI 18 JUIN 2019 PORTANT SUR LES ARTICLES 69 ET 70 DE LA LFSS 2019, 36 ET 37 DE LA LFSS 2018 ET ÉVALUATION DES ARTICLES 8 DE LA LFSS 2018, 7 DE LA LFSS 2019 ET 1<sup>ER</sup> ET 2 DE LA LOI DU 24 DÉCEMBRE 2018 PORTANT MESURES D'URGENCE ÉCONOMIQUES ET SOCIALES .....</b>	65
<b>ANNEXE 4 : COMPTE RENDU DE LA RÉUNION DE LA COMMISSION DU MERCREDI 19 JUIN 2019 PORTANT SUR LES ARTICLES 17, 19 ET 49 DE LA LFSS 2018, 56 ET 62 DE LA LFSS 2019.....</b>	85
<b>ANNEXE 5 : COMPTE RENDU DE LA RÉUNION DE LA COMMISSION DU MERCREDI 19 JUIN 2019 PORTANT SUR LES ARTICLES 51 ET 54 DE LA LFSS 2018 ET 42, 51 ET 52 DE LA LFSS 2019 .....</b>	105
<b>ANNEXE 6 : COMPTE RENDU DE L'AUDITION PAR LA COMMISSION, DU MERCREDI 19 JUIN 2019, DE MME AGNÈS BUZYN, MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, ET MME CHRISTELLE DUBOS, SECRÉTAIRE D'ÉTAT AUPRÈS DE LA MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ .....</b>	125



## AVANT-PROPOS DE M. OLIVIER VÉRAN, CO-RAPPORTEUR

L'examen du rapport d'application de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 demeure très spécifique : à la fois inhabituellement récurrent, la LFSS étant par construction un exercice annuel, il l'est aussi pour des raisons de calendrier singulièrement précoce dans l'année puisque nous procédons à un bilan à six mois quand les autres rapports d'application attendent généralement une année d'application. Il est enfin redondant avec le même exercice d'application auquel se pliera le Gouvernement dans l'annexe 3 de la prochaine LFSS.

La principale qualité d'un tel exercice a semblé à vos deux rapporteurs être, comme les années précédentes, l'objectivité. C'est pourquoi il a été procédé à un décompte rigoureux des textes appelés, exhaustivement présentés en annexe, et un décompte tout aussi rigoureux des textes parus. Dans un souci de comparabilité entre les chiffres d'une année sur l'autre, la méthodologie appliquée est rigoureusement identique à celle qui avait été présentée l'année dernière.

Le bilan de ce travail, un rien fastidieux, est un taux d'application à la mi-juillet stable par rapport à l'année dernière, à hauteur de 60 %. Il n'y a probablement pas lieu de se féliciter à l'excès – 40% des textes attendus à cette date manquent à l'appel, 13 articles n'ont reçu aucune mesure d'application sans parler de celles qui s'appliquent à des articles qui ne sont pas encore entrés en vigueur. Toutefois, il convient de souligner que ce taux n'était que de 40 % en 2017 lorsque cette majorité est arrivée, et qu'entre 2018 et 2019, sous l'apparente stabilité du taux d'application se cache en réalité un nombre beaucoup plus importants d'actes appelés par le texte (78 contre 43). La situation demeure donc perfectible mais les progrès réalisés ne doivent pas être sous-estimés.

Au-delà du bilan statistique que dresse le présent rapport, il convient de souligner que, sur les quatre rapports attendus à date, aucun n'a encore été remis au Parlement à ce jour. Ces demandes de rapport portaient sur des sujets très divers mais tous importants : les conséquences de la modification du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi pour les entreprises individuelles imposées sur le revenu, l'assujettissement aux cotisations des professionnels saisonniers ou des retraités, la fraude patronale aux cotisations sociales, les dépenses de prévention des addictions. Sans exagérer la gravité de cette statistique, à mettre en regard des délais très brefs qui nous séparent de la dernière loi de financement, ce retard doit interroger. Il convient probablement de mieux identifier collectivement les points qui doivent faire l'objet d'un travail gouvernemental, et ceux qui relèvent en réalité d'une des nombreuses formes de contrôle et d'évaluation disponibles au sein de notre commission. Nous aurons l'occasion d'interroger le Gouvernement d'ici la prochaine LFSS sur l'état d'avancement de ces rapports.

Le tableau d'application mis à disposition chaque année en juillet ne saurait épuiser notre besoin de parlementaires d'assurer un suivi approfondi des mesures que nous votons. Ayant en tête ces limites, largement révélées par les échanges intervenus lors de la présentation du précédent rapport d'application, votre rapporteur a souhaité proposer au bureau de la commission de mettre en place un « Printemps de l'évaluation » social, en partie inspiré de ce qu'a mis en place avec un certain succès la commission des finances. Comparaison n'est toutefois pas complètement raison, et il n'existe à ce jour pas de loi de règlement sociale servant de support à un tel exercice dans notre champ social

C'est pourquoi le bureau de la commission a validé des modalités d'organisation autonomes, et notamment le principe d'auditions au plus haut niveau permettant de confronter l'administration ainsi que le Gouvernement au bilan des mesures votées lors des deux dernières LFSS, notamment. Ces auditions, sans prétendre épuiser un travail qui est par définition au long cours, ont apporté de précieux éléments aux commissaires pour étayer leur opinion sur ces mesures. Il a semblé logique à vos deux rapporteurs d'annexer ces comptes rendus au présent rapport pour les mettre plus facilement à votre disposition, et reconnaître le travail collectif de suivi d'application qui a été conduit par notre commission. Votre rapporteur tient d'ailleurs à remercier ses collègues de la qualité des questions qui ont été posées, sur tous les bancs, à cette occasion, ainsi que les personnes auditionnées, directeurs d'administration centrale et de caisse nationale, d'avoir joué ce jeu que votre rapporteur croit précieux pour notre démocratie. Votre rapporteur a eu le souci de relancer impartialement l'administration sur tous les points auxquels elle n'avait pas répondu.

La forme qu'a prise le Printemps est bien entendu susceptible d'évoluer, et le bureau l'avait d'ailleurs validée à titre expérimental. Votre rapporteur espère que les commissaires seront d'accord pour renouveler et améliorer l'expérience, de plusieurs manières. Gagner en solennité, d'abord : dans le souci de nous donner les mêmes opportunités que le Printemps de l'évaluation conduit par la commission des finances, votre rapporteur a proposé un amendement qui a été adopté lors des débats sur la réforme de notre Règlement afin de permettre l'organisation d'un débat en séance sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Par ailleurs, la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), et notamment ses co-présidents Annie Vidal et Gilles Lurton, préparent un projet permettant de mobiliser ses membres pour préparer assidument le Printemps. Les modalités précises seront discutées prochainement au sein de la MECSS, qui a bien entendu tout son rôle, organiquement reconnu, dans cette entreprise de revalorisation de notre travail de contrôle et d'évaluation.

Votre rapporteur souhaiterait revenir sur quelques points forts abordés lors du Printemps, en commençant par les choix financiers que nous actons à travers les dernières lois de financement.

Concernant les orientations des comptes sociaux, votre rapporteur se félicite qu'un débat approfondi ait pu se tenir sur les transferts financiers et la gestion de la dette sociale. Pourquoi se le cacher ? Il existe évidemment des incertitudes concernant la trajectoire budgétaire à court terme, compte tenu du coût important des mesures d'urgence prises par le Gouvernement en faveur du pouvoir d'achat des Français, mais elles étaient incontestablement nécessaires. Les débats sur les transferts entre l'État et la sécurité sociale devront probablement tenir compte de cette nouvelle donne.

S'agissant de la dette, votre rapporteur salue l'effort d'amortissement, porté par la CRDS mais aussi par une part importante de CSG, qui permet d'envisager un remboursement de la dette sociale d'ici quatre ou cinq ans. Il n'était pas acceptable que nos enfants assument la charge de dépenses sociales qui, par définition, ne s'inscrivent pas dans le temps. Grâce à une gestion budgétaire dont nous pouvons être fiers collectivement, notamment dans le contexte global du déficit des administrations publiques dans leur ensemble, une extinction de la CADES peut être entrevue avec sérénité, permettant de poser le débat des nouveaux transferts que nous avons adoptés l'année dernière.

S'agissant des choix socio-fiscaux que nous avons faits en LFSS, votre rapporteur souhaiterait saluer – ce que le Printemps a bien confirmé – un budget de la sécurité sociale pour 2019 et une loi portant mesures urgentes, qu'il a eu l'honneur de rapporter, qui redonnent du pouvoir d'achat aux Français, et d'abord à ceux qui travaillent. L'exonération de cotisations sur les heures supplémentaires avancée au 1<sup>er</sup> janvier 2019 a ainsi apporté 58 euros supplémentaires en moyenne aux salariés au 1<sup>er</sup> trimestre 2019, et 72 euros dans les entreprises de moins de dix salariés, comme l'a rappelé devant vous la directrice de la sécurité sociale. Dans ce dernier cas, c'est près de 300 euros supplémentaires en un an que les travailleurs retrouveront sur leur fiche de paie, et ce, dans toutes les petites entreprises qui maillent les circonscriptions et les territoires des membres de la commission !

C'est un effort inédit, qui se couple avec la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat, dont se sont saisies un grand nombre de sociétés. Il existe certes un écart entre les entreprises, puisque seules 14 % des petites entreprises ont distribué la prime, contre 64 % des établissements de plus de 2 000 salariés. Mais les premières ont distribué 397 euros en moyenne, contre 360 euros pour les plus grandes.

Dans l'ensemble, le couplage de ces deux mesures aboutit donc, pour leurs bénéficiaires, à plus de 600 euros supplémentaires en un an. Peu de majorités peuvent s'honorer d'un tel saut quantitatif en faveur du pouvoir d'achat des Français.

Dans le champ de l'assurance maladie, un point tient particulièrement au cœur de votre rapporteur ; il ne peut évidemment qu'être déçu que le décret d'application de l'article relatif au forfait de réorientation aux urgences n'ait pas encore été pris. D'après les informations transmises à votre rapporteur, cette

expérimentation pourrait finalement être intégrée à l'article 51 de la LFSS pour 2018.

En revanche, votre rapporteur se réjouit que les décrets d'application relatifs aux deux expérimentations d'origine parlementaire visant à promouvoir la vaccination aient été pris. Pour mémoire, il s'agit, pour la première, d'une expérimentation de prise en charge des frais occasionnés par l'amélioration des pratiques professionnelles pour le développement de la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains chez les jeunes filles et les garçons, adoptée à l'initiative de notre collègue Jean-Louis Touraine, et, pour la seconde, d'une expérimentation, d'origine sénatoriale, relative à la vaccination contre la grippe des professionnels de santé et du personnel soignant des établissements de santé et des EHPAD. Ces deux articles avaient été adoptés contre l'avis du Gouvernement, et votre rapporteur constate avec satisfaction que l'administration a pleinement joué le jeu de l'application de ces mesures dans un délai extrêmement raisonnable.

Un autre point de satisfaction concerne la mesure relative au « reste à charge 0 ». Le Gouvernement s'était engagé lors des travaux préparatoires à ce que le décret relatif au cahier des charges des contrats responsables, qui devront désormais obligatoirement couvrir les équipements et soins du panier « 100 % santé », soit publié dès janvier, de manière à laisser un délai d'un an aux organismes complémentaires pour adapter le contenu de leurs contrats. Cette promesse a été tenue, et votre rapporteur s'en félicite.

Par ailleurs, les mesures relatives à la mise en place d'une CMU-C étendue n'entreront en vigueur qu'au 1<sup>er</sup> novembre 2019, mais l'administration s'est mise en ordre de marche, et a publié très rapidement la plupart des textes nécessaires pour que cette réforme ambitieuse se déroule au mieux. La mise en place de cette CMU-C étendue, accessible aux personnes aujourd'hui éligibles à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), permettra aux plus fragiles de bénéficier d'une complémentaire santé pour un euro par jour au maximum. Les personnes âgées seront bien évidemment les principales bénéficiaires de cette mesure.

Enfin, cette dernière LFSS prévoyait l'ouverture de négociations conventionnelles sur deux sujets phares du plan Ma Santé 2022 : les assistants médicaux et les mesures visant à accompagner le déploiement des CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé). Ces deux accords majeurs ont été signés le 20 juin dernier, et, s'il ne s'agit pas à proprement parler d'actes d'application, il convenait de les mentionner.

Le premier accord, qui prend la forme d'un avenant, porte sur les assistants médicaux. Il prévoit le versement d'une aide financière à plusieurs médecins exerçant en groupe et pratiquant des tarifs opposables. À horizon 2022, ce sont plus de 4 000 structures qui devraient être dotées d'assistants médicaux, libérant ainsi un temps médical important.



Le second accord, sur les CPTS, prévoit à la fois les modalités de financement de ces CPTS (avec un maximum de 380 000 euros par an pour un bassin de vie de 175 000 habitants) et les « missions-socles » de celles-ci, parmi lesquelles la facilitation de l'accès à un médecin traitant, l'amélioration de la prise en charge des soins non programmés, et l'organisation des parcours des patients.

La LFSS que nous avons votée à la fin de l'année dernière est aussi celle des familles, puisque la mesure inscrite à l'article 69 permettra une majoration de 30 % du complément de mode de garde pour les familles ayant au moins un enfant en situation de handicap. Celle-ci entrera en vigueur en novembre prochain et bénéficiera à 3 500 familles qui perçoivent également l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé. Elle s'ajoutera aux mesures votées en LFSS pour 2018 en faveur des familles monoparentales. Désormais, une femme seule touchant le SMIC, qui doit faire garder ses enfants, verra son reste à charge diminuer de 32 euros, en moyenne.

Par ailleurs, depuis le 1<sup>er</sup> juillet, et ce en vertu d'un décret adopté le 25 juin dernier, les pères dont les enfants sont hospitalisés, après leur naissance, dans une unité de soins spécialisés, pourront bénéficier d'un congé supplémentaire qui pourra s'étendre jusqu'à trente jours consécutifs. C'est une mesure qui soulagera les familles des quelque 60 000 enfants nés prématurément en France chaque année, et qui s'inscrit dans une véritable politique de la prématurité et de la périnatalité.

Votre rapporteur souhaitait enfin mettre en valeur un certain nombre de points de vigilance dans l'application des LFSS qui ont été éclairés par les auditions du « Printemps ».

Ce nouvel exercice nous a aussi démontré la pertinence de l'évaluation, y compris quand elle concerne des exercices antérieurs. Il en va ainsi de la LFSS 2018, au cours de laquelle nous avons voté l'harmonisation des modalités de calcul de l'allocation de base de la PAJE et du complément familial.

Cette mesure est entrée en application au 1<sup>er</sup> avril 2018, soit depuis un an et trois mois. Cette harmonisation n'est pas neutre, et il serait bon que nous puissions être en mesure dans les années à venir d'en évaluer tous les effets, tant en nombre d'enfants et de familles concernés qu'en termes d'impact budgétaire. Ces informations permettraient de nourrir utilement nos débats. Votre rapporteur n'a d'ailleurs pas manqué de le rappeler pendant le « Printemps », relançant ainsi une question posée notamment par notre collègue Gilles Lurton.

C'est aussi le cas de l'emblématique l'article 51 de la même LFSS pour 2018, qui tient au cœur de beaucoup de commissaires. Le Printemps de l'évaluation a permis de mettre l'administration devant ses responsabilités et de l'entendre sur la lenteur d'instruction des dossiers. Nous avons été nombreux à avoir été interpellés par les acteurs de terrain à ce sujet.

Enfin, votre rapporteur souhaite souligner devant vous un enjeu d'importance, bien qu'il n'ait pas été au cœur de la dernière LFSS, et que l'actualité nous invite à commenter ce sujet si important des retraites des Français. Votre rapporteur tient à féliciter le haut-commissaire Delevoye pour la qualité des concertations et du travail menés depuis de longs mois sur la réforme des retraites ainsi que pour la pertinence des préconisations formulées dans son rapport présenté la semaine dernière au Premier ministre.

La perspective d'une transformation des 42 régimes de retraite actuels en un système universel nécessite une réflexion approfondie sur le champ des lois de financement qui devrait par conséquent embrasser l'ensemble de ces régimes, de base ou complémentaires. En plus d'un gain évidemment considérable en termes d'équité, de solidarité et de justice pour les assurés actuels et les futurs retraités, la mise en place d'un régime universel de retraite sera une occasion unique pour réfléchir à améliorer la lisibilité et le suivi parlementaire des dépenses de retraites, un quart des dépenses de retraite échappant jusqu'ici au vote de la représentation nationale.

Une application satisfaisante pour 2019, des perspectives très riches d'amélioration du suivi des LFSS à travers le Printemps social de l'évaluation, des résultats concluants étayés par nos auditions, quelques points de vigilance pour les années à venir et un chantier d'ampleur sur le champ des LFSS, voici les éléments que le rapporteur souhaitait verser aux débats de la commission. Nul doute qu'ils seront au cœur de nos préoccupations estivales !

## **AVANT-PROPOS DE M. BERNARD PERRUT, CO-RAPPORTEUR**

On ne peut que se réjouir d'être le co-rapporteur d'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, compte tenu du soin et du cœur que beaucoup des commissaires mettent à préparer cette échéance forte pour notre commission qu'est le PLFSS et à participer aux riches débats auquel il donne lieu.

Votre rapporteur est également bien conscient des limites de l'exercice qui nous réunit aujourd'hui, à peine six mois après l'entrée en vigueur de la loi de financement. Un co-rapporteur d'application se devant d'être une vigie patiente mais attentive, trois catégories de sujets doivent être abordés en avant-propos du présent rapport :

- le taux d'application réglementaire de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 ;
- l'expérience du Printemps de l'évaluation de juin dernier ;
- plusieurs points de vigilance, touchant à la sécurité sociale.

Votre rapporteur ne peut que constater que l'administration maintient un taux constant d'application des lois de financement de la sécurité sociale.

En cette période de Tour de France, beaucoup de ces textes ont fait l'objet d'un « sprint » dans leur publication avant les vacances d'été. Par ailleurs, sous cette moyenne de 60 % se cachent, par construction, des disparités importantes, en fonction souvent de la complexité des articles et de la sensibilité des sujets.

Enfin, au-delà des chiffres, la question qui se pose à travers ce bilan est une question de principe : celle de l'efficacité même de la loi que nous votons. Votre rapporteur s'inquiète de l'incertitude juridique qui entoure ainsi certains articles, et du retard pris dans certains chantiers importants. Il rappelle que chaque décret qui manque à l'appel prive de sa force juridique les articles d'une loi que nous sommes chaque année amenés à examiner et voter dans des délais contraints.

À titre d'illustration de ces difficultés concrètes, il souhaite attirer l'attention sur un problème d'application particulier : celui de l'article 65 relatif aux autorisations temporaires d'utilisation (ATU). Pour mémoire, cet article permet de renforcer l'accès précoce des patients aux médicaments et aux dispositifs médicaux innovants. Sur ce sujet des ATU, pas moins de six décrets en Conseil d'État devaient être pris. Or, alors que l'échéancier officiel disponible sur le site Légifrance indique qu'ils auraient dû paraître en ... mars 2019, rien n'a été publié depuis ! Cela explique en grande partie le mauvais résultat précédemment évoqué.

Est-ce un hasard si aucun des décrets de cet article en particulier n'a été publié ? Votre rapporteur ne le croit pas ! Son groupe avait au moment du débat en commission sur le PLFSS qualifié ces dispositions « *d'illisibles et indigestes, au point que l'on peine même à les lire à Matignon* ». Elles sont probablement si complexes et illisibles que l'administration elle-même peine à prendre les décrets d'application correspondants... Le célèbre axiome de Boileau avait été cité lors de notre débat en octobre à propos de cet article : « *Ce qui se conçoit bien s'énonce clairement, et les mots pour le dire arrivent aisément* ». Ici, l'article a été mal conçu et énoncé de manière incompréhensible... Très logiquement, les décrets pour le dire n'arrivent pas aisément !

Ce retard fait peser des incertitudes considérables pour les industries concernées, qui avaient déjà du mal à interpréter le texte de la loi de financement et ne savent pas du tout comment et quand ces dispositions seront appliquées. À l'heure du *Brexit*, quel signal cela envoie-t-il à l'industrie européenne du médicament ? Cela pourrait peser sur l'attractivité française dans ce domaine, en venant confirmer l'idée selon laquelle les règles du jeu dans notre pays seraient mouvantes et peu lisibles. Cela retarde aussi l'accès au marché de médicaments innovants qui pourraient sauver des vies...

Cette lenteur dans l'application ne s'applique pas à tous les articles, et parfois même pas à toutes les dispositions d'un même article : ainsi, le décret d'application du même article 65 sur l'homéopathie, quant à lui, n'a pas tardé à paraître, puisqu'il a été publié dès le mois de mars. Pour mémoire, la LFSS pour 2019 avait prévu que les règles de prise en charge des médicaments homéopathiques sont définies par décret en Conseil d'État. On peut d'ailleurs se demander ce que ces dispositions venaient faire dans un article relatif aux médicaments innovants...

Ce décret paru en mars est venu préciser que, lors de leur évaluation par la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé (HAS), les médicaments homéopathiques peuvent faire l'objet d'une évaluation d'ensemble ou être regroupés en catégories homogènes, alors que les 1 200 médicaments homéopathiques devaient être jusque-là examinés un par un. La suite est connue de tous : la HAS a rendu le 28 juin dernier un avis appelant à dérembourser l'homéopathie. Sans forcément juger le fond de cet avis, votre rapporteur s'interroge : comment est-ce possible que cette évaluation ait été la première évaluation scientifique française sur les médicaments homéopathiques ? Pourquoi la question ne s'était-elle pas posée jusque-là ? Quel sera l'impact réel de cette décision sur les comptes de l'assurance maladie ? Des études plus approfondies seront-elles menées ? Votre rapporteur croit que ces questions mériteront toute notre attention dans les semaines à venir.

Cette situation très variable de l'application, six mois après la publication de la LFSS, rend d'autant plus intéressante l'initiative du rapporteur général, validée par le bureau de notre commission, consistant à formaliser un Printemps

social de l'évaluation», qui rappelle évidemment l'initiative prise par la commission des finances, tout en s'adaptant aux enjeux spécifiques des lois de financement. Cette démarche participe d'un chaînage vertueux qui contribue à la pleine appropriation de nos missions constitutionnelles de contrôle et de suivi, qui alimenteront à leur tour utilement nos débats sur la loi de financement.

Par ailleurs, la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), présidée par nos collègues Annie Vidal et Gilles Lurton, cherche également à développer un meilleur suivi qualitatif et non seulement quantitatif des articles du PLFSS, ce dont votre rapporteur ne peut que se réjouir. La création des lois de financement en 1996 a constitué un outil précieux d'augmentation des droits du Parlement, et toutes les initiatives permettant d'affiner notre regard sur les politiques portées par la sécurité sociale permettent d'approfondir cette avancée démocratique majeure.

Quoique de très grande qualité, les auditions du « Printemps » n'ont pas complètement éteint toutes les inquiétudes de fond de votre rapporteur. Il souhaite en évoquer certaines, à la faveur de la présentation de ce rapport.

En premier lieu, relayant en cela l'alerte que de nombreux collègues ont exprimée pendant ces auditions, votre rapporteur craint qu'à nouveau, la branche famille de la sécurité sociale ne serve de variable d'ajustement pour le rétablissement de l'équilibre des comptes sociaux.

Les comptes de la branche famille sont revenus en excédent en 2018 pour la première fois depuis 2008. Cette situation n'est pas sans lien avec trois années consécutives de baisse des prestations (2014-2017) due selon la Commission des comptes de la sécurité sociale, « à la baisse de la natalité et d'un moindre recours au congé parental depuis l'entrée en vigueur de la *Prepave* ».

La stagnation des dépenses observées en 2018 a partie liée avec l'article 37 de la LFSS pour 2018 qui a entraîné une harmonisation de la PAJE avec le complément familial. Les familles éligibles à la PAJE dont les enfants sont nés ou ont été adoptés après le 1<sup>er</sup> avril 2018 pourraient perdre 17 euros par mois, soit 204 euros par an, ce que confirment les derniers chiffres disponibles. Voilà l'un des derniers détournements d'une politique qui devait au départ compenser la charge supplémentaire que représentent des enfants dans un foyer. Pour complément d'information, il convient de rappeler que l'indice de fécondité français a décliné ces dernières années et s'est établi en 2017 à 1,88 enfant par femme, soit un retour à son niveau de 1997. La mission d'information de la Conférence des présidents présidée par notre collègue Stéphane Viry et rapportée par notre collègue Nathalie Elimas viendra bientôt éclairer en profondeur ces questions essentielles.

Par ailleurs, le Gouvernement et la majorité ont redécouvert, à l'occasion du vote des mesures d'urgence, justement, la vertu de l'exonération fiscale et sociale des heures supplémentaires, ce dont votre rapporteur n'a pu que se réjouir. Récompenser les Français qui travaillent est une noble ambition. Il ne peut

toutefois que déplorer que la LFSS 2019 tout comme la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales (MUES) se soient arrêtées au milieu du gué. Examiner la piste d'une extension de l'exonération aux contributions sociales pour les heures supplémentaires à l'aune de son coût mais aussi du gain substantiel de pouvoir d'achat pour tous les salariés serait un bon moyen de poursuivre notre réflexion sur le pouvoir d'achat des Français qui travaillent. Une telle mesure semblerait en effet de nature à lutter contre le fléau des travailleurs pauvres dans notre pays.

De manière plus globale, il faut prendre conscience du « dérapage » probable des comptes de la sécurité sociale en 2019, alors même que les articles « de chiffre » de la LFSS pour 2019 nous promettaient le retour à l'équilibre pour cette année, et même des excédents pour les années à venir.

Une partie de ce « dérapage » provient d'un ajustement des prévisions de croissance, à la baisse, dont acte ! Mais elle pourrait également résulter des différentes mesures votées dans la loi MUES.

Chacun connaît le contexte dans lequel des mesures d'urgence ont été prises. Il est toutefois étonnant de ne pas avoir plus de visibilité sur le déficit que ces mesures pourraient engendrer pour les comptes sociaux. La Commission des comptes de la sécurité sociale évoque, dans son dernier rapport rendu en juin, un déficit compris entre 1,7 milliard d'euros et 4,4 milliards dans le pire des cas, à savoir si l'État ne compense budgétairement aucune des mesures d'urgence qui ont pourtant dégradé le budget de la sécurité sociale ! La fourchette évoquée est trop vaste pour ne pas susciter quelques inquiétudes. Nous restons dans l'attente des arbitrages qui seront fixés dans les textes financiers de l'automne.

Une telle incertitude sur le niveau du déficit est d'autant plus étonnante qu'elle alimente les doutes de nos concitoyens qui souhaitent savoir comment le Gouvernement va rétablir la trajectoire vers l'équilibre budgétaire. La prise en charge de la dépendance engendrera dans le même temps nécessairement des dépenses nouvelles, comme l'a rappelé Dominique Libault devant notre commission dernièrement. Faut-il craindre une hausse des prélèvements obligatoires pour les ménages et pour les entreprises, en contradiction avec la crise que nous avons vécue à la fin de l'année dernière ? L'hôpital va-t-il être conduit à supporter la plus grande part – une fois encore – d'un effort budgétaire qui ne le concerne que très marginalement ? Faut-il craindre de nouvelles « coupes » dans la branche famille ?

Les discours tenus ces derniers jours se montrent rassurants, mais votre rapporteur sera très attentif quant à l'issue de cette mauvaise passe financière dans la prochaine LFSS que nous examinerons.

Avant de conclure, il paraît indispensable d'aborder la question de la dépendance et du grand âge, malheureusement peu présente dans la LFSS 2019. Nous faisons face à une situation d'urgence, notamment dans les EHPAD, tant en

termes de prise en charge des résidents qu'en termes de conditions de travail pour le personnel en établissement. Dès début 2018, de nombreux travaux parlementaires ont fait état de cette situation d'urgence, en particulier le rapport de nos collègues Monique Iborra et Caroline Fiat sur les EHPAD. La concertation « Grand âge et autonomie » qui s'est déroulée de l'automne 2018 au printemps de cette année avec la remise du rapport de Dominique Libault en mars, dresse les mêmes constats alarmants. Les établissements spécialisés, type EHPAD, font face à une pénurie de personnel aggravée par des fortes difficultés de recrutement qui devraient perdurer durant la décennie à venir en l'absence d'intervention des pouvoirs publics.

Nous le voyons bien : le temps des constats a été pris, doit désormais venir le temps des décisions et des mesures concrètes.

Or, le calendrier du futur projet de loi « Grand âge et autonomie » reste toujours incertain, avec une présentation annoncée « d'ici la fin de l'année » et le lancement en juillet d'une mission sur les métiers du grand âge confiée à Mme Myriam El Khomri...

C'est dès à présent qu'il faut répondre à l'urgence de la situation ! Des mesures opérationnelles pourraient être prises dès le PLFSS pour 2020. Il nous faut répondre à la problématique des EHPAD mais également à celle des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Le développement de solutions de prise en charge intermédiaires entre le tout-domicile et les établissements spécialisés mériterait également d'être abordé.

La question étant : quel sera l'effort en faveur de la politique grand âge et autonomie dans le prochain PLFSS ? Les mesures seront-elles à la hauteur de cet enjeu présenté par le Gouvernement comme « *un des grands marqueurs sociaux de ce quinquennat* » ? Nous y prêterons une vigilance toute particulière.

Votre rapporteur n'oublie pas également la réforme des retraites, qui certes fera l'objet d'un texte particulier, mais aura probablement des incidences importantes sur les futures lois de financement. Il suivra ces évolutions avec attention.

Voici les quelques constats et questionnements que votre rapporteur souhaitait partager à l'occasion de la présentation de ce rapport d'application. Rendez-vous est pris pour la prochaine loi de financement, les réformes de la dépendance et des retraites mais aussi pour les travaux de contrôle et d'évaluation que nous mènerons en parallèle. Nous n'avons probablement pas fini de discuter de cette LFSS 2019, et de manière plus générale de l'avenir de notre sécurité sociale.





## INTRODUCTION

● En application de l'article 145-7 du Règlement de l'Assemblée nationale, ce rapport fait état des textes réglementaires publiés pour la mise en œuvre de la loi n° 2019-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019, ainsi que des dispositions qui n'auraient pas fait l'objet des textes d'application nécessaires.

Du fait du caractère annuel des LFSS, cet exercice est récurrent. Depuis le début de la XV<sup>e</sup> législature, il est réalisé par le rapporteur général de la commission des affaires sociales, désormais seul rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), et par un député issu d'un groupe d'opposition, conformément aux prescriptions réglementaires.

Conformément au Règlement, là aussi, ce rapport fait le point sur les actes d'application pris et sur ceux qui auraient dû être pris mais ne l'ont pas encore été, précisant dans ce cas le calendrier prévisionnel de publication.

Un second rendez-vous permettra très prochainement d'apprécier à nouveau la progression de l'application de la loi : en effet, le 3<sup>o</sup> du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale prévoit que soit jointe au PLFSS de l'année N +1 une annexe « *rendant compte de la mise en œuvre des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale* » de l'année N, actualisant *de facto* les données présentées par le présent rapport.

Par ailleurs, le rapport annuel de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, prévu par l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières et publié en septembre, apportera un éclairage plus analytique sur les exercices 2018 et antérieurs.

● Adopté définitivement par l'Assemblée nationale le 3 décembre 2018, la LFSS 2019 a fait l'objet d'une saisine du Conseil constitutionnel, lequel s'est prononcé le 21 décembre<sup>(1)</sup>, censurant totalement un article<sup>(2)</sup> et partiellement deux autres<sup>(3)</sup>, sur les 88 articles adoptés.

---

(1) Décision n° 2018-776 DC du 21 décembre 2018, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 :

<https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2018/2018776DC.htm>

(2) Cet article qui était relatif à l'inscription de l'éducation thérapeutique dans le champ des expérimentations a été jugé « cavalier », c'est-à-dire étranger au domaine des LFSS tel que défini par les dispositions organiques.

(3) L'un (article 50) au titre de certaines dispositions cavalières, l'autre (article 68) portant sur la revalorisation maîtrisée des prestations sociales car il comportait des dispositions produisant des effets non permanents au-delà de la seule année 2019 : les dispositions organiques permettent d'inclure dans la LFSS de l'année N+1 des dispositions affectant l'équilibre de la sécurité sociale des années ultérieures à N+1,

L'essentiel des informations fournies par le présent rapport sont contenues dans le tableau figurant en annexe, qui indique, pour chaque article de la loi votée par le Parlement :

- son éventuelle censure par le Conseil constitutionnel ;
- son applicabilité directe, lorsqu'aucun acte d'application n'est appelé par le texte ;
- la nature (décret en Conseil d'État, décret simple, arrêté) et l'objet des actes d'application appelés ; pour ce faire, la principale source d'information est l'échéancier de mise en application de la loi, publié sur le site internet Légifrance, dans sa version mise à jour au 19 juillet 2019 <sup>(1)</sup>;
- au-delà des seuls actes d'application proprement dits, les rapports devant être remis au Parlement ;
- les références des actes publiés ou remis ;
- lorsque les actes devant être publiés à la date de présentation de ce rapport ne l'ont pas encore été, leur calendrier prévisionnel de publication.

Sans que les motifs des éventuels retards soient connus, faute d'information systématique du Parlement, les co-rapporteurs ne peuvent émettre qu'une conjecture globale, déjà formulée les années précédentes : ces retards résultent vraisemblablement, pour l'essentiel, soit de la nécessité de procéder à des consultations, soit de l'encombrement du calendrier réglementaire, en particulier s'agissant des décrets devant être examinés par le Conseil d'État.

• Sur les 87 articles que compte la LFSS après décision du Conseil constitutionnel :

- 45 sont d'application directe ; il s'agit notamment de l'ensemble des articles dits « de chiffres », qui arrêtent des comptes ou fixent des grands équilibres, notamment les objectifs de dépenses ;
- les 42 autres articles appellent des actes d'application, dont 12 décrets en Conseil d'État, 48 décrets simples et 18 arrêtés <sup>(2)</sup>.

---

*mais uniquement si ces dispositions produisent des effets permanents, et non si elles produisent des effets pour la seule année N+2, comme c'était le cas en l'espèce.*

(1) Qui tient compte des seuls décrets :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPubliee.do?idDocument=JORFDOLE000037485357&type=echeancier&typeLoi=&legislature=15>

(2) Le nombre d'articles appelant des actes d'application et le nombre d'actes d'application ne sont pas identiques, car un seul article peut appeler plusieurs actes. Symétriquement, un article peut appeler plusieurs mesures d'application, que le Gouvernement décide de concentrer en un seul acte. Par convention, s'agissant des actes non publiés, les rapporteurs s'en tiennent à la présentation de l'échéancier de Légifrance : lorsque celui-ci dresse la liste des mesures d'un article appelant un décret, chaque mesure est

La loi de financement comporte des évolutions structurantes nécessitant parfois des concertations, ou la consultation de la section sociale du Conseil d'État. C'est pourquoi le texte prévoit le cadencement de l'application de certaines dispositions et, partant, des mesures d'application qu'il importe de prendre à cet effet.

Lorsque la loi prévoit la publication d'une mesure d'application au-delà de l'année 2019, l'acte est mentionné pour information dans le tableau en annexe, mais il n'est pas recensé dans le bilan chiffré de l'application. Les actes réglementaires devant être pris pour application d'articles dont l'entrée en vigueur a été prévue au-delà du présent exercice ne peuvent en effet pas être considérés comme attendus à la date de présentation du présent rapport.

Parmi l'ensemble de ces articles, au-delà des actes d'application proprement dits, cinq appellent la remise de rapports au Parlement.

- Au 1<sup>er</sup> juillet 2019, soit près de six mois après la publication de la loi, 13 articles n'ont fait l'objet d'aucun des textes d'application qu'ils prévoient ; cela ne signifie pas que les 29 autres sont pleinement appliqués, mais qu'au moins l'un des actes d'application attendus a été pris.

Le tableau suivant mesure quant à lui la proportion d'actes pris – et non la proportion d'articles ayant fait l'objet d'un acte. Il fait apparaître **un « taux d'application » identique, à quelques dixièmes près, à celui constaté l'année dernière, soit 60 % des textes attendus.**

#### ÉTAT DE LA PUBLICATION DES TEXTES NÉCESSAIRES À L'APPLICATION DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2019

Nombre de textes au 19 juillet 2019	Textes d'application nécessaires	Textes publiés		Textes restant à publier
		Nombre	Taux	
Décrets en Conseil d'État	12	6	50 %	6
Décrets simples	48	33	69 %	15
Arrêtés	18	8	44 %	10
<b>Total textes d'application</b>	<b>78</b>	<b>47</b>	<b>60 %</b>	<b>31</b>

Source : commission des affaires sociales.

Sur les cinq rapports demandés au Gouvernement, quatre auraient dû être remis au 19 juillet et n'ont pas été remis. À titre de comparaison, à la même époque, seul un des trois rapports attendus avait été remis au Parlement.

Les co-rapporteurs observent que ce taux d'application identique a été obtenu, malgré un nombre d'actes attendus plus important qu'en 2018 (43 actes attendus).

---

*réputée appeler un décret, sans anticipation donc des éventuelles concentrations dont le Gouvernement pourrait décider. Il en est de même s'agissant des arrêtés.*

• En 2019, pour la première fois, la commission des affaires sociales a organisé un « Printemps social de l'évaluation », en s'inspirant pour partie des nouvelles modalités d'examen du projet de loi de règlement retenues par la commission des finances s'agissant du budget de l'État.

À l'initiative du rapporteur général, et en coordination avec la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), présidée par nos collègues Annie Vidal et Gilles Lurton, la commission a procédé à cinq auditions de haut niveau les 18 et 19 juin derniers :

– une première table ronde a été consacrée aux mécanismes de financement de la sécurité sociale, avec une attention particulière portée aux relations financières entre l'État et la sécurité sociale<sup>(1)</sup> et au devenir de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES – article 27 de la LFSS 2019) ; cette table ronde a réuni la directrice de la sécurité sociale, la directrice du budget et le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale ;

– une deuxième table ronde, réunissant la directrice de la sécurité sociale, le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), le directeur général de la Cohésion sociale et le directeur des prestations familiales et sociales de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) a été consacrée à l'impact sur les revenus des ménages d'une série de mesures récentes prises dans le domaine social :

- d'une part, les articles 8 de la LFSS 2018, 7 de la LFSS 2019, 1<sup>er</sup> et 2 de la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales, relatifs à l'allègement des cotisations salariales et patronales de sécurité sociale, à l'exonération de cotisations salariales de sécurité sociale sur les heures supplémentaires, et à l'exonération de cotisations salariales et patronales sur la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat ;
- d'autre part, les articles 36 et 37 de la LFSS 2018, 69 et 70 de la LFSS 2019, relatifs à la réforme des prestations familiales<sup>(2)</sup> ;

– une troisième table ronde a été consacrée à des thématiques relatives à la santé publique et à la prévention, en présence notamment de la directrice de la sécurité sociale, de la secrétaire générale de la direction générale de la santé, et du directeur général adjoint de Santé publique France.

---

(1) *Autant que possible, il a été décidé de rattacher à chaque thème de discussion un article de loi, dans la généralité des cas d'une LFSS, faisant ainsi du « Printemps social de l'évaluation » un exercice mixte entre application et évaluation ; en l'espèce, il s'agissait de l'article 26 de la LFSS 2019, article classique dit « de tuyauterie », tirant les conséquences de la réorganisation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale.*

(2) *Cette audition a également été l'occasion d'évoquer la prime d'activité et la question des minima sociaux, dans la perspective d'une allocation sociale unique.*

Furent ainsi abordées les dispositions suivantes :

- hausse des droits sur le tabac (article 17 de la LFSS 2018) ;
- nouveau barème de la taxe sur les boissons sucrées et édulcorées (article 19 de la même loi) ;
- renforcement de l'obligation vaccinale (article 49 de la même loi) ;
- modification du calendrier des examens de santé obligatoires (article 56 de la LFSS 2019) ;
- mise en place du forfait d'intervention précoce (article 62 de la même loi) ;

– la quatrième et dernière table ronde, consacrée à l'organisation des soins, a réuni la directrice de la sécurité sociale, la directrice générale de l'offre de soins et le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), afin d'évoquer :

- la mise en place des expérimentations organisationnelles (article 51 de la LFSS 2018) ;
- le développement de la télémédecine (article 54 de la même loi) ;
- la mise en place des assistants médicaux (article 42 de la LFSS 2019) ;
- la fusion de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide à la complémentaire santé (ACS – article 52 de la même loi) ;

– enfin, la commission a conclu ses travaux par l'audition de la ministre des solidarités et de la santé, Mme Agnès Buzyn, et de sa secrétaire d'État Mme Christelle Dubos, sur l'ensemble de ces thématiques.

Cet exercice nouveau a permis des échanges d'une grande densité, dont le compte rendu, de nature à alimenter la réflexion de la commission sur l'application de l'ensemble des articles faisant l'objet du « Printemps », est bien logiquement annexé au présent rapport.

Les co-rapporteurs ont désormais une année entière pour peaufiner avec le bureau de la commission des affaires sociales et la MECSS la manière de pérenniser ce Printemps de l'évaluation et d'en faire un rendez-vous régulier permettant de se saisir dorénavant plus souvent et d'évaluer en profondeur des enjeux cruciaux du financement de la sécurité sociale, trop vite abordés à l'automne, dans les délais constitutionnellement contraints d'examen du PLFSS.

\*

\* \*



## ANNEXES

### ANNEXE 1 : ÉTAT DE L'APPLICATION DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2019 AU 19 JUILLET 2018

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication <sup>(*)</sup>
<b>Première partie – Dispositions relatives à l'exercice 2017</b>			
1 <sup>er</sup>	Approbation des tableaux d'équilibre 2017	Aucun	–
2	Approbation du rapport annexé sur les excédents ou les déficits de l'exercice 2017 et le tableau patrimonial (annexe A)	Aucun	–
<b>Deuxième partie – Dispositions relatives à l'exercice 2018</b>			
3	Rectification des dotations 2018 de la branche maladie	Aucun	–
4	Suppression du FFIP	Aucun	–
5	Rectification des tableaux d'équilibre 2018	Aucun	–
6	Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM 2018	Aucun	–
<b>Troisième partie – Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier pour l'exercice 2019</b>			
7	Exonération de cotisations sociales salariales sur le recours aux heures supplémentaires et complémentaires	Décret fixant le taux de la réduction	Décret n° 2019-40 du 24 janvier 2019 relatif à l'exonération de cotisations salariales des heures supplémentaires et complémentaires
		Décret prévoyant les modalités de la réduction pour les cas particuliers (agents publics, notamment)	Décret n° 2019-133 du 25 février 2019 portant application aux agents publics de la réduction de cotisations salariales et de l'exonération d'impôt sur le revenu au titre des rémunérations des heures supplémentaires ou du temps de travail additionnel effectif
		Décret prévoyant les conditions de cumul de la réduction avec d'autres mesures de faveur (taux réduits, abattement d'assiette)	Décret n° 2019-40 du 24 janvier 2019 relatif à l'exonération de cotisations salariales des heures supplémentaires et complémentaires

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication <sup>(*)</sup>
8	Mise en œuvre de la transformation en 2019 du CICE et du CITS en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs	Décret prévoyant les conditions dans lesquelles le bénéfice de l'exonération spécifique en outre-mer est acquis dans le cas où l'effectif passe au-dessous de 11 salariés	Décret n° 2019-613 du 19 juin 2019 relatif à la simplification des déclarations sociales des employeurs
		Décret prévoyant les modalités d'éligibilité au dispositif spécifique ouvert en outre-mer pour les employeurs des nouvelles technologies de l'information et de la communication	Décret n° 2019-199 du 15 mars 2019 relatif à l'exonération de cotisations sociales applicable aux employeurs implantés en outre-mer
		Décret prévoyant la formule de calcul déterminant le montant des exonérations en outre-mer sur les plages de rémunération où celles-ci sont décroissantes	
		Décret fixant la valeur maximale du taux de l'exonération spécifique en outre-mer	
		Décret prévoyant les conditions dans lesquelles le bénéfice de l'exonération du paiement des cotisations à la charge des employeurs spécifique à Saint-Barthélemy et Saint-Martin est acquis dans le cas où l'effectif passe au-dessous de 11 salariés	Décret n° 2019-613 du 19 juin 2019 relatif à la simplification des déclarations sociales des employeurs
		Décret prévoyant la formule de calcul déterminant le montant des exonérations à Saint-Barthélemy et Saint-Martin sur les plages de rémunération où celles-ci sont dégressives	Décret n° 2019-199 du 15 mars 2019 relatif à l'exonération de cotisations sociales applicable aux employeurs implantés en outre-mer
		Décret fixant la valeur maximale du taux de l'exonération à Saint-Barthélemy et Saint-Martin	
		Décret fixant le barème dégressif de l'exonération, pour les employeurs relevant du régime de protection sociale des professions agricoles, pour les travailleurs occasionnels qu'ils emploient	Décret n° 2018-1357 du 28 décembre 2018 relatif aux modalités d'application de certains dispositifs d'exonérations ciblées de cotisations sociales
		Plafond au-dessous duquel l'apprenti est exonéré de la totalité des cotisations salariales d'origine légale et conventionnelle pour la part de sa rémunération inférieure ou égale à celui-ci	
Remise d'un rapport avant le 30 juin 2019, indiquant les conséquences de la modification du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi pour les entreprises individuelles imposées sur le revenu	Rapport non remis au Parlement		



Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication <sup>(*)</sup>
9	Mesures exceptionnelles sur la procédure de recouvrement des cotisations à Saint-Barthélemy et Saint-Martin	Arrêté fixant le modèle de demande d'abandon de créances de prélèvements sociaux	Arrêté du 26 avril 2019 fixant le modèle de demande d'abandon de créances de cotisations et contributions sociales pour les cotisants d'outre-mer de Saint-Barthélemy et Saint-Martin et ayant subi une baisse de leur chiffre d'affaires à la suite des événements climatiques exceptionnels survenus entre le 5 et le 7 septembre 2017
10	Prolongation de la durée de l'exonération ACCRE pour les exploitants relevant du micro-bénéfice agricole	Aucun	-
11	Convergence de la fiscalité applicable au rhum ultra-marin	Aucun	-
12	Rendre plus équitable la cotisation subsidiaire d'assurance maladie	Décret fixant le niveau de l'abattement dont fait l'objet l'assiette de la cotisation annuelle dont les personnes résidant en France sont redevables selon certaines conditions au titre de la protection universelle maladie	Décret n° 2019-349 du 23 avril 2019 relatif aux modalités de calcul de la cotisation prévue à l'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale
Décret fixant le montant maximal de l'assiette, avant application de l'abattement			
Décret fixant le taux de la cotisation subsidiaire maladie			
13	Demande de rapport relatif à l'assujettissement aux cotisations des professionnels saisonniers ou des retraités	Remise d'un rapport avant le 1 <sup>er</sup> juin 2019	Rapport non remis au Parlement
14	Atténuation du franchissement du seuil d'assujettissement de la CSG au taux normal sur les revenus de remplacement	Aucun	-
15	Exonération de taxe sur les salaires au profit de l'Établissement français du sang	Aucun	-
16	Forfait social sur l'épargne salariale	Aucun	-
17	Sécurisation de la participation des organismes complémentaires santé au financement des nouveaux modes de rémunération	Aucun	-
18	Poursuivre la simplification de la déclaration et du recouvrement des cotisations	Décret fixant les conditions permettant d'exclure un employeur du dispositif de modulation des sanctions en cas de non-paiement	Décret n° 2019-198 du 15 mars 2019 relatif aux dispositifs simplifiés de déclaration et de recouvrement de cotisations et de contributions sociales
		Arrêté fixant les modalités de numérisation des pièces et documents reçus sur support papier	Arrêté du 23 mai 2019 fixant les modalités de numérisation des pièces et documents établis ou reçus sur support papier en application de l'article L. 243-16 du code de la sécurité sociale

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication <sup>(*)</sup>
19	Faculté de prolonger la période contradictoire lors d'un contrôle URSSAF	Aucun	-
20	Simplification de la procédure de dépôt des demandes de modifications mineures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments	<p>Décret en Conseil d'État fixant la liste des modifications mineures de type IA mentionnées au 2 de l'article 2 du règlement (CE) n° 1234/2008 de la Commission du 24 novembre 2008 qui ne sont pas subordonnées au paiement du droit d'enregistrement perçu au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie</p> <p>Décret relatif à l'aménagement du montant des droits applicables au titre des procédures d'autorisation de mise sur le marché</p>	<p>Décret n° 2019-388 du 30 avril 2019 relatif aux modifications mineures de type IA des termes d'une autorisation de mise sur le marché qui ne sont pas subordonnées au paiement du droit prévu à l'article 1635 <i>bis</i> AE du code général des impôts</p> <p>Décret n° 2019-389 du 30 avril 2019 pris pour l'application de l'article 1635 <i>bis</i> AE du code général des impôts relatif aux droits perçus à l'occasion de demandes déposées à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé</p>
21	Simplifier et homogénéiser les mécanismes de sauvegarde pour les produits de santé	Décret définissant les modalités de transmission par le CEPS à l'ACOSS du montant des remises	Décret n° 2019-458 du 15 mai 2019 relatif aux modalités de transmission des remises conventionnelles nécessaires aux calculs de la contribution mentionnée à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale
22	Clarification des modalités de calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants	Aucun	-
23	Modulation des sanctions	Décret en Conseil d'État déterminant les conditions dans lesquelles la dissimulation peut être considérée comme limitée	Publication envisagée en avril 2019
24	Rapport sur la fraude patronale	Remise d'un rapport avant le 23 mai 2019 (six mois à compter de l'entrée en vigueur de la loi)	Rapport non remis au Parlement
25	Mesure d'efficacité de la gestion financière des organismes de sécurité sociale	Pour les régimes obligatoires de sécurité sociale, décret fixant les cas dans lesquels l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également chargée de recouvrer directement des cotisations et des contributions	En attente de publication

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication <sup>(*)</sup>
26	Transfert de recettes entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale	Décret prévoyant les conditions de répartition du produit de la « CSG maladie » entre les différents régimes	Décret n° 2049-349 du 23 avril 2019 relatif aux modalités de calcul de la cotisation prévue à l'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale
		Décret prévoyant les modalités selon lesquelles les personnes titulaires des revenus de placement justifient de certaines conditions pour que l'établissement payeur ne prélève pas la CSG assise sur les revenus de placement	Décret n° 2019-633 du 24 juin 2019 relatif aux obligations fixées pour le bénéficiaire des dispositions prévues au 1 <sup>er</sup> de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale
		Décret prévoyant les modalités selon lesquelles la CSG assise sur les plus-values n'est pas due dès lors que les personnes titulaires de ces plus-values justifient de certaines conditions	
		Arrêté fixant la répartition entre les branches des régimes de base de l'équilibrage des comptes de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, au titre de sa nouvelle mission de prise en charge des contributions patronales d'assurance chômage, incluse dans l'assiette de l'allègement général	En attente de publication
27	Reprise par la CADES des déficits portés en trésorerie par l'ACOSS	Montants et dates des versements permettant la couverture par la Caisse d'amortissement de la dette sociale des déficits repris à compter de 2020	Publication envisagée en avril 2020
28	Affiliation des étudiants marins au régime général	Aucun	-
29	Exclusion des experts judiciaires collaborateurs occasionnels du service public de l'obligation d'affiliation au régime général	Aucun	-
30	Ratification d'ordonnances et précisions formelles	Aucun	-
31	Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe 5	Aucun	-
32	Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale	Aucun	-
33	Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général	Aucun	-

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication <sup>(*)</sup>
34	Objectif d'amortissement de la dette sociale, des prévisions de recettes du FRR et du FSV	Aucun	-
35	Listes et plafonds de trésorerie des régimes habilités à recourir à des ressources non permanentes	Aucun	-
36	Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)	Aucun	-
<b>Quatrième partie – Dispositions relatives aux dépenses pour l'exercice 2019</b>			
37	Extension du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé	Décret en Conseil d'État précisant les modalités de détermination et de mise en œuvre de la dotation complémentaire et de la pénalité financière, les catégories des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins recueillis annuellement par chaque établissement mentionné au premier alinéa du I et définissant les modalités de détermination des seuils minimaux de résultats requis pour certains indicateurs	Décret n° 2019-121 du 21 février 2019 portant modification de dispositions réglementaires du code de la sécurité sociale relatives à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
38	Financement forfaitaire de pathologies chroniques	Arrêté fixant la liste des pathologies chroniques	En attente de publication
39	Amplifier la portée du dispositif d'innovation du système de santé	Évolution du décret pris en application de l'article 51 de la LFSS pour 2018	Décret n° 2019-600 du 17 juin 2019 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé
40	Obligation d'élaborer un programme d'amélioration de la pertinence des soins en cas d'écart significatifs de pratiques constatés dans un établissement de santé	Aucun	-
41	Possibilité pour les établissements publics de santé de déroger au plafond du taux d'usure	Arrêté fixant les catégories d'emprunts concernés	Arrêté du 15 avril 2019 fixant les catégories d'emprunts concernés par la sécurisation des contrats de prêts structurés souscrits par les établissements publics de santé
42	Inclusion des communautés professionnelles territoriales de santé et des équipes de soins primaires dans le champ des accords-cadres	Aucun	-
43	Création d'un forfait expérimental de réorientation pour les urgences hospitalières	Décret en Conseil d'État précisant les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation, notamment les conditions de désignation des établissements retenus pour y participer ainsi que ses conditions d'évaluation en vue d'une éventuelle généralisation	Publication envisagée en mai 2019

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication <sup>(*)</sup>
44	Remboursement à l'assurance maladie des actes et séjours réalisés par des établissements non autorisés	Décret en Conseil d'État précisant les modalités de récupération des sommes indûment facturées par des établissements de santé au titre des activités pour lesquelles ils ne disposent pas d'autorisation	Décret n° 2019-719 du 8 juillet 2019 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé
45	<i>Inscription de l'éducation thérapeutique dans le champ des expérimentations</i>	Article censuré par le Conseil constitutionnel	
46	Financement par l'assurance maladie de l'école des hautes études en santé publique et du centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière	Décret fixant les conditions selon lesquelles la participation des organismes d'assurance maladie au financement de l'École des hautes études en santé publique est versée et répartie entre les régimes	Publication envisagée en juin 2019
47	Simplification de l'exercice libéral à titre accessoire pour les médecins remplaçants	Décret fixant le seuil au-dessus duquel les rémunérations issues de l'activité de remplacement des médecins exerçant leur activité à titre de remplacement ainsi que les étudiants en médecine remplissant les conditions prévues à l'article L. 4131-2 du code de la santé publique, peuvent opter pour un taux global et le calcul mensuel ou trimestriel de l'ensemble des cotisations et contributions sociales dont ils sont redevables	Publication envisagée en mars 2019
		Décret fixant le taux global de cotisation et les règles d'affectation des sommes versées entre les différents régimes ou branches concernés	Publication envisagée en mars 2019
48	Étendre l'objet des SISA aux pratiques avancées	Aucun	-
49	Renforcer l'usage du numérique et le partage d'information pour améliorer la qualité de la prise en charge	Décret en Conseil d'État définissant les fonctionnalités devant être fournies par les logiciels certifiés	Publication envisagée en juin 2019
50	Prescription dématérialisée des arrêts de travail et simplification des conditions d'accès au temps partiel thérapeutique	Décret en Conseil d'État fixant les modalités de calcul de l'indemnité journalière versée en cas de travail à temps partiel pour motif thérapeutique	Publication envisagée mai 2019
51	Une santé sans frais en optique, aides auditives et prothèses dentaires	Décret en Conseil d'État fixant les modalités d'application des dispositions relatives à la distribution des produits ou prestations appartenant aux classes à prise en charge renforcée	Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires
			Décret n° 2019-147 du 27 février 2019 relatif aux obligations des fabricants et distributeurs d'équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires et aux pénalités financières afférentes

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication <sup>(*)</sup>
51	Une santé sans frais en optique, aides auditives et prothèses dentaires	Arrêté fixant le tarif de responsabilité des produits et prestations n'appartenant pas aux classes à prise en charge renforcée	En attente de publication
		Arrêté fixant le contenu et la présentation du devis et de la note	En attente de publication
		Arrêté définissant les modalités et les conditions de mise en œuvre des examens médicaux et sur la prise en charge des soins consécutifs	Arrêté du 22 mars 2019 relatif aux conditions de prise en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale
52	Amélioration du recours aux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire santé	Décret déterminant le plafond de ressources ouvrant droit à une protection complémentaire en matière de santé sans acquitter de participation financière	Décret n° 2019-621 du 21 juin 2019 relatif à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale
		Décret en Conseil d'État fixant les conditions de bénéfice à titre personnel de la protection complémentaire des personnes dont les conditions de rattachement au foyer ont pris fin entre la dernière déclaration fiscale et la demande mentionnée à l'article L. 861-5	
		Décret en Conseil d'État fixant les modalités de notification et de recouvrement de la participation financière due par chaque assuré à l'organisme assurant sa protection complémentaire dans le cadre de la CMUc	Publication envisagée en mai 2019
		Décret en Conseil d'État déterminant le délai pendant lequel l'assuré qui n'a pas payé la participation financière pendant une durée déterminée peut s'acquitter du montant dû avant que le bénéfice de son droit à la protection complémentaire en matière de santé ne soit suspendu	Décret n° 2019-621 du 21 juin 2019 relatif à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication <sup>(*)</sup>
52	Amélioration du recours aux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire santé	Décret précisant les modalités de remboursement aux organismes gestionnaires des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses relevant de la CMUc	Décret n° 2019-623 du 21 juin 2019 relatif aux modalités de remboursement des dépenses engagées par les organismes gestionnaires pour la mise en œuvre de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale
		Arrêté constatant le montant revalorisé du plafond de ressources ouvrant droit à une protection complémentaire en matière de santé	Arrêté du 20 mars 2019 fixant le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé
		Arrêté fixant le montant de la participation financière due à l'organisme assurant la protection complémentaire par chaque personne bénéficiaire de la CMUc	Arrêté du 21 juin 2019 fixant les montants de la participation financière à la protection complémentaire en matière de santé et la majoration applicable aux organismes complémentaires au titre des frais de gestion
		Arrêté fixant le coefficient de majoration de la participation financière au titre des frais de gestion	
53	Exonération du ticket modérateur sur les soins de ville pour les personnes modestes à Mayotte	Aucun	-
54	Gestion et financement des dispositifs de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie	Aucun	-
55	Conditions d'ouverture dérogatoires au droit à pension d'invalidité pour les victimes d'actes de terrorisme	Aucun	-
56	Modification du calendrier des examens de santé obligatoire des jeunes de moins de 18 ans	Décret fixant la date d'entrée en vigueur des dispositions de l'article 56 de la présente loi au plus tard le 1 <sup>er</sup> mars 2019	Décret n° 2019-137 du 26 février 2019 relatif aux examens médicaux obligatoires de l'enfant et au contrôle de la vaccination obligatoire
57	Création d'un fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives	Arrêté fixant annuellement la liste des bénéficiaires des financements attribués par le fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives ainsi que les montants et la destination des sommes versées	En attente de publication
		Décret précisant les modalités d'application des dispositions de l'article L. 221-1-4 du code de la sécurité sociale relatives au fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives, créé au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie	Décret n° 2019-622 du 21 juin 2019 relatif au fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives
58	Rapport au Parlement sur les dépenses de prévention des addictions	Remise d'un rapport avant le 1 <sup>er</sup> juin 2019	Rapport non remis au Parlement

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication <sup>(*)</sup>
59	Généralisation de l'expérimentation portant sur la vaccination antigrippale par les pharmaciens	Arrêté fixant la liste des vaccinations concernées	Arrêté du 23 avril 2019 fixant la liste des vaccinations que les pharmaciens d'officine peuvent effectuer en application du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique
60	Soutien au développement de la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains	Décret en Conseil d'État précisant les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation et de son évaluation	Décret n° 2019-712 du 5 juillet 2019 relatif à l'expérimentation pour le développement de la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains
61	Soutien au développement de la vaccination des professionnels de santé contre la grippe	Décret en Conseil d'État précisant les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation et de son évaluation	Décret n° 2019-713 du 5 juillet 2019 relatif à l'expérimentation pour le développement de la vaccination contre la grippe saisonnière des professionnels de santé et des personnels soignants exerçant ou intervenant en établissements de santé et en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
62	Prise en charge de l'intervention précoce pour l'autisme et les troubles du neuro-développement	Décret en Conseil d'État fixant les conditions d'application des dispositions de l'article L. 2135-1 du code de la santé publique relatives à la prise en charge par l'assurance maladie du parcours de bilan et intervention précoce dans le cadre de l'accompagnement des enfants présentant un trouble du neuro-développement et pour la réalisation d'un diagnostic	Décret n° 2018-1297 du 28 décembre 2018 relatif au parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement
		Arrêté désignant les structures chargées d'organiser le parcours de bilan et d'intervention précoce	En attente de publication
		Arrêté définissant un contrat type entre les professionnels de santé et les structures désignées	Arrêté du 16 avril 2019 relatif au contrat type pour les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du code de la santé publique et les psychologues pris en application de l'article L. 2135-1 du code de la santé publique
63	Expérimentation d'un conventionnement entre les différentes autorités tarifaires des structures cofinancées afin d'organiser la délégation de la compétence tarifaire au profit de l'une d'entre elles	Aucun	-



Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication <sup>(*)</sup>
64	Accélérer la convergence tarifaire des forfaits soins des EHPAD	Décret prévoyant les conditions dans lesquelles le médecin coordonnateur peut lui-même réaliser des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, en cette qualité et en articulation avec le médecin traitant	Décret n° 2019-622 du 21 juin 2019 relatif au fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives
65	Renforcer l'accès précoce à certains produits de santé innovants, tout en assurant la pérennité du système de prise en charge	Décret en Conseil d'État précisant les conditions d'application du V de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale relatif à la compensation accordée à l'entreprise exploitant une spécialité pharmaceutique qui dispose d'une autorisation de mise sur le marché pour au moins l'une de ses indications	Publication envisagée en mars 2019
		Décret en Conseil d'État précisant les modalités d'application de l'article L. 162-16-5-1-1 du code de la sécurité sociale relatif à la prise en charge par l'assurance maladie dans certains établissements de santé des spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation temporaire d'utilisation	Publication envisagée en mars 2019
		Décret en Conseil d'État précisant les conditions et modalités selon lesquelles la prise en charge temporaire par l'assurance maladie de spécialités pharmaceutiques n'ayant pas fait l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation est décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de la commission spécialisée de la HAS	Publication envisagée en mars 2019
		Décret en Conseil d'État précisant les conditions dans lesquelles le Comité économique des produits de santé peut prononcer, en cas de manquement, une pénalité financière à l'encontre du laboratoire exploitant selon les modalités prévues aux onzième à avant-dernier alinéas de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale	Publication envisagée en mars 2019

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication <sup>(*)</sup>
65	Renforcer l'accès précoce à certains produits de santé innovants, tout en assurant la pérennité du système de prise en charge	Décret en Conseil d'État précisant les conditions de transmission au service du contrôle médical des informations relatives aux patients traités, au contexte de la prescription, aux indications dans lesquelles le produit de santé ou la prestation est prescrit et aux résultats ou effets de ces traitements	Publication envisagée en mai 2019
		Décret en Conseil d'État précisant les règles de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments homéopathiques relevant ou ayant vocation à relever de l'enregistrement prévu à l'article L. 5121-13 du code de la santé publique	Décret n° 2019-195 du 15 mars 2019 relatif aux conditions d'évaluation et de prise en charge par l'assurance maladie de médicaments homéopathiques
		Décret en Conseil d'État précisant les conditions et modalités selon lesquelles certains produits et prestations pour lesquels, pour une indication particulière, une inscription sur la liste des produits et prestations remboursables est demandée et est en cours d'instruction, peuvent faire l'objet d'une prise en charge temporaire par l'assurance maladie	Publication envisagée en mars 2019
		Arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précisant les produits de santé et prestations associées et les informations pouvant être subordonnés au recueil et à la transmission d'informations relatives aux patients traités	Arrêté du 16 juillet 2019 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux
66	Favoriser le recours aux médicaments génériques et biosimilaires	Décret en Conseil d'État relatif aux conditions d'élaboration du registre des groupes de spécialités hybrides, notamment les modalités d'inscription des spécialités dans les groupes hybrides correspondants ou de radiation des spécialités de ces groupes par le directeur général de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé	Publication envisagée en mai 2019
		Arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixant la liste des classes de médicaments pouvant faire l'objet de groupes inscrits sur ce registre	En attente de publication

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication <sup>(*)</sup>
66	Favoriser le recours aux médicaments génériques et biosimilaires	<p>Arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, précisant les situations médicales dans lesquelles l'exclusion de la substitution peut être justifiée</p> <p>Arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dressant la liste des indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficacité des prescriptions et précisant, pour chaque indicateur, les modalités de calcul du montant de la dotation par établissement</p>	<p>En attente de publication</p> <p>Arrêtés du 19 mars et du 29 mai 2019 relatifs à l'efficacité et la pertinence de la prescription hospitalière de médicaments biologiques similaires délivrés en ville</p>
67	Encadrement de l'utilisation de certains médicaments innovants	Aucun	-
68	Ajustement exceptionnel de la revalorisation des prestations sociales	Aucun	-
69	Majoration du montant maximum du complément de mode de garde pour les familles au titre de l'enfant en situation de handicap	Aucun	-
70	Effets de l'abaissement de l'instruction obligatoire à 3 ans sur les prestations familiales	Décret fixant les conditions selon lesquelles le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant peut être versé directement à l'association ou à l'entreprise qui assure la garde de l'enfant, sur demande de la famille bénéficiaire et après accord de l'association ou de l'entreprise précitée	Publication envisagée au deuxième trimestre 2021
71	Harmonisation des modalités d'indemnisation du congé maternité	<p>Décret fixant les conditions selon lesquelles les assurées qui cessent leur activité pendant la durée minimale du congé maternité prévue à l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale bénéficient d'indemnités journalières forfaitaires</p> <p>Décret fixant les conditions selon lesquelles les assurées qui cessent leur activité pendant la durée minimale du congé maternité prévue à l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale et dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition in utero au diéthylstilbestrol bénéficient d'indemnités journalières forfaitaires</p>	<p>Décret n° 2019-591 du 14 juin 2019 relatif à l'amélioration de la protection maternité pour les exploitantes agricoles</p> <p>Publication envisagée en mars 2019</p>

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication <sup>(*)</sup>
72	Augmentation de la durée du congé de paternité en cas d'hospitalisation du nouveau-né	<p>Décret fixant la durée maximale de l'allocation de remplacement attribuée au père ou conjoint de la mère lorsque l'état de santé du nouveau-né nécessite son hospitalisation immédiate dans les conditions prévues à l'article L. 1225-35 du code du travail</p> <p>Décret fixant les modalités d'application des dispositions prévoyant le versement au père ou conjoint de la mère d'indemnités journalières lorsque l'état de santé du nouveau-né nécessite son hospitalisation immédiate</p> <p>Décret fixant la durée maximale du congé de paternité et d'accueil de l'enfant lorsque l'état de santé de l'enfant nécessite son hospitalisation immédiate après la naissance dans une unité de soins spécialisée</p> <p>Décret fixant la date à compter de laquelle s'appliquent les dispositions relatives à l'indemnisation des congés de paternité et d'accueil de l'enfant en cas d'hospitalisation immédiate du nouveau-né (au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2019)</p> <p>Arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale définissant une unité de soins spécialisée</p>	<p>Décret n° 2019-630 du 24 juin 2019 relatif à la création d'un congé de paternité en cas d'hospitalisation de l'enfant</p> <p>Arrêté du 24 juin 2019 fixant les unités de soins spécialisées visées par l'article L. 1225-35 du code du travail pour l'attribution du congé de paternité en cas d'hospitalisation immédiate de l'enfant</p>
73	Report du paiement des cotisations et contributions sociales des travailleuses indépendantes pendant leur congé de maternité	Aucun	-
74	Information des travailleuses indépendantes enceintes sur leur possibilité de bénéficier d'un report du paiement des cotisations et contributions sociales	Aucun	-
75	Expérimentation de la possibilité pour les travailleuses indépendantes de reprendre leur activité à temps partiel après huit semaines de congé de maternité	Remise d'un rapport au plus tard trois mois avant la fin de l'expérimentation	Rapport non remis au Parlement
76	Mesure en faveur des travailleurs indépendants (2/2) : convergence des règles en matière d'IJ vers le régime général	Décret fixant les conditions selon lesquelles les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 doivent justifier d'une période minimale d'affiliation ainsi que du paiement d'un montant minimal de cotisations pour bénéficier du règlement des prestations en espèces au titre de l'assurance maladie et maternité pendant une durée déterminée	Décret n° 2019-529 du 27 mai 2019 relatif à l'amélioration de la protection sociale au titre de la maladie et de la maternité des travailleurs indépendants

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication <sup>(*)</sup>
77	Amélioration du recouvrement de diverses sommes par les organismes de sécurité sociale	Décret fixant le délai d'opposition au-delà duquel l'indu peut être récupéré directement sur les prestations (régimes de base)	Publication envisagée en novembre 2019
		Décret fixant les autres modalités d'application en matière de récupération des indus (régimes de base)	Publication envisagée en novembre 2019
		Décret fixant le délai d'opposition au-delà duquel l'indu peut être récupéré directement sur les prestations (assurance vieillesse et invalidité)	Publication envisagée en novembre 2019
		Décret fixant les autres modalités d'application en matière de récupération des indus (assurance vieillesse et invalidité)	Publication envisagée en novembre 2019
		Décret fixant le taux de majoration en cas de fraude (prestations familiales)	Décret n° 2019-268 du 2 avril 2019 portant diverses mesures d'amélioration du recouvrement des indus par les organismes de sécurité sociale
		Décret fixant les autres modalités d'application en matière de récupération des indus (prestations familiales)	Publication envisagée en novembre 2019
		Décret fixant le délai d'opposition au-delà duquel l'indu peut être récupéré directement sur les prestations (allocation de solidarité pour les personnes âgées – ASPA)	Publication envisagée en novembre 2019
		Décret fixant les autres modalités d'application en matière de récupération des indus (ASPA)	Publication envisagée en novembre 2019
		Décret fixant les autres modalités d'application en matière de récupération des indus (allocations handicapés)	Publication envisagée en novembre 2019
		Décret fixant le taux de majoration en cas de fraude (allocations logement)	Décret n° 2019-268 du 2 avril 2019 portant diverses mesures d'amélioration du recouvrement des indus par les organismes de sécurité sociale
		Décret fixant les autres modalités d'application en matière de récupération des indus (allocations logement)	Publication envisagée en novembre 2019
		Décret fixant les autres modalités d'application en matière de récupération des indus (prime d'activité)	Publication envisagée en novembre 2019

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication <sup>(*)</sup>
77	Amélioration du recouvrement de diverses sommes par les organismes de sécurité sociale	Décret fixant le taux de majoration en cas de paiement en retard des organismes complémentaires	Décret n° 2019-268 du 2 avril 2019 portant diverses mesures d'amélioration du recouvrement des indus par les organismes de sécurité sociale
		Décret fixant les autres modalités d'application en matière de récupération des indus (RSA)	Publication envisagée en novembre 2019
		Décret fixant le taux de majoration en cas de fraude (APL)	Décret n° 2019-268 du 2 avril 2019 portant diverses mesures d'amélioration du recouvrement des indus par les organismes de sécurité sociale
		Décret fixant les autres modalités d'application en matière de récupération des indus (APL)	Publication envisagée en novembre 2019
		Décret fixant le taux de majoration en cas de fraude (prestations familiales à Mayotte)	Décret n° 2019-268 du 2 avril 2019 portant diverses mesures d'amélioration du recouvrement des indus par les organismes de sécurité sociale
		Décret fixant les autres modalités d'application en matière de récupération des indus (prestations familiales à Mayotte)	Publication envisagée en novembre 2019
		Décret fixant le taux de majoration en cas de fraude (allocations handicapés à Mayotte)	Décret n° 2019-268 du 2 avril 2019 portant diverses mesures d'amélioration du recouvrement des indus par les organismes de sécurité sociale
		Décret fixant les autres modalités d'application en matière de récupération des indus (allocations handicapés à Mayotte)	Publication envisagée en novembre 2019
78	Modernisation de la délivrance des prestations sociales	Décret fixant la liste des prestations sociales faisant l'objet d'une déclaration nominative mensuelle	Publication envisagée en mars 2019
		Décret désignant l'organisme destinataire de la déclaration nominative mensuelle des prestations sociales versées aux différents allocataires	Publication envisagée en mars 2019
		Décret en Conseil d'État définissant la liste des prestations sociales pour lesquelles les données issues de la déclaration sociale nominative sont conservées pendant la durée nécessaire à l'ouverture et au calcul des dites prestations	Publication envisagée en mars 2019

Numéros articles	Intitulé des articles	Actes d'application, rapports ou ordonnances appelés par le texte	Références des actes ou calendrier prévisionnel de publication <sup>(*)</sup>
		Décret fixant la date d'entrée en vigueur du dispositif prévu par l'article 78 de la présente loi, et au plus tard le 1 <sup>er</sup> janvier 2020	Publication envisagée en mars 2019
		Arrêté fixant les modalités de la déclaration sociale nominative par voie électronique	En attente de publication
79	Dotation de l'assurance maladie au FMESSP, à l'ONIAM et de la CNSA aux ARS	Aucun	—
80	Frais de consultation et expertises ordonnées par les juridictions compétentes à la charge de l'assurance maladie	Décret fixant les conditions dans lesquelles les frais exposés au titre des consultations et expertises ordonnées par les juridictions compétentes en application des articles L. 141-1 et L. 141-2 ainsi que dans le cadre des contentieux mentionnés aux 5 <sup>o</sup> et 6 <sup>o</sup> de l'article L. 142-2 peuvent être avancés par l'État ainsi que les conditions dans lesquelles ils sont, dans ce cas, remboursés à ce dernier par l'organisme mentionné à l'article L. 221-1	En attente de publication
		Arrêté déterminant les conditions dans lesquelles les dépenses acquittées par la Caisse nationale de l'assurance maladie en application du présent article sont réparties entre les organismes du régime général de sécurité sociale, du régime de la mutualité sociale agricole, des régimes spéciaux mentionnés au livre VII et les organismes institués par le livre VI	En attente de publication
81	Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité, maternité et décès	Aucun	—
82	ONDAM et sous-ONDAM	Aucun	—
83	Dotation au FIVA, au FCAATA et transfert compensation sous-déclaration AT-MP	Aucun	—
84	Report de deux ans de l'alignement des règles de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles de Mayotte sur la métropole	Aucun	—
85	Objectif de dépense de la branche AT-MP	Aucun	—
86	Objectif de dépense de la branche vieillesse	Aucun	—
87	Objectif de dépense de la branche famille	Aucun	—
88	Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)	Aucun	—

\* Selon l'échéancier de Légifrance s'agissant des décrets.





## **ANNEXE 2 : COMPTE RENDU DE LA RÉUNION DE LA COMMISSION DU 18 JUIN 2019 PORTANT SUR LES ARTICLES 26 ET 27 DE LA LFSS 2019**

*Dans le cadre du printemps social de l'évaluation sur le financement de la sécurité sociale (évaluation des articles 26 et 27 de la LFSS 2019), la commission entend Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice de la sécurité sociale, Mme Amélie Verdier, directrice du budget, et M. Christian Charpy, président de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS).*

Notre ordre du jour appelle la première de nos cinq réunions constituant le printemps social de l'évaluation.

Je voudrais tout d'abord remercier Olivier Véran, notre rapporteur général, d'avoir donné corps, par une proposition concrète, au besoin que nous ressentions tous d'avoir un temps de réflexion sur le financement de la sécurité sociale moins bousculé que celui que nous imposent les délais constitutionnels à l'automne.

Je remercie également les membres du bureau de la Commission d'avoir soutenu et enrichi cette démarche. Cet exercice est une première. À la différence de la Commission des finances, nous ne disposons pas d'une loi de règlement qui servirait de support à cette évaluation. Ce qui pourrait apparaître comme un handicap me semble, pour ce premier exercice, un atout.

Nous avons librement choisi les thèmes abordés dans les deux dernières lois de financement que nous souhaitions évaluer et donné à cette évaluation la forme très souple d'auditions ciblées. Il nous appartiendra à l'issue de l'exercice de cette année d'en tirer les enseignements, notamment dans la détermination du programme de contrôle de la Commission pour l'année à venir.

Je veillerai pour ma part, conformément à la décision de notre bureau, à ce que cet exercice ne tourne pas à l'exercice formel ou rituel mais conserve toute son efficacité. C'est dans ce même souci d'efficacité pour obtenir des réponses à nos questions que le bureau a approuvé l'organisation suivante : il n'y aura pas d'intervention liminaire de nos invités, le rapporteur général introduira le thème de l'audition et posera les premières questions. Les questions suivantes émaneront de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS). Interviendront ensuite les orateurs des groupes pour 2 minutes maximum. Enfin, les députés disposeront d'une minute pour poser leurs questions.

J'insiste auprès de chacun pour le respect de ces temps de parole et sur l'utilité de préciser chaque fois que possible à qui s'adresse cette question. Nous y gagnerons tous du temps et vous y gagnerez en précision des réponses. Je demande à nos invités, dans la mesure du possible, de répondre dans un temps à peu près équivalent à celui des questions. Je précise que s'il nous reste du temps, j'autoriserai les auteurs de questions à reprendre la parole s'ils le souhaitent en fin de débat.

Si tout le monde est d'accord sur ces règles du jeu, je vais sans plus attendre passer la parole à M. le rapporteur général.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Merci Madame la présidente. Merci aux personnes d'avoir accepté de venir pour ce printemps de l'évaluation. Je ne reprendrai pas ce qu'a dit la présidente, qui a absolument tout dit.

Dans cette table ronde, nous voulons aborder les questions adoptées dans le cadre des premiers budgets de la Sécurité sociale mais aussi celui des mesures d'urgence prises au cours de ce début de mandat de manière, d'une part, à mettre en lumière un certain nombre de points qui ont été tranchés et adoptés, et d'autre part à ouvrir un certain nombre de perspectives puisque, quand on fait de l'action publique, le lien entre la rétrospective et la prospective est indispensable. De manière à ne pas égrener une longue liste de questions et à favoriser l'interaction dans cette table ronde, je vous propose, Madame la présidente, de passer directement la parole aux collègues qui ont préparé des questions. Je me permettrai de demander la parole au cours de cette table ronde pour intervenir ou éventuellement demander quelques précisions. Merci.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Très bien. Nous allons commencer par la MECSS avec M. Lurton

**M. Gilles Lurton, coprésident de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale.** Merci Madame la présidente. En préalable, je voudrais formuler une observation en coordination avec ma collègue Annie Vidal, qui n'a pu être présente. En tant que coprésidents de la MECSS, nous aurions souhaité que la MECSS puisse pleinement s'investir dans ce travail d'évaluation et bénéficier à cette fin de plus de temps pour que chaque membre de la MECSS puisse trouver un article sur lequel il porte un intérêt particulier et venir avec un rapport précis. Cela nous paraîtrait plus normal que le fait que seuls les présidents de la MECSS puissent s'exprimer. Je tenais à le dire car il me paraît important d'investir la MECSS dans ce travail ; c'est sa fonction première.

Nous sommes, au début de nos travaux, sur l'article 26 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019, article 19 du PLFSS, dont l'objet principal est de compenser à la Sécurité sociale les pertes de recettes générées par une série de mesures nouvelles, ou qui produiront leur plein effet à partir de 2019 seulement. Parmi ces mesures de compensation, nous pouvons légitimement nous demander si certaines d'entre elles ont bien produit leurs effets. Dans l'affirmative, serait-il possible d'obtenir quelques précisions sur les trajectoires financières et sur les effets de compensation à mi-année sur les comptes de la Sécurité sociale ? Je pense à l'effet de la suppression des cotisations salariales d'assurance chômage et au renforcement des allègements généraux décidés en loi de finances de la Sécurité sociale pour 2018, qui conduisent à de nouvelles pertes de recettes pour la Sécurité sociale ainsi que pour l'Unédic, l'Agirc et l'Arcco. Je pense aussi à l'extension des allègements généraux, qui conduit à ajuster le mécanisme d'exonération spécifique, avec un impact sur les transferts financiers entre l'État et la Sécurité sociale. Je pense enfin aux conséquences du rapport du Gouvernement sur les relations financières entre l'État et la Sécurité sociale.

Sur tous ces points, Mesdames et Messieurs, je souhaiterais, alors que nous sommes à la moitié de l'application de la loi de finances pour la Sécurité sociale pour 2019, pouvoir bénéficier d'éléments suffisamment précis sur les trajectoires financières.

Je souhaite également revenir sur une question que j'ai posée au Gouvernement préalablement à l'examen de l'article 19 du PLFSS, devenu l'article 26 de la loi de financement de la Sécurité sociale. Cette question porte sur les conséquences de cet article sur la politique familiale de notre pays.

En effet, la lecture croisée de l'article 19 et de l'annexe B du PLFSS nous montre que la branche famille devient la variable d'ajustement qui permet la progression des dépenses de l'assurance maladie comme de l'assurance vieillesse. Ainsi, entre 2018 et 2021, vous avez prévu d'accroître les dépenses de l'assurance maladie, tous régimes confondus, de 6,8 %, celles de l'assurance vieillesse de 6,8 % et celles de la branche famille de seulement 1,8 % dans un contexte de redémarrage de l'inflation. Ce faisant, vous avez fait le choix de condamner toute initiative en matière de politique familiale. Cet appauvrissement de la politique familiale se traduit par votre proposition à l'article 19 du PLFSS d'assécher les recettes de la branche famille, notamment par le transfert du produit de la taxe sur les salaires au profit des branches maladie et vieillesse. Cette dynamique s'est enclenchée dès 2019, année au cours de laquelle vous avez prévu de ne plus compenser intégralement les pertes de recettes liées à la baisse des cotisations sociales des entreprises pour la branche famille. Je souhaiterais, à la moitié de l'exercice 2019, que vous puissiez nous confirmer ou infirmer, chiffres à l'appui, que la branche famille a été la principale victime de cette politique, assumée d'ailleurs par Mme la ministre des Solidarités et de la Santé. Je vous remercie.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Merci. Avant de passer la parole aux orateurs des groupes, Monsieur Lurton, je voulais vous dire que le sujet du printemps de l'évaluation a été abordé dès le début de l'année. Je regrette comme vous que la MECSS n'ait pas pu mettre ce temps à profit pour nous proposer des thèmes d'évaluation pour cette année mais je ne doute pas que nous trouverons un meilleur procédé pour l'année prochaine. Mme Fiona Lazaar, pour le groupe La République en Marche.

**Mme Fiona Lazaar.** Depuis le début du quinquennat, le Gouvernement a engagé des efforts ambitieux pour rétablir les comptes de la Sécurité sociale et permettre à terme un retour à l'équilibre. C'est ainsi que nous avons présenté à l'automne dernier, après 18 années consécutives de déficit, un budget à l'équilibre. Ce budget de responsabilité nous permet de répondre avec ambition aux attentes de nos concitoyens et notamment celle de l'accès aux soins. Nous avons ainsi voté une augmentation de crédit de 300 millions d'euros pour l'hôpital et validé une progression de 2,5 % de l'ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance maladie), c'est-à-dire l'enveloppe budgétaire allouée aux soins de nos concitoyens. C'est la plus forte progression depuis six ans et nous pouvons en être fiers.

Nous avons également poursuivi notre action pour que le travail paie davantage avec la désocialisation des heures supplémentaires, c'est-à-dire la suppression des cotisations sociales pour le salarié sur ses heures travaillées. Cette mesure vise à récompenser plus justement les efforts de cette France qui se lève tôt, qui travaille dur et qui pourtant n'arrive pas toujours à joindre les deux bouts. Elle permet à 9 millions de Français de toucher 11 % de plus par heure supplémentaire pour un gain de pouvoir d'achat moyen de 200 euros par an. Nos projections initiales prévoyaient, du fait de cette mesure, un manque à gagner de 643 millions d'euros pour la Sécurité sociale en 2019, dont la non-compensation par l'État était motivée par les perspectives d'excédent budgétaire sur les comptes sociaux. La crise sociale majeure que nous avons traversée en fin d'année nous a conduits à adopter des mesures d'urgence et à anticiper l'application de cette exonération, initialement envisagée au 1<sup>er</sup> septembre 2019. Ainsi, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, tous ceux qui font des heures supplémentaires en bénéficient. C'est concret et indiqué sur la fiche de paie chaque mois.

Je voudrais donc vous interroger aujourd'hui, alors que nous sommes à mi-parcours de l'exercice budgétaire 2019, sur l'impact de cette exonération. Êtes-vous en mesure de nous apporter des précisions sur le nombre d'heures supplémentaires exonérées depuis le début de l'année, le nombre de travailleurs bénéficiaires et le gain moyen de pouvoir

d'achat ? Enfin, pouvez-vous nous détailler les perspectives budgétaires dessinées sur 2019 par cette mesure ? Cet éclairage me paraît important pour alimenter le débat sur les relations financières entre l'État et la Sécurité sociale, sur lequel nous aurons l'occasion de revenir avec la ministre demain.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Merci. M. Cherpion pour Les Républicains.

**M. Gérard Cherpion.** Merci Madame la présidente. Les deux vertus du PLFSS 2019 étaient le retour à l'équilibre de la Sécurité sociale (régime de base et solidarité vieillesse) et la confirmation de l'apurement de la totalité de la dette sociale en 2024. Or, selon le rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, le déficit pourrait atteindre 1,7 milliard. Cette situation s'explique du fait de la dégradation de la conjoncture. Ce déficit pourrait même atteindre 4,4 milliards si le Gouvernement ne compense pas les mesures d'urgence prises fin 2018. Quelles mesures le Gouvernement va-t-il prendre pour respecter la trajectoire du retour à l'équilibre de la Sécurité sociale ? D'ailleurs, le Haut Conseil du financement de la protection sociale indiquait dès le mois de mars la persistance ou la pérennité de ce déficit. Concernant l'article 27, le maintien de la suppression de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) figurant à cet article sera-t-il maintenu, compte tenu des éléments que je viens d'évoquer ?

Mon autre question est relative à la CNSA. Pouvez-vous nous préciser les progrès réalisés dans la réduction des disparités territoriales dans l'octroi des aides individuelles ?

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Merci. Mme Justine Benin pour le MoDem.

**Mme Justine Benin.** Merci Madame la présidente. Monsieur le rapporteur général, Mesdames et Messieurs, chers collègues.

Dans la dernière loi de financement de la Sécurité sociale, nous avons acté le transfert de certaines recettes entre la Sécurité sociale et l'État ainsi qu'entre différents régimes de la Sécurité sociale. Cette nouvelle répartition des crédits avait pour objectif d'apporter à ces différents postes budgétaires une contrepartie d'équilibre suite à la réduction des cotisations d'assurance maladie de 6 points pour les salariés en dessous de 2,5 Smic, ainsi que la baisse des cotisations salariales sur l'assurance chômage. Le but de cette mesure était de concilier la perspective de retour à l'équilibre des comptes sociaux et la nécessité de répondre à la demande de pouvoir d'achat de nos concitoyens qui travaillent. À ce jour, cette simplification des relations financières entre la Sécurité sociale et l'État est-elle effective ? Quel enseignement pouvez-vous en tirer ? Par ailleurs, l'article 27 de la loi de finances prévoyait le transfert de 15 milliards d'euros de l'Acoss vers la Cades, notamment grâce à l'augmentation de la CSG. Étant donné que l'augmentation de la CSG a été annulée, pour partie au travers de la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales, ce transfert sera-t-il réalisé en totalité ou partiellement ?

Enfin, je souhaiterais profiter de votre présence ici pour vous interroger sur un problème spécifique à certaines caisses Outre-mer, notamment celle de la Guadeloupe, au sujet des difficultés de recouvrement des cotisations. En effet, 586 millions d'euros de prélèvements exigibles en 2017 restaient impayés à la fin mars 2018 pour les caisses de Guadeloupe, de Guyane et de Martinique. Ces retards de paiement concernent tous les types de cotisants (entreprises privées, travailleurs indépendants, professions libérales...) Aussi aurais-je aimé vous entendre à ce sujet afin de savoir quels sont les dispositifs ou les mesures

que vous pourriez préconiser de manière à améliorer le recouvrement des cotisations sociales des caisses de Sécurité sociale dans tous les territoires. Je vous remercie.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Merci. M. Joël Aviragnet pour les Socialistes.

**M. Joël Aviragnet.** Merci Madame la présidente. Nous avons voté à l'automne dernier un projet de loi de financement de la Sécurité sociale qui devait permettre à la France d'éradiquer le fameux « trou de la sécu ». Cette dette de notre Sécurité sociale, qui s'est formée en 2001, a connu un pic en 2010 après la crise économique et, depuis 2011 est en constante réduction. En 2018, le régime général de retour à l'équilibre était franchement encourageant, même s'il a suivi une décennie d'économies drastiques au sein de l'hôpital public. En effet, la première victime du désendettement de la Sécurité sociale est l'hôpital public, qui souffre de sous-financement chronique et d'un manque d'investissement notoire. C'est donc un retour à l'équilibre qu'il fallait nuancer au regard de la souffrance que connaît l'hôpital public ainsi que tous les fonctionnaires hospitaliers que nous n'oublions pas, surtout en ce moment.

Pour l'année 2019, le retour à l'équilibre est compromis. Comme l'ont rappelé plusieurs orateurs, le rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de juin 2019 explique clairement comment le déficit de la Sécurité Sociale repart à la hausse en raison de la conjoncture économique et des choix budgétaires du Gouvernement. On constate d'une part une croissance moins forte que prévue ainsi que la baisse de la masse salariale, qui a pour effet de réduire les cotisations sociales perçues par la Sécurité sociale, et d'autre part la suppression des cotisations sur les heures supplémentaires votées par cette majorité, qui a eu pour effet de couper les recettes vitales pour la Sécurité sociale. En outre, la « prime Macron », sans impôts ni charges, a pour effet de réduire ces recettes. Avec la transformation du CICE en baisse pérenne de cotisations, ces recettes sont là encore réduites.

Enfin, la non-compensation par l'État à la Sécurité sociale des différentes mesures d'exonération est certainement le problème le plus grave car avec sa politique libérale d'exonération de cotisations, le Gouvernement a souhaité faire financer les mesures de pouvoir d'achat par la Sécurité sociale alors qu'elles auraient dû être financées par le budget de l'État. Un enfant peut comprendre cela ; ce n'est pas aux hôpitaux de financer la « prime Macron » ni les cadeaux fiscaux aux entreprises que va faire le Gouvernement à l'avenir.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Merci. M. Paul Christophe pour l'UDI.

**M. Paul Christophe.** Merci Madame la présidente, Mesdames et Messieurs. Notre interrogation rejoint celle de nos collègues, témoignage de notre inquiétude commune. Après 18 ans de déficit, notre groupe ne pouvait que saluer le retour à l'équilibre des comptes sociaux prévu dans la dernière loi de financement de la Sécurité sociale, même si nous avons regretté la cure de rigueur demandée à l'hôpital et à l'industrie du médicament au détriment de notre capacité d'innovation en santé.

Ce retour des excédents constituait un gage de sérieux budgétaire et permettait de ne pas hypothéquer l'avenir de nos enfants. En particulier, nous pouvons entrevoir la résorption définitive de la dette léguée à la Cades et dégager des marges de manœuvre indispensables pour les grands chantiers de la dépendance ou des retraites.

Mais la crise sociale de grande ampleur appelait une réponse forte de la part du Gouvernement. Nous avons donc, en responsabilité, soutenu le projet de loi portant des mesures d'urgence économiques et sociales en décembre dernier. Nous avons cependant

regretté cette prise de conscience tardive de l'exécutif. Il aurait été plus sage de corriger le tir avant l'adoption du PLFSS, en particulier concernant l'augmentation de CSG pour les retraités modestes, plutôt que de voter à l'aveugle un budget de la Sécurité sociale dont la sincérité *in fine* est mise à mal.

Il est donc difficile aujourd'hui de distinguer avec clarté les perspectives financières concernant la gestion des comptes de la Sécurité sociale. Les interrogations sont nombreuses mais j'en aurai une plus particulière : il avait été prévu, peut-être un peu hâtivement, de mettre fin à la compensation obligatoire des pertes de recettes de la Sécurité sociale par l'État. Si les dépenses du projet de loi portant des mesures d'urgence économiques et sociales sont compensées par l'État à la Sécurité sociale, la conséquence, selon la Commission des comptes de la Sécurité sociale, serait un déficit de 1,7 milliard d'euros pour le régime général. En revanche, si comme le prévoit le programme de stabilité présenté par le Gouvernement en 2019, l'État n'apporte pas de compensation, le déficit atteindrait 4,4 milliards d'euros en 2019, ce qui effacerait quasi-complètement l'amélioration enregistrée en 2018 et obérerait la trajectoire de retour à l'équilibre de la Sécurité sociale. Les prévisions financières pour la Sécurité sociale se situent donc entre - 1,7 et - 4,4 milliards. Compte tenu de cette projection pessimiste, ne serait-il pas sage de revenir sur cette décision ?

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Merci. M. Jean-Hugues Ratenon pour la France Insoumise.

**M. Jean-Hugues Ratenon.** Merci Madame la présidente, mes chers collègues. En Outre-mer comme dans toute la France, la Sécurité sociale souffre des recettes libérales que vous appliquez depuis le début de votre quinquennat. Je suis assez étonné par exemple que l'évaluation à laquelle nous nous livrons ne comporte pas d'évaluation précise de la baisse récurrente des cotisations sociales. Rappelons quand même que les cotisations sociales sont la base du financement de la Sécurité sociale. Ainsi, à chaque fois que le Gouvernement réalise des exonérations de ce type, le financement de la Sécurité sociale est réduit. Le Gouvernement creuse la dette volontairement et impose ensuite des réformes néfastes à notre santé en arguant que ces mesures sont nécessaires pour la bonne gestion des finances. C'est notamment pour cela que le Gouvernement a augmenté la CSG, y compris pour les retraités, avant de reculer face à la mobilisation de la population, qui a duré plusieurs mois. C'est ce qui se produit aujourd'hui : de nouvelles exonérations de cotisations vont creuser de fait la dette 2019.

Pour nous, la solution est simple : nous exigeons la justice sociale et fiscale. Il faut absolument faire payer les très grandes entreprises qui dégagent des milliards de bénéfices chaque année plutôt que tout faire reposer sur les plus modestes. Je vous remercie.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Merci. M. Pierre Dharréville pour le groupe GDR.

**M. Pierre Dharréville.** Merci Madame la présidente. La LFSS 2019, suite à celle de 2018, a opéré des choix en termes de financement de la Sécurité sociale qui ne sont pas anodins. Non seulement ils ont raté l'objectif annoncé par le Gouvernement de ramener à l'équilibre le budget mais en outre, ils participent à réformer sans le dire clairement le fonctionnement et la philosophie de la Sécurité sociale elle-même. En généralisant le recours à la désocialisation, le Gouvernement a réduit le financement de la Sécurité sociale par la cotisation ; il a voté un certain nombre de mesures qui se sont avérées insoutenables en rompant avec la loi Veil qui, depuis 1994, posait comme règle d'or que l'État doit compenser intégralement les dispositifs d'exonération. Non seulement l'État a creusé le

déficit, mais sur le fond il obère cette réforme du financement de la Sécurité sociale, qui nous fait passer d'un système de santé financé conjointement par les employeurs et les salariés et gérés par eux-mêmes à un système reposant sur le seul financement des salariés via la CSG, sous contrôle direct de l'État, avec un recours au déficit du budget de la Sécurité sociale. Cela ne manquera pas de justifier de nouvelles mesures d'économie drastiques à venir pour les hôpitaux ou les soins de ville par exemple. Or il existe d'autres ressources de financement permettant de dégager des marges de manœuvre pour financer, par exemple, le remboursement à 100 % des soins par la Sécurité sociale.

En septembre 2018, le Gouvernement avait annoncé un déficit au plus bas puis un retour à l'équilibre pour 2019. À cette fin, vous avez exigé depuis le début de ce quinquennat une cure d'austérité qui pèse d'abord sur les Français, notamment à travers les difficultés que connaît aujourd'hui l'hôpital public. Selon une synthèse de la Commission des comptes rendue publique le 11 juin, le déficit de la Sécurité sociale serait évalué entre 1,7 et 4,4 milliards d'euros pour 2019. Nous nous interrogeons : faut-il dès lors craindre de nouvelles mesures d'économies ? Avez-vous pris l'initiative ? Vous a-t-il été demandé de réfléchir à de nouvelles mesures d'économies pour le budget en cours et pour le budget à venir ? Merci.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Merci. Mme Jeanine Dubié pour Libertés et Territoires.

**Mme Jeanine Dubié.** Merci Madame la présidente, merci à vous, Mesdames et Messieurs. Nous nous étions interrogés, à l'occasion du dernier PLFSS, sur ces deux articles devenus les articles 26 et 27, qui portaient sur les conditions générales de l'équilibre financier de la Sécurité sociale et concernaient le transfert de recettes entre la Sécurité sociale et l'État. Il s'agissait de faire en sorte que toutes les nouvelles exonérations décidées au sein des administrations de Sécurité sociale sur ces recettes ne soient plus compensées par l'État. Cela a inquiété un grand nombre d'entre nous, d'autant plus que nous savons que l'État a remboursé en 2018 à la Sécurité sociale 51 milliards d'euros, soit quasiment 10 % des dépenses de l'ensemble des administrations de Sécurité sociale, ce qui est loin d'être négligeable.

La question se pose encore plus aujourd'hui étant donné que nous avons appris il y a quelques jours que le déficit de la Sécurité sociale, alors que les comptes avaient été annoncés à l'équilibre, devrait se creuser de façon assez conséquente en 2019 puisqu'il est évalué entre 1,7 et 4,4 milliards d'euros.

La question est donc de savoir si nos inquiétudes étaient fondées et nous aimerions avoir votre éclairage sur ce point.

Ma deuxième question porte sur le financement de la dépendance, sujet que nous allons aborder à l'automne. Le rapport de Dominique Libault a évoqué la possibilité de le financer au travers de la CRDS, puisque la dette et l'action de la Cades devraient se terminer en 2024. Pensez-vous honnêtement que c'est une bonne idée et que la dette sociale sera remboursée en 2024, étant donné qu'un rapport sénatorial dit le contraire ? Merci.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Merci. Je vais donc demander à chacune d'entre vous de répondre aux orateurs des groupes. Mme Lignot-Leloup.

**Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice de la Sécurité sociale.** Merci Madame la présidente et bonjour à tous. Je vais m'astreindre à répondre le plus précisément et le plus rapidement possible, comme l'a demandé la présidente.

Concernant la question de M. Lurton sur les relations financières entre l'État et la Sécurité sociale, les éléments du bilan de l'exécution 2018 ont été partagés lors de la réunion de la Commission des comptes de la Sécurité sociale du 11 juin dernier. Le principe de compensation des exonérations ciblées a été réaffirmé par le Gouvernement, avec la volonté de faire en sorte que les exonérations ciblées soient bien compensées par des crédits budgétaires et ainsi portées par les ministères à l'origine des décisions sur ces exonérations ciblées.

Par ailleurs, des flux financiers ont été mis en place, notamment pour affecter de la TVA à la Sécurité sociale pour compenser les exonérations générales.

Pour tracer un point de bilan sur 2018, l'état semestriel que nous allons vous transmettre ce mois-ci fait le point sur les relations financières État-Sécurité sociale à la fin décembre 2018. On constate dans ce bilan que la dette de l'État vis-à-vis de la Sécurité sociale a un peu progressé en 2018, à hauteur de 245 millions d'euros et s'élève à la fin 2018 à 851 millions d'euros, ce qui représente moins de 2 % des sommes qui donnent lieu à des échanges entre l'État et la Sécurité sociale. Le niveau de déficit entre l'État et la Sécurité sociale est un point d'attention que nous suivons. Les relations sont assainies en termes de prise en charge à la fois des dépenses par les caisses de Sécurité sociale pour le compte de l'État, notamment au titre des allocations logement, mais aussi en compensation des exonérations ciblées.

Votre deuxième question portait sur la situation de la branche famille. Les comptes montrent que cette situation se redresse. En 2018, la branche famille a renoué avec une situation d'excédent. Elle était en déficit pendant toutes les années précédentes et est repassée à un excédent de 0,5 milliard d'euros en 2018 (même situation d'excédent que pour l'ensemble du régime général). Dans les prévisions présentées par la Commission des comptes, il est prévu qu'en 2019, elle reste à un excédent de 0,8 milliard.

Mme Lazaar a posé une question sur l'impact des exonérations sur les heures supplémentaires. L'exonération sur le premier trimestre 2019 a d'ores et déjà bénéficié à 6,8 millions de salariés, ce qui représente environ 30 % des salariés qui pouvaient être éligibles à ces heures supplémentaires. Plus de 228 millions d'heures supplémentaires ont été exonérées, ce qui signifie, pour 33 heures supplémentaires par trimestre, un gain moyen pour les salariés de 517 euros pour le trimestre.

M. Cherpion a posé la question de la situation financière dégradée au vu de changements d'hypothèses économiques en 2019. Il faut rappeler que la situation de la Sécurité sociale en 2018 était très proche de la prévision de la LFSS d'un déficit d'1 milliard (en 2018, le déficit était de 1,2 milliard) et d'une maîtrise de l'évolution des dépenses. Pour la neuvième année consécutive, nous avons réussi à maintenir celles des dépenses d'assurance maladie à un taux de 2,2 % avec, en même temps, une réduction du déficit des établissements de santé.

Comme nous l'avons vu lors de la Commission des comptes, la situation en 2019 va être modifiée du fait du changement de contexte économique, ce qui conduit à un déficit évalué à 1,7 milliard. Le PLFSS 2020 contiendra des mesures permettant de rétablir une trajectoire de retour à l'équilibre de la Sécurité sociale, les ministres ont rappelé cet objectif. Il ne pourra pas être atteint en 2020, puisque le souhait est de ne pas avoir de mesures d'économie trop importantes et trop drastiques, mais de reprendre une trajectoire de retour à l'équilibre, certainement d'ici 2021, qui méritera d'être débattue et présentée lors du prochain PLFSS.



Concernant l'article 27 sur la Cades, les textes juridiques prévoient que, pour reprendre de la dette de la Sécurité sociale et la transférer à la Cades, il ne faut pas dégrader les comptes de la Sécurité sociale. Par rapport à la situation de la LFSS 2019, nous devons revenir sur cet article 27 lié à la Cades. Des recettes de la Sécurité sociale ne peuvent pas être affectées à la Cades en dégradant le solde de la Sécurité sociale. Dégrader les comptes de l'année pour reprendre les dettes ne serait pas une bonne administration, ni de bonne politique. Cela nous obligera à revenir sur cet article 27 concernant la Cades dans le prochain PLFSS.

Je ne peux pas répondre à la demande sur la baisse des disparités entre des concours versés par la CNSA, mais nous vous apporterons la réponse ultérieurement.

Mme Benin a posé une question sur l'article 27 à laquelle je viens de répondre par rapport à la Cades. L'enjeu principal sera de retrouver une trajectoire d'équilibre de la Sécurité sociale, à définir dans le prochain PLFSS.

Concernant la question de Mme Benin et de M. Ratenon sur le recouvrement des cotisations sociales au sein des caisses générales de Sécurité sociale, notamment en Guadeloupe, c'est un point que nous suivons attentivement, avec la mise en place des exonérations. Lors de la dernière LFSS, les exonérations Outre-mer ont donné lieu à des mesures d'adaptation pour que l'activité économique soit soutenue et que les employeurs s'acquittent de leurs cotisations. Cela fait partie des éléments que nous fixons comme objectifs aux caisses générales de Sécurité sociale, avec une attention particulière au recouvrement des cotisations sociales.

M. Aviragnet a soulevé le problème du retour à l'équilibre. Comme je le disais, notre objectif est de vous présenter, lors du prochain PLFSS, des mesures qui permettront de remettre la Sécurité sociale sur une trajectoire de retour à l'équilibre.

Étant donné que nous nous concentrons sur l'exécution et le bilan pour 2018, il faut rappeler qu'en 2018, la situation financière de l'hôpital public s'est améliorée, avec à la fois la tenue de l'ONDAM pour la neuvième année consécutive et la réduction du déficit des établissements de santé de près de 260 millions d'euros, ce qui montre des évolutions en termes d'adéquation et d'activité.

Il faut également souligner que des mesures ont été prises à la fois à la fin 2018 et lors de la campagne tarifaire 2019 afin que cette campagne soit plus favorable aux établissements de santé par rapport à ce qui est pratiqué depuis dix ans.

Pour répondre à la question de M. Dharréville sur la situation de la LFSS 2019, le contexte macroéconomique s'est dégradé. Des mesures prises en faveur du pouvoir d'achat à la fois des retraités et des salariés vont avoir un impact sur les finances publiques. En revanche, nous ne travaillons pas sur des mesures d'économies qui porteraient sur 2019 car la volonté de la loi MUES est d'avoir des mesures de soutien du pouvoir d'achat. Il n'est pas question, au travers d'un budget en cours, que les mesures reviennent dès 2019 sur ce que vous venez de voter et ce que nous venons de mettre en place, à la fois en termes de baisse du taux de CSG pour les retraités et de mesures en faveur des exonérations pour les heures supplémentaires ou de renforcement de la prime d'activité.

**Mme Amélie Verdier, directrice du budget.** Madame la présidente, Monsieur le rapporteur général, Mesdames et Messieurs, merci de votre invitation. Je vais essayer de répondre de manière concise et si vous me le permettez, Madame la présidente, peut-être pas

à tout mais plutôt en complément de ce que Mme Lignot-Leloup, directrice de la Sécurité sociale, a déjà pu énoncer.

Certains orateurs ayant posé la question, je voulais d'abord confirmer le fait que l'État compense intégralement les exonérations de charges sociales dites ciblées (il l'a fait par le passé et entend le faire à l'avenir), qui poursuivent un objectif de politique publique dans diverses matières. C'est un principe très important et constant dans nos préoccupations de suivi d'exécution du budget de l'État. Nous suivons en infra-annuel la dynamique du risque d'avoir un impact sur la dette entre l'État et la Sécurité sociale. Comme l'a dit Mathilde Lignot-Leloup, ce principe est confirmé et respecté. Nous vous transmettons l'état semestriel et l'évolution de ces masses. Une petite augmentation de ces compensations d'un peu plus de 200 millions d'euros s'est effectivement produite à fin 2018. J'insiste sur le fait que nous faisons au mieux de nos capacités de prévision sur des exonérations de charges sociales plus ou moins faciles à prévoir. Nous en tenons le compte de manière dynamique et pluriannuelle.

Je ne donnerai peut-être qu'un seul exemple, qui peut être intéressant pour la Commission : l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise, dispositif qui a été réformé puisqu'il s'applique depuis 2019 de manière générale aux créateurs d'entreprise. Initialement suivi par le RSI, il a été repris par l'Acosse et l'estimation de son coût a fait l'objet de nombreuses corrections d'une année sur l'autre. Plus de la moitié des explications de l'augmentation que nous avons observée de ce petit delta de dettes de l'État vis-à-vis de la Sécurité sociale restent très modérées. Notre but est qu'il soit honoré à 100 % mais nous devons faire face aux erreurs de prévision qui s'attachent à la dynamique de nos systèmes déclaratifs.

Vous nous avez invités à donner des réponses précises et chiffrées. Sans trop rentrer dans les détails, je vais vous redonner les sommes. Au titre de la compensation des exonérations ciblées, l'État a versé à la Sécurité sociale 6,3 milliards en 2018 et 6,5 milliards en 2017. Il est prévu en 2019 un chiffre à hauteur de 5 milliards d'euros. Cette baisse vient du fait de la composition de la bascule du CICE en allègement de charges et du fait qu'une partie de ces exonérations dites ciblées se font en quelque sorte rattraper par les exonérations générales. L'État continue bien sûr de compenser à la Sécurité sociale l'écart, qui est plus généreux que l'allègement général. Je ne doute pas que votre Commission ait suivi en détail le calcul, par exemple pour les travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi en matière agricole. À cet égard, notre suivi de ce qui se passe sur ces exonérations ciblées, qui n'ont d'ailleurs pas toujours le même profil que les allègements généraux, doit être très précis. Il est donc logique que dans le cadre de la bascule du CICE en allègement de charges, le montant de compensation par crédit budgétaire diminue, mais la Sécurité sociale s'y retrouve complètement du fait de la compensation intégrale par l'État des allègements généraux de charges.

Je tenais à indiquer que les recettes fiscales affectées à la Sécurité sociale ont progressé de 45 milliards d'euros entre 2017 et 2019 du fait d'une part de la hausse de 1,7 point de la CSG, et d'autre part de la transformation du CICE en réduction de cotisations patronales. Les flux financiers sont extrêmement importants et je voulais avant tout insister sur le fait qu'il n'y a aucune mise en cause du principe de compensation à 100 % des exonérations ciblées et de compensation intégrale, pour solde de tout compte du coût de la transformation du CICE en baisse de cotisations patronales.

Le fait que tous ces dispositifs d'exonération de charges ciblées aient été refondus suite à ce passage aux allègements généraux a entraîné globalement un surcoût de l'ordre de

400 millions d'euros, qui a été partagé entre l'État et la Sécurité sociale du fait des nouvelles règles de partage, sur lesquelles je reviendrai.

Je me permets, si vous m'en donnez l'autorisation, Madame la présidente, de vous dire un mot sur la situation du déficit de l'État. Je comprends parfaitement que ce n'est pas l'objet de cette Commission mais c'est simplement pour mettre certains éléments en regard.

Si nous nous en tenons à 2018, avant même la loi MUES et les mesures décidées post-gilets jaunes, suite aux engagements du Gouvernement, le déficit public s'est réduit en 2018 et la dette publique s'est stabilisée pour la première fois depuis très longtemps, plus de 15 ans. Pendant ce temps, le déficit de la Sécurité sociale a connu une amélioration. Dans le même temps, le déficit de l'État s'accroît aujourd'hui. C'est un choix de stratégie de finances publiques qui est aussi réalisé au bénéfice de la Sécurité sociale, de manière à rejoindre plus rapidement l'équilibre de la Sécurité sociale, qui finance des dépenses courantes. Je me dois aussi de dire devant votre Commission qu'il existe des dépenses courantes financées par le déficit du côté de l'État. La politique publique fait le choix de réduire globalement les déficits et, si vous me permettez ce raccourci, de commencer par la Sécurité sociale. La situation n'est pas celle qui présidait à la présentation du PLFSS en septembre 2018. Je trouve plus approprié pour ma part de parler de la dette car la dynamique est plus longue. Dans un contexte de stabilisation de la dette publique, la dette de l'État est passée en 2018 de 77 à 78,3 % du PIB. On constate un effort de la part de l'État.

Certains orateurs ont signalé que les décisions prises en décembre 2018 ont eu un impact sur les comptes de la Sécurité sociale. Factuellement, c'est tout à fait exact. Il faut également signaler qu'il y a eu un impact sur les comptes de l'État. La renonciation à la hausse de la fiscalité écologique a accru le déficit de l'État de 4 milliards d'euros en 2019. La hausse de la prime d'activité, mesure de soutien au pouvoir d'achat décidée dans l'urgence par le Gouvernement, a occasionné une ouverture de crédit supplémentaire de près de 3 milliards d'euros. Mon intention n'est pas de minimiser les efforts du côté de la Sécurité sociale, qui sont tout à fait réels, ni de dire que c'est mieux ou moins bien, mais de souligner que chacun a pris sa part.

L'un des orateurs a parlé de la contribution des grandes entreprises pour financer ces mesures. Dans le cadre du financement de la loi MUES et des décisions de décembre, le Gouvernement a décidé de décaler d'un an la trajectoire de réduction d'impôt sur les sociétés pour un montant d'1,8 milliard d'euros, mesure de financement portée par les grandes entreprises. Le Gouvernement a introduit, au moyen d'une loi spécifique, une taxe sur les GAFA, dont le rendement est estimé à 500 millions d'euros en année pleine, et s'est engagé à réduire les niches fiscales et sociales. Je sais à quel point votre Commission y est attachée. C'est un travail de longue haleine mais il participe des mesures de financement avancées.

La stratégie d'ensemble du Gouvernement pour réduire les déficits est portée par une croissance dynamique, elle-même soutenue par la baisse des prélèvements obligatoires accompagnée d'une maîtrise des dépenses publiques, de la Sécurité sociale et de l'État. Dans ce contexte, ainsi que les deux ministres l'ont rappelé lors de la récente Commission des comptes, le principe général de dynamique qui doit nous animer sur les processus est la confirmation de la compensation à 100 % par crédit budgétaire des exonérations ciblées, le financement à 100 % par l'État des allègements généraux pour solde de tout compte et, pour l'avenir, un principe dit de « chacun chez soi » pour plus de clarté concernant les recettes respectives de l'État et de la Sécurité sociale. Vous me permettez de citer le ministre Gérard Darmanin qui a souligné avec Agnès Buzyn combien ces mesures exceptionnelles devaient être financées par l'ensemble des sous-secteurs de nos comptes publics, et les mesures qui relèvent du champ des comptes sociaux, comme cela avait d'ailleurs été prévu au

PLFSS 2018, supportées par la Sécurité sociale, notamment s’agissant des heures supplémentaires. Ce principe dit du « chacun chez soi », proposé par le rapport rédigé par Christian Charpy ici présent et Julien Dubertret au bénéfice du Gouvernement, qui vous a été transmis et dont l’ensemble des ministres ont rappelé les vertus, revient à une responsabilisation plus claire sur le périmètre des recettes de chacun et une transparence énoncée à l’avance sur les règles appliquées.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** M. Charpy.

**M. Christian Charpy, président de la Commission des comptes de la sécurité sociale.** Merci Madame la présidente, Monsieur le rapporteur général, Mesdames et Messieurs les députés. N’étant pas dans l’activité opérationnelle comme la directrice du budget et la directrice de la Sécurité sociale, ma position est différente de celle de mes deux voisines. Mon rôle au sein de la Commission des comptes de la Sécurité sociale consiste à dresser un bilan en début d’année, en fin d’année ou à mi-parcours, de l’exécution des lois de financement de la Sécurité sociale.

J’aimerais insister rapidement sur trois points en réponse à ce qui a été dit.

Sur les compensations d’allègement de charges, la situation n’est pas fondamentalement nouvelle. Chaque année, certaines charges ne sont pas compensées par l’État, ce qui a été le cas dans le passé à deux reprises s’agissant du crédit d’impôt de la taxe sur les salaires, qui, systématiquement, n’a pas été compensé à hauteur de 400, 500 ou 600 millions d’euros.

La Commission des comptes de la Sécurité sociale, lorsqu’elle fait ses comptes, doit appliquer la loi telle qu’elle est aujourd’hui, c’est-à-dire le principe de compensation sauf disposition spécifique d’une loi de financement de la Sécurité sociale. Les allègements de charges supplémentaires décidés dans le cadre de la loi MUES n’ont pas fait l’objet d’une exécution spécifique en loi de financement de la Sécurité sociale. Ainsi, dans son compte tendanciel pour l’année 2019, la Commission des comptes considère ces charges comme étant compensées, d’où une recette fiscale indéterminée affectée aux caisses par ces allègements de charges. Les dispositions qui prévalaient au moment de la loi de financement pour 2019 étaient la règle du « chacun chez soi », proposition du Gouvernement dans le cadre de ce rapport remis au Parlement. J’ai clairement fait apparaître dans la Commission des comptes un chiffre théorique de déficit à 1,7 milliard et un autre à 4,4 milliards en l’absence de compensation de l’allègement de charges.

Deuxième élément sur ces allègements de charges : c’est une règle qui s’applique depuis la loi Veil de 1994. Elle a subi des ajustements à plusieurs reprises, en gros chaque année, et doit être revisitée de fait car on est obligé de compenser la règle de 1994 par des crédits budgétaires. Quand on opère autrement que par des crédits budgétaires, on est obligé de prendre une disposition en loi de financement. Il faudra revoir fondamentalement cette règle si on considère qu’elle n’est plus adaptée à la situation d’aujourd’hui. Quand l’écart de solde entre la Sécurité sociale et l’État, ou des administrations publiques et collectivités locales, est très significatif, la question des compensations doit être traitée. Ce qui importe fondamentalement est le solde public global, davantage que la répartition, d’autant plus que la répartition des soldes varie en fonction des transferts. Quand la Sécurité sociale était financée par les cotisations sociales à 95 %, ce qui était le cas dans les années 1992 à 1994, les choses étaient différentes. Lorsque plus de 60 milliards de recettes fiscales sont transférées de l’État à la Sécurité sociale, on ne peut plus dire qu’on est dans un financement à 100 % des cotisations sociales. Par conséquent, la question des allègements et de leur compensation se pose.

Le dernier élément sur lequel je voudrais insister concerne les soldes. Nous parlions des soldes entre l'État et la Sécurité sociale ; la question des soldes à l'intérieur des branches de la Sécurité sociale se pose également. Compte tenu de l'ampleur des changements d'affectation de recettes au cours des deux ou trois dernières années (par exemple lorsque les cotisations salariales maladie ont été supprimées et que la CSG a été affectée, et qu'il a fallu repasser les recettes à l'État, puis répartir à nouveau les recettes fiscales ou non fiscales entre les branches), la signification des soldes par branche est singulièrement atténuée. Il m'est parfois arrivé de dire qu'on mettait le déficit là où on voulait. Ce n'est pas exactement le cas mais en fonction des ressources fiscales affectées à telle ou telle branche, on aboutit à un excédent important, à un déficit important ou à l'équilibre.

Je réponds de ce point de vue à la question posée par M. Lurton. La branche Famille est à l'équilibre depuis deux ans et c'est aussi celle pour laquelle les dépenses et les recettes ont évolué le plus faiblement au cours des dernières années. Il faut se méfier des analyses par solde et par branche et regarder plus globalement, également au niveau de l'État, de la Sécurité sociale et des administrations publiques locales. Plus on procède à des allègements d'impôts supportés par l'État, qu'il s'agisse des charges sociales ou des impôts locaux, plus il est difficile de demander à l'État, sur le seul champ de ses dépenses, d'absorber la totalité de ces allègements d'impôts et des charges sociales. Soit il faut partager la charge des réductions d'impôts ou de charges, soit il faut réexaminer le partage des dépenses. À partir du moment où on réalise des allègements considérables de prélèvements obligatoires et que l'État les prend en charge tout seul, l'État ne peut pas sur son seul périmètre réduire les dépenses à due concurrence pour amener l'ensemble à l'équilibre.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Merci. M. le rapporteur.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Merci Madame la présidente. À ce stade, je voudrais me permettre une intervention un peu générale, à la fois pour être sûr de comprendre certaines choses que vous avez dites et revenir sur un certain nombre de points qui animent cette Commission à l'occasion de chaque PLFSS, et qui ne manqueront pas de l'animer lors du prochain PLFSS. Je voudrais également donner mon avis personnel sur certaines questions.

Sur la question des non-compensations, vous dites qu'il y a des compensations ciblées et qu'aucune entorse n'a été faite de ce point de vue.

Sur le dernier exercice du budget de la Sécurité sociale, sauf erreur de ma part, l'exonération sur les heures supplémentaires à hauteur de 600 millions d'euros, le forfait social à hauteur de 600 millions d'euros, le lissage des seuils de CSG à hauteur de 300 millions d'euros, le taux de cotisation des régimes spéciaux à hauteur de 400 millions d'euros, la taxe sur les farines à hauteur de 100 millions d'euros, l'exonération de CSG-CRDS pour les Français qui vivent dans un autre État membre de l'Union européenne à hauteur de 200 millions d'euros et le sous-calibrage d'une fraction de TVA décidé en cours de débat à hauteur de 300 millions, portent à 2,5 milliards d'euros les exonérations qui n'ont pas été compensées. Pour être parfaitement factuel, sur l'exercice qui nous occupe aujourd'hui, à moins d'une décision contraire dans le prochain PLFSS, une somme importante est en suspens, laquelle porte sur les mesures d'anticipation de l'application de la défiscalisation des heures supplémentaires à hauteur d'1,3 milliard d'euros, et sur le taux intermédiaire de la CSG qui pèserait 1,4 milliard d'euros, ce qui porterait le total des non-compensations à 5,2 milliards d'euros sur un seul exercice. Si je ne me trompe pas, la non-compensation serait de toute façon supérieure à la totalité du déficit prévisionnel de l'ensemble de la branche Sécurité sociale. La moitié de ces non-compensations ont fait

l'objet de débats et ont été votées en connaissance de cause. Ces questions feront partie du prochain débat.

Conceptuellement, on peut se poser la question de savoir si l'exonération des heures supplémentaires doit être supportée par la Sécurité sociale ou par l'État. En tant que mesure de pouvoir d'achat, cela relèverait davantage de l'État. Étant donné que le taux intermédiaire de CSG est une mesure structurelle de cotisation, on peut discuter de la participation la Sécurité sociale. Si le déficit prévisionnel peut être de l'ordre de 1,7 ou 4,4 milliards selon que des compensations soient appliquées ou non, on peut néanmoins conclure, même en tenant compte des remarques de M. Charpy, que la Sécurité sociale est plutôt bien gérée dans la mesure où on est quasiment à l'équilibre entre les cotisations et les prestations et que ce qui déséquilibre aujourd'hui le budget de la Sécurité sociale, ce sont des décisions externes à la gestion des comptes de la Sécurité sociale, qui sont des décisions qu'on ne conteste pas. Nous les avons votées, elles sont importantes pour le pouvoir d'achat des Français mais elles n'appellent pas nécessairement des mesures correctrices dans le champ de la Sécurité sociale car on ne peut pas demander des efforts à des personnes qui ont respecté la copie qu'on leur a donnée. C'est un point important.

Le deuxième aspect concerne la question des nouvelles dépenses sociales qui vont intervenir. Le Premier ministre l'a dit : nous allons bientôt être amenés à adopter un plan dépendance au mois de décembre prochain, qui va forcément engager de nouvelles dépenses sociales. Mme Lignot-Leloup a annoncé que nous allons revenir sur le remboursement par anticipation de la dette de l'Acoss. Nous n'allons pas rembourser une dette en creusant une autre dette, ce ne serait pas cohérent. Dont acte sur ce point.

Le point qui peut être discuté est la possibilité de revoir le tableau d'amortissement de la dette sociale en général, de 2024 à 2025 par exemple. Est-ce constitutionnellement envisageable, de manière à dégager des marges de manœuvre financières pour pouvoir engager de nouvelles dépenses sociales, sans avoir à trop se serrer la ceinture par ailleurs ? Je vous pose cette question car elle anime les membres de cette Commission.

Pour terminer, j'ai une autre question à laquelle je voudrais bien que vous puissiez répondre car elle fait suite à vos interventions. Sur les transferts État-Sécurité sociale, nous sommes certes dans le régime du « chacun chez soi », mais quand on a anticipé le fait que la Sécurité sociale aurait des excédents, la Commission a immédiatement voté pour donner tout ou partie de ces excédents à l'État au titre de la solidarité entre l'État et la Sécurité sociale. Là, on n'était pas dans le « chacun chez soi ». Dans la mesure où la situation est volatile, où on peut passer d'une situation prévisionnelle excédentaire à une situation déficitaire d'une année sur l'autre, vous-semble-t-il licite de continuer à considérer que les futurs excédents potentiels de la Sécurité sociale devraient être transférés, au moins pour moitié d'entre eux, à l'État, ou doit-on considérer qu'il faut donner davantage de lisibilité, surtout dans les perspectives de nouvelles dépenses sociales à venir ? Merci.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Mme Lignot-Leloup.

**Mme Mathilde Lignot-Leloup.** Merci Madame la présidente. Monsieur le rapporteur général, vous évoquiez d'abord la distinction entre ce qu'on a appelé les exonérations ciblées, qui sont compensées par des crédits budgétaires, et ce qu'on a appelé par ailleurs les mesures générales. La frontière n'est pas si claire et il faut être humble sur le partage entre les deux. Pour essayer de vous faire comprendre ce que sont les deux types de dispositifs et les différentes façons de les gérer, sachez que lorsque des allègements généraux de cotisations concernent l'ensemble des entreprises, ces allègements ont été compensés par des transferts de recettes fiscales par l'État. En revanche, les exonérations ciblées sont

compensées par des crédits budgétaires. Nous veillons à une compensation stricte de ces exonérations ciblées. Elles portent sur certains secteurs d'activité en particulier comme les travailleurs occasionnels et demandeurs d'emplois dans l'agriculture, les créateurs d'entreprise au travers du dispositif ACCRE...

Les baisses du taux de CSG relèvent davantage des de la baisse de prélèvements obligatoires mais ne sont pas des exonérations ciblées donnant lieu à des compensations. Les règles définies consistent à faire en sorte que la compensation s'applique strictement par crédit budgétaire, ce que nous suivons avec la directrice du budget. Nous veillons à ce que les crédits budgétaires soient bien calibrés pour compenser ces exonérations ciblées.

Par ailleurs, pour certains allègements ou baisses de prélèvements obligatoires, l'application de la règle du « chacun chez soi » a abouti, l'année dernière, dans un contexte de retour à l'équilibre de la Sécurité sociale, à ce que les baisses de prélèvements obligatoires dans le champ de la Sécurité sociale soient portées par la Sécurité sociale. C'est ce qui a notamment conduit, dans la LFSS pour 2019, à considérer que l'exonération sur les heures supplémentaires ne serait pas compensée lorsqu'elle s'appliquerait à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2019. C'est dans ce contexte que ces règles ont été définies. Entre des exonérations ciblées dans certains secteurs, compensées par des crédits budgétaires, et des baisses de prélèvements obligatoires qui doivent être portées par chacune des sphères, il y a une différence de nature.

Nous voyons, dans les comptes de la Sécurité sociale, qu'elle est bien gérée. En 2018, la situation est conforme à ce qui était prévu en termes de réduction du déficit. En 2019, ce qui joue d'abord est l'évolution du contexte macroéconomique global, qui conduit à un déficit de 1,7 milliard, là où on tablait sur un retour à l'équilibre dès 2019. Lors du prochain PLFSS aura lieu un débat sur les partages et la façon dont la Sécurité sociale assume des baisses de prélèvements obligatoires, mais les règles du « chacun chez soi » ont été appliquées lors de la dernière LFSS, notamment au travers du traitement des exonérations des cotisations sur les heures supplémentaires, pour lesquelles il a été fait le choix qu'elles soient supportées par la Sécurité sociale.

De la même façon, lorsque la Sécurité sociale fera des économies sur les niches dans le domaine social, ces économies permettront également de contribuer au redressement des comptes de la Sécurité sociale. Cette règle se présente de manière symétrique, avec une volonté de clarification des financements entre l'État et la Sécurité sociale. Des règles de clarification ont été fixées au travers de la baisse de petites taxes comme la taxe sur les farines. En revanche, la part de la TVA affectée par l'État a augmenté.

Pour répondre à votre question sur la Cades, il est prévu que celle-ci rembourse d'ici 2025 l'ensemble de la dette qui lui a été transférée depuis 1996. Dans les prévisions actuelles de contexte de taux des marchés financiers, il est prévu que la dette affectée à la Cades soit définitivement remboursée dès 2024 du fait des ressources et des recettes affectées. C'est une règle de niveau organique qui prévoit qu'on ne peut pas augmenter la durée de la Cades et que l'ensemble de la dette transférée à la Cades doit être remboursée d'ici 2025. Si on transfère plus de dette à la Cades, il faut lui allouer des ressources pour ne pas allonger sa durée de vie.

**Mme Amélie Verdier.** Sans esprit polémique, je dirai que les exonérations générales de charges sociales qui ont été mises en œuvre par plusieurs gouvernements successifs ont eu un effet sur la dynamique de la croissance et la masse salariale, pointé par des rapports de la Cour des comptes. Cette politique a donc un certain effet, faute de quoi elle n'aurait pas été conduite par des gouvernements successifs.

Je confirme ce qui a été dit sur la différence avec les exonérations dites ciblées, pour lesquelles des objectifs de politique publique justifient un système dérogatoire plus favorable par rapport à la règle générale, avec des objectifs assignés à ces politiques qui sont décrits dans les projet annuels de performance associés au projet de loi de finances et qui constituent également une manière transparente de dire pourquoi on considère qu'il est légitime d'avoir des régimes plus favorables. Ce sont des choix de l'État qui sont compensés. Pour le reste, il s'agit de politique générale de prélèvements obligatoires, selon la distinction formulée par Mathilde Lignot-Leloup.

Monsieur le rapporteur général, vous avez évoqué le sous-calibrage de la TVA en cours de débat. Je précise qu'il est effectivement lié au partage entre le coût des allègements généraux et la bascule des exonérations spécifiques. Comme il a été décidé en cours de débat de mettre en place un dispositif plus généreux que ce qui avait été imaginé dans les textes initiaux concernant certaines exonérations (notamment celles sur les TO-DE évoquées plus tôt et les exonérations Outre-mer), le mode de calcul a lui aussi été modifié par rapport aux montants compensés par crédit budgétaire, qui correspondent à la part des exonérations ciblées.

Enfin, je ne peux que souligner, sans chercher à vous inquiéter, que le déficit de l'État s'accroît. Chaque année, l'État doit aller chercher davantage sur les marchés pour financer sa dette. Tout ce qui serait compensé à la Sécurité sociale sur tel ou tel sujet le serait par l'État. La trajectoire de finances publiques est notre objectif commun et repose sur des règles que nous souhaitons les plus claires possibles sur la répartition respective. Nous entendons bien, Monsieur le rapporteur général, qu'il faut sans doute encore que nous progressions dans la pédagogie de ce que nous considérons comme des cotisations ciblées ou pas mais personnellement, je pense qu'il est très important d'être au clair sur ces règles de partage pour éviter de passer du temps à essayer d'imputer la bonne ou la mauvaise gestion. Nous essayons de bien gérer la Sécurité sociale comme le budget de l'État.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Monsieur le rapporteur général, vous vouliez ajouter quelque chose.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Merci Madame la présidente. C'est un nouvel exercice, et nous avons parfois envie de vous interpeller au débotté.

Sur la Cades, vous avez dit que vous étiez partis pour la rembourser en 2024 mais que vous deviez la rembourser en 2025 dans les textes. Nous sommes partis pour la rembourser plus vite que prévu, et sachant que nous pouvons la rembourser à hauteur de 15 ou 16 milliards d'euros par an, pour dégager des marges de manœuvre dans le cas de nouvelles dépenses sociales, ne pourrions-nous pas revenir dans les clous de 2025 sans passer par la loi organique ? Ce n'est pas parce que c'est organique qu'on ne peut pas le changer. Nous sommes législateurs et par définition, nous avons la possibilité de décaler les choses par des textes législatifs. Ma question portait plutôt sur la constitutionnalité et non pas sur le fait de savoir si c'était une loi organique.

**Mme Mathilde Lignot-Leloup.** L'obligation de la loi organique est que l'ensemble de la dette liée à la Cades soit remboursée d'ici 2025. Nous avons déjà remboursé 60 % de la dette. Dans l'état actuel des prévisions, qui font l'objet de suivis réguliers par la Cades de la situation des marchés financiers et du dynamisme des recettes affectées à celle-ci, l'ensemble de cette dette serait remboursée au cours de l'année 2024. Votre question comprend une double question : du fait de cette marge potentielle, pourrions-nous transférer plus de dette à la Cades sans changer ses recettes, donc en respectant l'obligation de la loi organique qui est de rembourser d'ici à 2025 ? Il est difficile aujourd'hui, en 2019, de dire



que nous disposons de suffisamment de marge de sécurité par rapport à ce qui est prévu compte tenu de l'évolution potentielle du dynamisme des recettes affectées à la Cades et de la situation des marchés financiers. Ce que je peux dire, c'est qu'aujourd'hui, la Cades prévoit que la somme totale soit remboursée autour du premier semestre 2024. Nous ne pouvons pas prendre de risque par rapport à l'obligation de rembourser d'ici 2025, obligation de la loi organique, qui a prévu que nous n'aurions pas le droit de repousser la date.

Vous avez ensuite demandé si cela permettrait des marges de manœuvre pour financer des dépenses nouvelles. Cela impliquerait de retirer des recettes aujourd'hui affectées à la Cades pour pouvoir les utiliser à d'autres finalités et dépenses. Cela pose la même question : il faut bien respecter l'adéquation entre les recettes affectées à la Cades et la possibilité de rembourser d'ici 2025. À l'heure actuelle, nous ne pouvons pas dire que nous disposons de suffisamment de marge parmi les recettes affectées à la Cades pour en retirer.

**Mme Amélie Verdier.** J'ai une petite précision, compliquée mais importante, sur la notion de marge de manœuvre. Aujourd'hui, une partie des recettes versées à la Cades sert à rembourser une dette. Par conséquent, elles ne sont pas en face d'une dépense sociale courante de l'année mais couvrent des dépenses passées, donc une dette. Dans l'univers théorique de 2024 ou 2025, si une recette aujourd'hui versée à la Cades, ne finançant pas une dépense mais permettant de rembourser une dette, était utilisée le jour où elle n'aurait plus lieu d'être à la Cades pour financer une nouvelle dépense, cela entraînera plus de dépenses. En tant que tel, c'est une augmentation de dépenses et cela a un impact négatif sur le solde public puisque cette recette rembourse aujourd'hui la dette et n'est donc pas une dépense.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Merci. Mme Isabelle Valentin pour Les Républicains.

**Mme Isabelle Valentin.** Merci Madame la présidente. Avec les articles 26 et 27 de la loi de financement de la Sécurité sociale, les comptes sociaux auraient dû être à l'équilibre cette année. Plusieurs nouvelles pertes de recettes ne sont à ce jour pas financées, comme l'exonération de cotisations salariales des heures supplémentaires et l'atténuation des effets de franchissement du seuil d'assujettissement des pensions au taux normal de la CSG, qui s'élève à 2 milliards d'euros.

La suppression du forfait social ne semble toujours pas faire l'objet d'une quelconque compensation structurelle de la part de l'État. En effet, selon le rapport annuel de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, son déficit se creusera cette année. Plus précisément, ce rapport met en évidence une forte incertitude sur la suppression de la hausse de la CSG pour les retraités dont le revenu fiscal est inférieur à 2 000 euros, dont le coût est estimé à un 1,5 milliard d'euros.

Dès lors, pensez-vous que ces pertes de recettes seront de fait compensées par une nouvelle hausse d'impôts ou laisseraient présager une réforme des retraites visant à dégager des marges de manœuvre budgétaires à court terme, le crédit budgétaire de l'État n'étant pas une source de financement mais bien un crédit qui fait augmenter le déficit de l'État ?

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Merci. M. Marc Delatte pour La République en Marche.

**M. Marc Delatte.** Merci Madame la présidente. Ma question portera sur le financement de la psychiatrie, qui a toujours été le parent pauvre de la médecine en France. On peut relever le paradoxe, quand beaucoup de Français sont consommateurs de psychotropes, d'antidépresseurs et de 150 millions de boîtes prescrites par an. Pouvez-vous

nous apporter des précisions sur la politique tarifaire actuelle et à venir et la refonte des modalités de financement de la psychiatrie afin notamment de réduire l'iniquité entre les établissements, et les inégalités territoriales et de renforcer l'accompagnement des patients ?  
Merci.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Merci. Mme Agnès Firmin-Le Bodo pour l'UDI.

**Mme Agnès Firmin-Le Bodo.** Merci Madame la présidente. Nous sommes bien au printemps de l'évaluation ; mon collègue Olivier Véran a parlé de perspectives. Si j'essaie de lire entre les lignes ce que vous racontez, j'ai bien peur que le PLFSS 2020 soit assez compliqué et que nous n'ayons pas de marge de manœuvre pour la loi Libault. C'est juste une lecture de ce que j'entends et de ce que je crois comprendre.

J'ai participé à la réunion de la MECSS la semaine dernière et je crois que les acteurs de santé sont inquiets face aux mesures prises. Nous les avons votées et assumées. Certes, l'État a pris sa part mais nous aurions aimé qu'il prenne toute sa part sur ces mesures et les fasse moins porter aux acteurs de santé, qui ont déjà respecté les objectifs qu'on leur avait fixés. Par conséquent, j'ai quelques craintes pour le prochain PLFSS et pour le projet suite au rapport Libault.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Merci. Qui veut répondre à ces trois interventions ?

**Mme Mathilde Lignot-Leloup.** Concernant les mesures préparées suite au rapport de Dominique Libault sur le grand âge et l'autonomie, nous y travaillons. L'objectif est de faire en sorte que certaines mesures auront vocation à figurer dans le prochain PLFSS, notamment celles qui concernent les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les services de soins à domicile ; d'autres ont vocation à être intégrées au projet de loi sur le grand âge et l'autonomie qui interviendra à la fin de cette année.

Concernant la question de M. Delatte, la ministre est très attentive au financement de la psychiatrie. Des mesures ont déjà été prises pour réduire les écarts de dotation pour le financement de la psychiatrie et font partie des réflexions sur les réformes du financement du système de santé, avec le rapport qui a été remis à la ministre par Jean-Marc Aubert. Ces sujets sont étudiés en vue d'une évolution des modes de financement de la psychiatrie à l'horizon 2022.

Mme Valentin a évoqué la réforme des retraites. Nous y travaillons sous l'égide du Haut-Commissaire, qui remettra son rapport en juillet prochain, sur un système universel de retraite qui donnera plus de lisibilité et de confiance dans la pérennité d'un système de retraite et permettra de tracer des perspectives sur un horizon plus lointain, à partir de 2025.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Merci. Nous allons poursuivre avec les autres questions. Mme Monique Limon pour La République en Marche.

**Mme Monique Limon.** Merci Madame la présidente. Je tiens à souligner que cette question a été préparée par ma collègue Claire Pitollat. Elle concerne le financement du virage ambulatoire et plus précisément le développement du lien entre l'hôpital et la médecine de ville. L'actualité de la santé nous rappelle de manière brûlante une tendance continue depuis plusieurs années, celle de l'engorgement des services d'urgence dans les hôpitaux et montre la nécessité d'amplifier ce virage.

La santé est une politique publique de première importance, prioritaire aux yeux des Français et donc un enjeu politique fort. Les manifestations de ces derniers mois et le Grand débat national n'ont pas dit autre chose et font émerger une demande de proximité de l'action publique ; nos politiques publiques doivent aller dans ce sens. En matière de santé publique, cela passe par le développement du virage ambulatoire. Dans ce contexte, pouvez-vous nous préciser la mise en œuvre et le financement de cette politique, notamment au travers de la stratégie Ma santé 2022, pour reconquérir des territoires trop peu dotés et, ce, depuis trop longtemps ? Je vous remercie.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Merci. M. Grelier pour Les Républicains.

**M. Jean-Carles Grelier.** Merci Madame la présidente. Merci Mesdames les directrices, Monsieur le président. À vous écouter, une question me vient. Notre système de santé est à bout de souffle à la ville comme à l'hôpital. Nous avons la certitude que la demande en santé ne va cesser de croître dans les années qui viennent et vous continuez de nous tenir le discours de l'entonnoir budgétaire dans lequel on enferme notre système de santé depuis 25 ans. Combien de temps pensez-vous que cela risque de tenir ? Comment faire passer ce message aux patients et aux professionnels de santé, qui n'en peuvent plus d'attendre ? Comment expliquez-vous aujourd'hui la pertinence d'une politique avec les yeux rivés sur les comptes quand il s'agit de la seule politique publique à laquelle on impose ce type de traitement ? Je n'ai pas souvenir que l'on nous évoque à la fin d'une année budgétaire la part du déficit de l'État imputable à l'Éducation nationale, alors que les comptes de la Sécurité sociale sont devenus une sorte d'obsession administrative et politique.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Mme Delphine Bagarry pour La République en Marche.

**Mme Delphine Bagarry.** Je voulais revenir sur ce qu'on a voté dans la loi de financement de la Sécurité sociale en 2018 et la substitution d'une partie des cotisations par l'impôt avec la suppression de la part des cotisations sociales et l'exonération du paiement des contributions d'assurance chômage, en contrepartie de la hausse de la CSG. Les partenaires sociaux y voient une volonté de l'État pour prendre la main sur la politique sociale et il me semble intéressant de vous entendre sur cette inquiétude exprimée.

D'autre part, j'ai une question un peu naïve. Quelle est la nature des discussions et des relations que vous entretenez entre administrations ? Vous rencontrez-vous de temps en temps, régulièrement ou travaillez-vous en silo ?

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Pour terminer, Mme Audrey Dufeu Schubert. Vous pourrez reprendre la parole ensuite si vous le souhaitez.

**Mme Audrey Dufeu Schubert.** Merci Madame la présidente.

Je voulais revenir sur le dernier rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, où il est souligné que l'équilibre des comptes dépend de trois éléments : l'équilibre de la fiscalité du capital, les recettes du tabac et la remise pharmaceutique.

Ma question comporte deux éléments. Premièrement, comment anticipez-vous la diminution des recettes du tabac étant donné qu'il y a de moins en moins de fumeurs ? Comment vos administrations prévoient-elles cela pour notre équilibre budgétaire ? Enfin, par rapport aux reprises pharmaceutiques, je voulais savoir si vous aviez évalué l'impact des

traitements onéreux, des traitements innovants qui atténueraient les remises pharmaceutiques réalisées dans l'équilibre budgétaire.

**Mme Mathilde Lignot-Leloup.** Sur l'évolution des recettes tabac, notre politique vise à réduire le nombre de fumeurs en augmentant le prix du paquet de cigarettes pour dissuader la consommation. L'augmentation du prix du tabac, malgré une baisse de la consommation, s'est traduite par un rendement supérieur des recettes tabac et 2018 a vu un peu plus de 160 millions d'euros supplémentaires de recettes tabac. Une baisse de 11 % en volume a bien eu lieu mais du fait de l'augmentation du prix, le rendement des recettes tabac a été supérieur. En même temps, sur les deux dernières années, le nombre de fumeurs a baissé de 1,6 million, ce qui permet d'atteindre cet objectif de réduction de la consommation de tabac en ayant un effet dissuasif, au travers notamment du prix du tabac. Nous poursuivons cette politique et nous constatons que, pour l'instant, les recettes tabac sont plutôt dynamiques et permettent de ne pas dégrader le compte de la Sécurité sociale.

J'en profite aussi pour dire que le tabac n'est pas une source de recettes pour la Sécurité sociale mais d'abord et surtout une source de coût puisque les pathologies liées au tabac représentent des dépenses d'assurance maladie bien supérieures aux recettes générées par la fiscalité sur le tabac.

Concernant la deuxième question, nous avons effectivement réussi à tenir l'ONDAM en 2018 avec notamment des remises pharmaceutiques au titre de médicaments onéreux nettement supérieures à ce que ce qui avait été obtenu l'année précédente. Le rendement des remises pharmaceutique en 2018 a été supérieur d'un peu plus de 300 millions à ce qui avait été anticipé. Des remises pharmaceutiques ont été négociées par le CEPS avec les laboratoires pharmaceutiques pour s'assurer du caractère soutenable de la dépense de médicaments innovants.

Nous pilotons les dépenses de médicaments afin de parvenir, dans les années à venir, d'une part à une dépense soutenable de médicaments innovants, avec une croissance de 3 % prévue, et d'autre part, à une évolution du chiffre d'affaires des médicaments à un niveau d'au moins 0,5 % par an, ce qui sera le cas en 2019. L'enjeu consiste à s'assurer de la pertinence de ces dispositifs, à parfois faire des économies sur les médicaments les plus anciens, et pour les médicaments les plus nouveaux, à favoriser les dispositifs de la prise en charge dans le cadre des ATU (Autorisations Temporaires d'Utilisation) notamment et bénéficier ainsi plus facilement de remises dans le cadre de la sortie des dispositifs ATU, qui comprennent notamment les remises négociées en 2018. Cela fait partie de nos points d'attention relatifs à la soutenabilité des dépenses d'assurance maladie, qui visent à bénéficier d'un accès à l'innovation le plus large possible.

Mme Bagarry a demandé comment nous travaillions entre nous. Nous nous voyons très souvent, et pas seulement à l'Assemblée nationale. Nous travaillons en lien étroit sur les mesures, nous faisons partie du comité de direction du ministre des Comptes, M. Gérard Darmanin – je relève à la fois d'Agnès Buzyn et de Gérard Darmanin. Nous nous rencontrons au moins toutes les semaines, voire plusieurs fois par semaine, à la fois dans des comités de direction, dans des réunions techniques et dans des réunions entre nous pour travailler sur un certain nombre de sujets, dont les relations financières entre l'État et la Sécurité sociale. L'objectif est d'avoir des échanges sur des discussions qui ont un impact global.

Mme Limon s'interrogeait sur le financement de la médecine de ville et du réinvestissement sur la ville dans le cadre de « Ma santé 2022 ». Avec « Ma santé 2022 », nous visons à obtenir une plus grande prise en charge en ville, avec une meilleure

organisation de la médecine de ville, et de l'ensemble des autres professionnels de ville. L'une des façons de soutenir financièrement cette évolution de l'organisation, c'est le financement par l'assurance maladie d'assistants médicaux auprès des médecins, prévu en 2019, afin qu'ils puissent dégager plus de temps médical et prendre en charge plus de patients, particulièrement dans les zones où on manque de médecins. Nous allons aussi contribuer au financement des communautés professionnelles territoriales pour aboutir à un travail conjoint des professionnels en ville (médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmières) et avoir la garantie d'accéder à un médecin traitant et à une prise en charge en ville en cas de besoin, évitant ainsi des passages à l'hôpital. Ces financements sont prévus et vous aviez voté dans la loi de financement de la Sécurité sociale le fait que, si l'assurance maladie conclut bien les accords qui devraient être signés cette semaine, ils entreront en vigueur immédiatement sans attendre la règle des six mois qui s'applique actuellement pour des accords conclus par l'assurance maladie. Cet investissement se fera dès 2019, et non pas en 2020.

**Mme Amélie Verdier.** Si vous le permettez, j'aurai juste un mot à ajouter suite à l'intervention de M. Grelier, qui a l'impression d'un « entonnoir budgétaire ». Peut-être permettez-vous à la directrice du budget et la directrice de la Sécurité sociale de dire que c'est notre cœur de métier. En soi, nous essayons de le faire en ayant justement à l'esprit, non pas uniquement les comptes, mais la traduction politique des orientations du Gouvernement autant qu'il est possible et soutenable, de manière pluriannuelle en définissant une stratégie à l'avance. Celle-ci peut faire face ensuite face à des ajustements, y compris dans le cas de crises économiques, ce qui a été le cas par exemple en 2008, ou de crises sociales, comme cela s'est produit cet hiver.

Je me permettrai juste de donner deux chiffres. En loi de programmation des finances publiques, la progression de l'ONDAM était prévue en 2019 à 2,3 % et comme la directrice de la Sécurité sociale l'a indiqué tout à l'heure, il a finalement été décidé de porter la progression de ces dépenses d'assurance maladie à 2,5 % cette année. Toutes les politiques publiques n'ont pas connu ce sort favorable d'augmentation supérieure à ce qui était initialement prévu. Je pense que votre Commission connaît les grands chiffres de comparaison internationale sur le financement des politiques publiques. La France se caractérise par un poids plutôt élevé de la dépense publique de santé dans le PIB. Il ne s'agit pas de dire que c'est bien ou mal mais de financer, et notre action au quotidien consiste bien à vérifier que l'argent public est dépensé efficacement, avec des résultats. Lorsqu'il y a des moyens supplémentaires à apporter, nous le faisons en le pensant dans le temps long et en n'étant pas dans du court-termisme.

**M. Christian Charpy.** Je voudrais faire un point en lien avec l'intervention de M. Grelier. Sur l'hôpital, et de manière générale sur l'ONDAM, Mme Lignot-Leloup a rappelé que l'ONDAM a été respecté pour la neuvième année consécutive, ce qui est plutôt une bonne chose pour que les systèmes fonctionnent. Je voulais juste alerter sur un point : les conditions du respect ont un peu changé au cours des deux dernières années. Pendant longtemps, les dépenses de ville ont augmenté très vite et l'hôpital fonctionnait sur les crédits mis en réserve pour pouvoir financer le surcoût de dépenses de ville. L'activité hospitalière ne peut pas se mesurer uniquement au regard de l'activité dans les urgences ni de la surcharge de travail que ressent le personnel hospitalier ; elle se mesure aussi par la production dans les hôpitaux. Ce qui est assez frappant, c'est que depuis deux ans, l'activité hospitalière ralentit, sa progression est moins rapide qu'au cours des années précédentes, ce qui change le contexte. L'année dernière, nous nous sommes demandé pourquoi elle ralentissait. Était-ce dû aux tarifications de prise en charge, à l'incendie à l'hôpital en Guadeloupe ou autre ? L'Agence technique d'information hospitalière (ATIH) a fait des

études assez approfondies, qui ne sont pas définitives mais montrent que ce ralentissement, quand on compare les années 2013, 2014 et aujourd'hui, est lié pour une part importante au fait, assez contre-intuitif, que les générations, de plus de 80 ans sont un peu moins nombreuses aujourd'hui qu'il y a quelques années. Or ce sont celles qui consomment le plus de soins. Si elles sont un peu moins nombreuses, c'est parce que les classes d'âge qui arrivent à 80 ans sont aujourd'hui moins nombreuses, étant issues de la première guerre mondiale. Cet état est aussi dû à une dépression de la natalité aux alentours des années 1932-1933 et jusqu'à 1942-1943. Cet élément joue de manière très importante dans le ralentissement des dépenses à l'hôpital. Le problème est que ce n'est que transitoire. Nous allons retrouver des classes nombreuses à partir de 2024-2025, où elles vont repartir à la hausse.

Le virage ambulatoire évoqué plus tôt se manifeste surtout en raison de à cette baisse d'activité hospitalière.

**Mme Audrey Dufeu Schubert.** Merci Madame la présidente. Je profite de cette occasion pour poser une autre question. Vous parlez de l'ONDAM hospitalier qui, sur l'année 2018, a été maintenu avec un ralentissement de l'activité en chirurgie et en médecine. Je voulais savoir si l'augmentation des dépenses de transport pouvait être directement imputée à la conversion des hospitalisations complètes en ambulatoire. Avez-vous établi un lien direct ? Étant donné que les transports sont très souvent ciblés, on constate une vraie vigilance de la part des agences sur le terrain. Avec le vieillissement de la population et l'augmentation de l'ambulatoire, comment absorber ces dépenses dans le futur ?

**Mme Mathilde Lignot-Leloup.** Faire un lien entre la progression de l'ambulatoire et les dépenses de transports n'est pas évident. Des analyses ont été menées par l'assurance maladie pour comprendre quelles sont les dépenses de transport et quelle est leur nature et on constate que de nombreuses dépenses de transport sont plutôt liées à des transports itératifs, récurrents. Les trois premières pathologies qui génèrent des dépenses de transport sont l'insuffisance rénale chronique et donc les dialyses, avec beaucoup de transports réguliers, le cancer, avec les chimiothérapies ou radiothérapies et les maladies mentales psychiatriques.

Ces dépenses de transport sont liées en majeure partie à des transports récurrents pour certains malades, et très peu au développement de la chirurgie ambulatoire. Les patients n'ont pas forcément recours à un transport pris en charge par l'assurance maladie. La dynamique des dépenses de transport n'est pas corrélée à un développement de l'ambulatoire.

À l'inverse, certaines stratégies de prise en charge à domicile ou en ambulatoire peuvent être développées, notamment pour la dialyse, et se traduire par des économies en termes de dépenses de transport puisqu'elles répondent à une demande de certains patients d'être mieux pris en charge à domicile tout en évitant une dépense de transport qui peut être importante.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Merci. Nous arrivons à la fin de cette audition. Monsieur le rapporteur, avez-vous des choses à rajouter ?

**M. le rapporteur général Olivier Véran.** Je tenais à vous remercier pour la clarté des réponses. On voit que des débats sont encore ouverts sur la question de la non-compensation, de l'apurement de la dette sociale et du financement des mesures sociales à venir et nous y reviendrons. Ici au Parlement, la Commission des affaires sociales est sensible à cette question, ce qui est tout à fait normal. Nous travaillons en bonne intelligence

avec l'exécutif dans la préparation du prochain budget de la Sécurité sociale. Je pense que nous aurons des débats très importants et je vois le prochain PLFSS comme un PLFSS charnière dans la manière dont nous envisageons le financement, dans la durée, des dépenses sociales. Merci d'avoir pris la peine de venir avec nous aujourd'hui pour effeuiller le sujet.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Je vous remercie infiniment pour votre collaboration.





**ANNEXE 3 : COMPTE RENDU DE LA RÉUNION DE LA COMMISSION DU MARDI 18 JUIN 2019 PORTANT SUR LES ARTICLES 69 ET 70 DE LA LFSS 2019, 36 ET 37 DE LA LFSS 2018 ET ÉVALUATION DES ARTICLES 8 DE LA LFSS 2018, 7 DE LA LFSS 2019 ET 1<sup>ER</sup> ET 2 DE LA LOI DU 24 DÉCEMBRE 2018 PORTANT MESURES D'URGENCE ÉCONOMIQUES ET SOCIALES**

*Dans le cadre du printemps social de l'évaluation sur l'impact sur les revenus des ménages (évaluation des articles 69 et 70 de la LFSS 2019, 36 et 37 de la LFSS 2018 et évaluation des articles 8 de la LFSS 2018, 7 de la LFSS 2019 et 1<sup>er</sup> et 2 de la loi du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales), la commission des affaires sociales auditionne Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice de la Sécurité sociale (DSS), M. Yann-Gaël Amghar, directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et Mme Estelle Denize, directrice de la communication, M. Frédéric Marinacce, directeur des prestations familiales et sociales de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), M. Bernard Tapie, directeur des statistiques, des études et de la recherche, et Mme Patricia Chantin, responsable des relations parlementaires, et M. Jean-Philippe Vinquant, directeur général de la Cohésion sociale (DGCS).*

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Mes chers collègues, nous démarrons nos travaux. Nous en arrivons à la deuxième séance d'audition consacrée au Printemps social de l'évaluation. Nous abordons la question des impacts sur les revenus des ménages.

Je rappelle les règles d'organisation des débats. Avec le Bureau, nous avons décidé que nos intervenants ne feraient pas de propos liminaire afin de permettre une interactivité plus grande avec le rapporteur et les députés présents. Nous procéderons comme précédemment. Je vous demanderai d'être aussi concis dans vos réponses que ne le seront les députés dans leurs questions. Sans plus attendre, je cède la parole à M. le rapporteur.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Merci Madame la présidente. Je remercie à mon tour les responsables des administrations d'avoir accepté notre invitation. Je rappelle que la protection sociale s'élève à 720 milliards d'euros en France, soit 32 % du PIB, ce qui nous place au premier rang des pays de l'OCDE. Sur 1 000 euros de dépenses publiques, 575 euros sont consacrés à la protection sociale. Au-delà des budgets et des mesures votées en loi de financement de la Sécurité sociale, il convient de s'interroger sur les impacts des différentes mesures adoptées depuis le début de ce quinquennat sur le pouvoir d'achat des ménages.

Ce soir, nous parlerons de pouvoir d'achat pour ceux qui travaillent et ceux qui ne travaillent pas, de mesures de protection sociale et de politique familiale. Nous aborderons également des questions de solidarité.

Je propose d'intervenir en deuxième rideau pour compléter certaines questions posées qui n'auraient pas forcément trouvé de réponse.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Merci. Nous passons aux orateurs des groupes.

**Mme Christine Cloarec.** Madame la présidente, Monsieur le rapporteur général, Madame la directrice, Messieurs les directeurs, depuis 2018, plusieurs dispositions votées dans le cadre des lois de financement de la Sécurité sociale et de la loi portant mesures

d'urgence économique et sociale sont venues modifier la situation de nombreuses familles, et plus généralement celles des assurés sociaux et des actifs.

Parmi ces mesures, nous pouvons citer la majoration du montant maximum du complément de mode de garde pour les familles au titre de l'enfant en situation de handicap, ou la majoration du montant maximum du complément de libre choix du mode de garde pour les familles monoparentales. Ces mesures sont essentielles pour encourager l'activité professionnelle et concilier les temps de vie lorsque l'on sait que les personnes concernées sont majoritairement des femmes. Faute de moyen de financement d'un mode de garde adapté à leur besoin, elles se retrouvent souvent isolées, sans accès ou avec un accès difficile à la formation et à l'insertion professionnelle.

Nous pouvons également mentionner l'harmonisation des barèmes et des plafonds de la prestation d'accueil du jeune enfant et du complément familial, l'accompagnement de l'abaissement de l'instruction obligatoire à trois ans par les prestations familiales, la diminution des cotisations et des contributions salariales pour les salariés en contrepartie d'une hausse de la CSG sur les revenus d'activité. Cette mesure a majoritairement bénéficié aux personnes rémunérées jusqu'à deux SMIC. Pour les salariés payés au SMIC, cette mesure représente un gain de pouvoir d'achat de 263 euros, et de 277 euros pour les travailleurs indépendants.

Ces mesures concernent également le rétablissement de la CSG à 6,6 % pour certains retraités et invalides, l'exonération des heures supplémentaires et complémentaires en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier dernier, qui consiste en une réduction des cotisations sociales dues par le salarié sur les heures supplémentaires et complémentaires. L'objectif est d'amplifier les effets attendus sur le pouvoir d'achat de la mesure votée en PLFSS 2019.

Pour les 6,8 millions de salariés du privé, soit 30 % des salariés du privé qui ont effectué en moyenne 11 heures supplémentaires par mois au premier semestre 2019, ce dispositif représente un gain de pouvoir d'achat de 670 millions d'euros.

Je citerai enfin la prime exceptionnelle du pouvoir d'achat qui a représenté un montant de 2,2 milliards d'euros versé à 5,5 millions de salariés pour un montant moyen de 400 euros.

Cette hausse du pouvoir d'achat impacte incontestablement les revenus des ménages, mais également les finances publiques. En tant que parlementaires, il nous importe de vérifier l'application effective et les bénéfices associés aux dispositions votées tout en nous assurant du respect du cadre budgétaire défini.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Avant de poursuivre, je souhaite réparer un oubli puisque j'ai omis le temps de parole de la MECSS. Je cède la parole à sa coprésidente, Mme Vidal.

**Mme Annie Vidal, coprésidente de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale (MECSS).** Merci Madame la présidente. Monsieur le rapporteur général, Madame la directrice, Messieurs les directeurs, chers collègues, ces auditions sont conduites dans le cadre du premier Printemps d'évaluation sociale. Si les réformes doivent être expliquées pour être comprises, elles doivent aussi et surtout être évaluées pour s'assurer que les objectifs fixés sont atteints, et les ajuster si besoin.

Les deux derniers projets de loi de financement de la Sécurité sociale étaient en parfaite cohérence politique et portaient la volonté de libérer l'activité économique, de soutenir ceux qui travaillent et entreprennent, d'investir pour transformer notre système de santé et de protéger les plus vulnérables. Nous continuerons à porter cette stratégie politique lors des prochains PLFSS et la MECSS souhaite y apporter une contribution évaluative, dynamique et pertinente. C'est pourquoi je soutiens les actions telles que celle que nous conduisons ce soir en faveur de l'évaluation de nos politiques.

Avec les mesures d'urgence économique et sociale, nous avons apporté des mesures complémentaires à celles fixées dans les lois de finances de 2018 et de 2019, ce dont nous nous félicitons. L'objectif est d'impacter positivement les revenus des ménages. Je souhaite donc vous poser une première question relative à l'harmonisation PAJE/complément familial et une seconde question sur la CSG.

L'article 37 de la loi de financement pour 2018 prévoit d'harmoniser l'allocation de base de la PAJE, qui est une aide financière destinée aux parents d'un ou plusieurs enfants de moins de trois ans, avec le complément familial, lequel est versé sous conditions de ressources aux parents ayant au moins trois enfants. L'article prévoit aussi un alignement des plafonds et une revalorisation annuelle de la PAJE et de la prime de naissance ou d'adoption.

Pour les enfants nés après le 1<sup>er</sup> avril 2018, l'allocation ainsi harmonisée s'élève à 170,71 euros contre 184 euros et 169 euros précédemment.

Pouvez-vous me préciser si des familles ayant des enfants nés avant le 1<sup>er</sup> avril 2018 ont vu leurs prestations impactées ? Le cas échéant, à quelle hauteur ? Pouvez-vous m'indiquer l'impact de l'harmonisation des plafonds sur le nombre de familles concernées ? Enfin, quel est l'impact budgétaire de ces mesures ?

L'article 3 portant mesures d'urgence économique et sociale rétablit un taux de CSG à 6,6 % sur les revenus de remplacement inférieurs à 2 000 euros nets mensuels en 2019 pour une personne seule et sans autre ressource. Cette mesure est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2019, avec une application décalée en cours d'année. Qu'en est-il de la mise en œuvre de cette mesure ? La situation de toutes les personnes concernées est-elle à jour ? Quel est l'impact de cette mesure sur le pouvoir d'achat ?

**M. Gilles Lurton, coprésident de la MECSS.** Je compléterai les propos qui viennent d'être tenus par Annie Vidal avec laquelle je copréside la MECSS en posant quelques questions sur l'article 69, qui traite de la majoration de 30 % du complément du mode de garde pour les enfants en situation de handicap. Je souhaiterais que nous puissions nous rappeler des effets attendus de cette mesure pour les enfants en situation de handicap accueillis dans des crèches ou chez des assistantes maternelles. Combien de familles avec enfant en situation de handicap ont-elles pu en bénéficier à la mi-année ?

Lors de la discussion sur le PLFSS pour l'année 2019, j'avais interrogé Mme la ministre sur le caractère extrêmement restrictif du bénéfice du complément du mode de garde et sur le risque qui existait à choisir ce dispositif pour redéfinir la politique familiale. C'est pourquoi je souhaiterais savoir très précisément quel type de famille, en matière de ressources, a pu bénéficier de cette décision.

Mes questions sont identiques concernant l'article 70 qui donne droit au complément mode de garde à taux plein après trois ans, et jusqu'à l'entrée à l'école pour les enfants scolarisés avant les trois ans. Je souhaiterais savoir combien de familles en ont bénéficié. J'aurai les mêmes questions pour la majoration du complément du mode de garde

de 30 % pour les familles monoparentales, qui est un point sur lequel Mme la ministre a particulièrement insisté.

Pour ce qui concerne l'article 37, qui prévoit l'harmonisation des plafonds de ressources pour le versement de l'allocation de base de la prestation d'accueil jeune enfant, je souhaiterais pouvoir bénéficier d'une analyse très précise sur les conséquences de cette mesure pour les familles. Quelles sont les familles qui l'ont perdue ? Combien sont-elles ? Combien ont dû renoncer à faire garder leurs enfants du fait de cette diminution de 17 euros ? De quelles catégories sociales sont issues les familles qui ont perdu financièrement ?

**Mme Mathilde Lignot-Leloup.** Madame la présidente, Monsieur le rapporteur, je vais répondre à la question de M. Lurton portant sur la mise en œuvre des articles 69 et 70, et la majoration pour les familles monoparentales.

L'article 69, qui concerne la majoration du complément mode de garde pour les parents d'enfants handicapés entrera en vigueur en novembre prochain. Il s'agit d'une mesure votée dans la LFSS 2019 qui aboutira à une majoration de 30 % du complément de mode de garde. Cette mesure devrait bénéficier à environ 3 500 familles actuellement bénéficiaires d'un CMG pour le recours à une assistante maternelle et qui perçoivent l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). À ce stade, je ne suis pas en capacité de préciser le nombre de bénéficiaires puisque cette mesure entrera en vigueur en novembre prochain.

L'article 70 permet d'éviter la baisse du CMG avant l'entrée en scolarité à l'âge de trois ans. Avant la LFSS, une baisse importante intervenait aux trois ans de l'enfant. Le CMG, qui sera prolongé à taux plein jusqu'à l'entrée à l'école, devrait bénéficier à 30 125 familles. Le gain, qui varie selon le niveau de ressources, peut s'établir, notamment en cas de recours à un CMG emploi direct, à 234 euros pour une famille dont les ressources sont les plus modestes.

Dans la LFSS 2018, avait été votée une mesure de majoration du complément de mode de garde pour les familles monoparentales. Celle-ci s'établit à 30 % du plafond et du barème du complément de mode de garde. Cette mesure est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2018. On estime qu'elle a coûté 10 millions d'euros en 2018 et qu'elle devrait coûter en année pleine près de 40 millions d'euros.

Les premières données sur les familles bénéficiaires depuis novembre 2018 confirment l'estimation établie lors de la présentation de la mesure. En 2018, le coût s'est élevé à 7,1 millions d'euros. Pour une femme seule percevant un SMIC qui doit faire garder ses enfants, cette majoration a permis de réduire le reste à charge de 32 euros par mois. Elle peut ainsi recourir à une garde à domicile, en structure ou par une assistante maternelle.

La mesure figurant dans l'article 37 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 qui prévoyait l'harmonisation des plafonds et des barèmes entre l'allocation de base de la PAJE et le complément familial est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2018. Il est prématuré de dresser le bilan financier de cette mesure. Nous avons prévu qu'elle représente une moindre dépense de 70 millions d'euros en 2018. À ce stade, nous ne pouvons confirmer l'impact de manière précise, mais cette mesure monte en charge progressivement puisqu'elle s'applique aux enfants nés ou adoptés à partir du 1<sup>er</sup> avril 2018. Ce dispositif s'est accompagné d'une revalorisation de la prime à la naissance et de la prime d'adoption.

La baisse du taux de CSG, qui est intervenue au 1<sup>er</sup> janvier 2019 en application de la loi portant mesures d'urgence économique et sociale, a donné lieu à un remboursement auprès des retraités au mois de mai 2019. Environ 5 millions de retraités ont pu en bénéficier. Il s'agissait de faire en sorte que les retraités percevant une pension inférieure à 2 000 euros et ayant subi une hausse du taux de CSG voient leur taux repasser à 6,6 %.

**Mme Isabelle Valentin.** La crise des gilets jaunes était avant toute chose une crise du mécontentement et de baisse du pouvoir d'achat. C'est en réponse à ce mouvement qu'Emmanuel Macron a pris des mesures d'urgence. Même si elles portaient d'une bonne intention, nous avons alerté le gouvernement sur le manque de lisibilité concernant le financement de ces mesures. Aucune d'entre elles ne semblait avoir fait l'objet d'un financement préalable en contrepartie.

Le risque est que ces mesures en faveur du pouvoir d'achat ne se terminent par des hausses d'impôts, ce qui altérerait encore un peu plus le pouvoir d'achat des ménages. Tous les indicateurs montraient un retour des comptes de la Sécurité sociale à l'équilibre pour la première fois depuis 2001. Aujourd'hui, le rapport annuel de la Commission des Comptes de la Sécurité sociale affirme que le déficit de nos comptes sociaux se creusera dès cette année. Le rapport pointe le non-financement de la suppression de la hausse de la CSG dont le coût est estimé à 1,5 milliard d'euros, lequel s'ajoute à 1,2 milliard engendré par la prime exceptionnelle. Cela, sans compter la défiscalisation des heures supplémentaires et l'exonération des cotisations sociales salariales.

Le rapport prévoit un creusement du déficit de la Sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse en 2019. Ce déficit bondirait même jusqu'à 4,4 milliards d'euros si le gouvernement ne compense pas rapidement ces mesures d'urgence. Or chacun sait que lorsque de telles mesures ne sont pas financées, soit, elles creusent le déficit, soit, elles sont compensées par une hausse d'impôts. Le rapport relève que le gouvernement ne semble pas avoir l'intention de les compenser, notamment au vu du dernier programme de stabilité des finances publiques publié au printemps.

Dès lors, mon interrogation porte sur les pistes de compensation à ces mesures. Le groupe LR demeure très inquiet sur le pouvoir d'achat des classes moyennes qui subissent une pression fiscale sans précédent.

**Mme Michèle de Vaucouleurs.** Madame la présidente, Monsieur le rapporteur général, Mesdames et Messieurs, ma première question porte sur l'impact de l'exonération pour les salariés des cotisations sociales initialement prévue au 12 septembre et anticipée au 1<sup>er</sup> janvier dans l'article 2 des mesures d'urgence économique et sociale. Pouvez-vous confirmer le gain de pouvoir d'achat de 517 euros au premier semestre, alors que le gain annuel moyen escompté était de 200 euros annuels par salarié ?

Mes autres questions concernent le complément de libre choix du mode de garde. Ayant relevé de 30 % à compter d'octobre 2018 le plafond du CMG pour les familles monoparentales à travers l'article 36 de la LFSS pour 2018, la solvabilité des coûts de crèches pour ces familles s'est renforcée. Cette mesure s'est-elle révélée incitative pour le recours à ce mode de garde pour les familles monoparentales ? Dispose-t-on de données à ce sujet ?

Par ailleurs, l'article 70 de la LFSS pour 2019 s'est attaché aux effets de l'abaissement de l'instruction obligatoire à trois ans pour les prestations familiales. L'allocation de rentrée scolaire, actuellement versée à partir de six ans, devra intervenir

avant les six ans du fait de la réforme, mais ne serait toutefois pas versée dès trois ans. L'âge de versement, qui devait être fixé par décret, l'est-il aujourd'hui ?

**M. Jean-Louis Bricout.** Madame la présidente, Chers collègues, Monsieur le rapporteur, Mesdames et Messieurs les intervenants, l'exercice qui nous est proposé a quelque chose de surprenant. Nous sommes invités à nous focaliser sur l'impact sur le revenu des ménages de huit articles de loi, à savoir trois articles du PLFSS 2018, trois articles du PLFSS 2019 et deux articles de la loi du 24 décembre 2018. Pourquoi ces articles ? Nous ne savons pas très bien.

Sans faire de procès d'intention, nous pouvons avoir une idée des critères qui ont présidé à ce choix, puisqu'il s'agit d'articles visant la prise en charge de la télémedecine, l'exonération des cotisations salariales pour les heures supplémentaires, la majoration du complément de mode de garde et la possibilité offerte aux entreprises de verser une prime exceptionnelle.

Nous sommes invités à un exercice d'évaluation. Toutefois, en matière d'évaluation de leurs revenus, les ménages ne font pas le tri entre l'ensemble des politiques fiscales et sociales du gouvernement. Autant il n'y a pas de sens à isoler des mesures pour évaluer les facteurs d'évolution des revenus des ménages, autant il convient de différencier les ménages entre eux. L'instauration du prélèvement forfaitaire unique, comme la suppression de l'ISF font bondir le revenu des plus riches depuis deux ans bien au-delà de toutes les autres catégories de ménages. Il n'est pas prévu de revenir sur le choix fondateur de ce quinquennat puisque la suppression de la taxe d'habitation pour tous les ménages apporte de nouveaux gains très conséquents aux contribuables relevant de la dernière tranche.

À l'inverse, la baisse des APL est venue mordre sur les revenus des ménages les plus modestes. Dans son panorama social 2018, la DREES nous rappelait que les aides au logement représentent 17 % du revenu disponible des ménages au premier décile. Je me permets donc d'inciter les personnes auditionnées à ne pas s'enfermer dans l'énoncé quelque peu biaisé qui leur a été proposé, mais de nous apporter leur analyse globale sur l'évolution des revenus des ménages selon la répartition par décile et, si possible, en tenant compte de l'inflation, combinée aux structures de consommation de chacune de ces populations.

**M. Paul Christophe.** Madame la présidente, Mesdames et Messieurs, nous avons soutenu la baisse des cotisations salariales prévue dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 et la politique d'allègement de charges conduite par le Gouvernement. Nous restons convaincus que c'est en donnant à nos entreprises les moyens de produire davantage de valeurs que nous les mettrons sur le chemin d'une croissance durable. Renouer avec un sentier de croissance constitue un terreau indispensable pour en finir avec le chômage de masse. C'est également la condition *sine qua non* à la hausse des salaires et à l'amélioration du niveau de vie.

En revanche, nous étions très opposés à la hausse de 1,7 point de CSG qui a pénalisé le pouvoir d'achat des retraités. Nous avons donc salué le revirement gouvernemental de décembre dernier, même s'il nous semblait un peu tardif et s'il obérait significativement la trajectoire de nos comptes sociaux tels qu'estimée lors du vote du PLFSS 2019.

Aussi, nous avons élargi le nombre de foyers éligibles à la prime d'activité en relevant le niveau de revenus jusqu'auquel un travailleur peut la percevoir, de 1,2 SMIC à 1,5 SMIC ; l'objectif étant, par ailleurs, de porter la prime d'activité à 100 euros au niveau du SMIC pour un travailleur seul. Cette mesure a engendré une augmentation significative

du taux de recours. J'aimerais savoir à quel niveau vous l'évaluez. Avez-vous rencontré des difficultés dans la mise en œuvre de cette mesure ? Je fais notamment référence à la fermeture de plusieurs caisses d'allocations familiales durant quelques jours, débordées par le nombre de demandes à traiter. La situation est-elle redevenue normale à ce jour ?

**M. Jean-Hugues Ratenon.** Madame la présidente, mes chers collègues, nous discutons ici des mesures relatives aux revenus des ménages qui ont été votées ces dernières années. Depuis le début du mandat, toutes les mesures votées dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale ont globalement fait reculer le pouvoir d'achat et les revenus des ménages : diminution des APL et de la prestation d'accueil du jeune enfant, et augmentation scandaleuse de la CSG. Il a fallu attendre que le peuple se mobilise pour que le gouvernement recule. Ainsi, l'augmentation de la CSG a été annulée pour certains foyers et nous avons vu arriver le projet de loi de mesures d'urgence suite à la mobilisation des gilets jaunes.

Permettez-moi une nouvelle fois de parler de la Réunion. Face à une situation extrêmement critique, nous avons connu l'une des mobilisations les plus fortes et les plus denses de cette dernière décennie avec le mouvement des gilets jaunes. Néanmoins, le Gouvernement n'a pas su répondre à la détresse des gens et n'a proposé que quelques mesurette. Cependant, il y a un signe positif. L'économie reprend grâce à la redistribution d'un peu d'argent. Ceci est la preuve que plus l'État soutiendra les bas salaires, les petites retraites et les personnes précaires, mieux l'économie se portera.

Toutefois, nous savons que là n'est pas l'orientation politique du gouvernement. Par conséquent, la situation risque de s'aggraver si le peuple et les organisations cessent la mobilisation. La lutte et la mobilisation du peuple ont payé. Il faut continuer à se mobiliser pour obtenir de nouveaux droits économiques et sociaux face à un gouvernement qui ne comprend que le rapt de force.

Pour autant, pour les échéances européennes, à peine 6 % des inscrits ont validé la politique de M. Macron dans l'Hexagone. S'agissant de la souffrance qui grandit dans les territoires d'outre-mer, permettez-moi de reprendre l'exemple de Réunion où, pour un taux de participation de 30 % lors des dernières échéances électorales, seuls 10 % des votants et 3,5 % des Réunionnais ont voté pour le gouvernement. Cela démontre l'échec de la politique du gouvernement Macron. À mon sens, il est temps de changer.

**M. Pierre Dharréville.** Le pouvoir d'achat est en crise et connaît des évolutions très inégales selon le statut que l'on a dans la société. Les classes populaires et moyennes ont été fortement impactées par un certain nombre d'augmentations dans plusieurs secteurs de leur budget. Cette crise a fait l'objet de multiples manifestations dans le pays, ce qui est venu contredire les annonces faites par le gouvernement sur le budget de l'État et le budget de la Sécurité sociale 2017-2018 qui visaient, soi-disant, à défendre le pouvoir d'achat. Comme il n'en était rien, il a fallu changer.

Le premier bilan de la prime exceptionnelle, de la désocialisation et de la défiscalisation des heures supplémentaires et les mesures de désocialisation des heures supplémentaires en LFSS, ne répondent pas à la demande d'être justement rémunéré et d'augmentation du pouvoir d'achat. D'autres mesures s'ajoutent, comme l'harmonisation du barème et des plafonds de la PAJE et du complément familial, ainsi que la suppression des cotisations sociales maladie et chômage, compensée par une hausse de la CSG.

Il s'agit de choix contestables qui organisent un contournement du salaire, pèsent sur le financement de l'assurance-maladie et de la protection sociale et impactent les droits

des salariés. Ces exonérations de cotisations sont pour partie supportées par la sécurité sociale dont le déficit augmente. La question est de savoir comment le Gouvernement compte compenser les mesures prises et s'il faut craindre de nouvelles mesures d'économies dans le cadre du PLFSS 2020.

**Mme Jeanine Dubié.** Le sujet étant vaste, je concentrerai mes questions sur deux articles. La première concerne l'article 8 de la LFSS 2018 portant sur la suppression des cotisations sociales en contrepartie de la hausse de la CSG à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018. Cette mesure a supprimé le paiement de la cotisation salariale d'assurance-maladie de 0,75 % ainsi que les contributions d'assurance chômage, ce qui a été compensé par une augmentation de 1,7 point de la CSG sur l'ensemble des revenus. Cette mesure était destinée à améliorer le pouvoir d'achat des salariés. Toutefois, l'augmentation des revenus engendrée peut aussi entraîner une augmentation de l'impôt sur les revenus, ce qui peut rogner sur le bien attendu pour les personnes imposables. Les recettes intervenues sont-elles à la hauteur de vos attentes ? Ce transfert de la cotisation vers la fiscalité a-t-il atteint ses objectifs ?

S'agissant de l'article 1<sup>er</sup> de la loi relative aux mesures d'urgence économique et sociale, nous avons à craindre que la prime exceptionnelle concerne uniquement des salariés de grandes entreprises. Le bilan montre que 20 % des établissements du secteur privé ont versé une prime à leurs salariés. 5,5 millions de personnes en ont bénéficié sur environ 25 millions de salariés. Quelle est la nature de ces salariés bénéficiaires ? Le Premier Ministre ayant annoncé que cette mesure serait reconduite, les entreprises concernées sont-elles de grands groupes ou cette prime a-t-elle également bénéficié aux PME et TPE ?

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Je vais céder la parole à nos intervenants. Chacun répondra aux différentes interventions dans la partie qui le concerne. Je cède la parole à Mme Lignot-Leloup.

**Mme Mathilde Lignot-Leloup.** Je vais répondre à Mme de Vaucouleurs pour préciser l'impact de l'exonération de cotisations sur les heures supplémentaires. Le montant de 517 euros que je citais concerne l'ensemble de la rémunération des heures supplémentaires pour les 6,8 millions de salariés qui en ont bénéficié au 1<sup>er</sup> trimestre 2019. Le gain lié à l'exonération de cotisations se situe à 58 euros en moyenne pour un trimestre, ce qui est cohérent avec la présentation faite d'environ 200 euros sur une année. Ce dispositif bénéficie davantage aux salariés dans les petites entreprises où sont généralement effectuées davantage d'heures supplémentaires. Le gain moyen au premier trimestre 2019 pour les salariés des entreprises de moins de 10 personnes a été de 72 euros.

Je vais laisser Yann-Gaël répondre plus précisément sur les impacts, la prime exceptionnelle et les étapes sur fin 2018 et début 2019.

**M. Yann-Gaël Amghar.** La prime exceptionnelle a été distribuée dans un établissement sur cinq. La proportion est nettement plus élevée dans les établissements de plus de 2 000 salariés dont 64 % ont distribué la prime contre 14 % pour les établissements de moins de 10 salariés. Au sein de ces petites entreprises, on constate que la part de salariés bénéficiaires de la prime est nettement plus élevée. Dans les entreprises de plus de 2 000 salariés, 47 % en ont bénéficié contre 66 % dans les entreprises de moins de 10 salariés. Le montant moyen y est de 397 euros, alors qu'il s'établit à 360 euros dans les entreprises de plus de 2 000 salariés.

Dans les entreprises de moins de 10 salariés ayant distribué la prime, le montant s'élève en moyenne à 560 euros. Les grandes entreprises ont été plus nombreuses à distribuer la prime. Lorsqu'elles l'ont fait, moins de salariés étaient concernés en proportion



et pour des montants moindres. Les petites entreprises l'ont plus rarement distribuée, mais à davantage de salariés et pour des montants plus importants.

La prime est réservée aux salariés dont le salaire annuel ne dépasse pas 3 SMIC. Les entreprises avaient la possibilité de limiter la prime aux salariés en fonction du niveau de rémunération ou de classification. Un certain nombre d'entreprises a décidé de concentrer cette prime sur les salaires les plus bas. 11 % des salariés bénéficiaires ont reçu une prime au montant maximal de 1 000 euros. 30 % des salariés se sont vus verser une prime située entre 400 et 1 000 euros. 58 % des salariés ont obtenu une prime de moins de 400 euros.

**M. Jean-Philippe Vinquant.** La prime d'activité a été à la hauteur des objectifs fixés en tant qu'apport au pouvoir d'achat des travailleurs modestes et pour les publics nouveaux, qui en bénéficient. Les deux mesures conjuguèrent une majoration du montant forfaitaire, puis du montant maximum du bonus de la prime d'activité, et une augmentation du point de sortie pour permettre à davantage de salariés ou de ménages rémunérés au SMIC ou un peu au-dessus de bénéficier de la prime d'activité.

Ce dispositif a continué sa montée en charge tout au long des années 2017 et 2018, avant même les mesures annoncées le 10 décembre dernier. Nous avons connu une progression continue du nombre de bénéficiaires de la prime d'activité à partir du printemps 2017 jusqu'à décembre 2018 pour atteindre environ 2,8 millions de foyers bénéficiaires et plus de 5 millions de personnes couvertes vivant dans un foyer bénéficiaire, ainsi qu'une augmentation du montant moyen versé qui atteignait, avant les mesures prises, 170 euros par mois et par foyer bénéficiaire. Le ciblage sur les publics de moins de 25 ans constituait une innovation de la prime d'activité par rapport au RSA activité. La proportion de femmes seules avec enfant représente plus de 40 % des bénéficiaires de la prime d'activité. En ajoutant les femmes en couple, le chiffre s'établit à près de 55 %. Dans le portrait social 2017, l'Insee a estimé que la prime d'activité était l'un des dispositifs qui avait le plus fortement contribué à la réduction des inégalités de niveau de vie depuis sa création en remplacement du RSA activité.

Ce n'est pas la loi qui a porté le dispositif de revalorisation et d'allongement du point de sortie de la prime d'activité. La loi a prévu un rapport d'évaluation de l'impact de ces annonces et de ces mesures nouvelles qui sera prêt à l'été. Nous y travaillons avec nos collègues de la DREES et de la CNAF.

En termes de nombre de foyers bénéficiaires, nous sommes au rendez-vous des chiffres évoqués, avec environ 1,5 million de foyers bénéficiaires supplémentaires. En tous régimes, nous atteignons 4,1 millions de foyers bénéficiaires à fin mars 2019, soit un delta de plus de 1,4 million. Mon collègue de la CNAF vous confirmera qu'il y a toujours de nouvelles demandes et de nouvelles ouvertures de droit à la prime d'activité.

En termes de montant moyen versé, les dispositions prises visant essentiellement à majorer le bonus individuel de 90 euros pour atteindre les 100 euros de gain de pouvoir d'achat ont un impact. Pour un célibataire sans enfant au SMIC, le point de sortie de la prime d'activité est porté à 1 800 euros, contre 1 565 euros avant la revalorisation. Le montant dont il peut bénéficier au titre de la prime d'activité s'établit à environ 240 euros. Il s'agit d'un soutien sensible du pouvoir d'achat. Pour un parent isolé avec un enfant au SMIC, compte tenu de la familialisation de la prime d'activité, le montant peut atteindre 292 euros de prime d'activité mensuelle, avec un point de sortie majoré se situant autour de 2 290 euros. Pour un couple avec deux enfants au SMIC, la prime d'activité s'élève à 407 euros contre 227 euros avant revalorisation, avec un point de sortie à 3 432 euros de revenus mensuels en additionnant les revenus des deux personnes actives dans le couple.

Il s'agit de niveaux sensibles de soutien au pouvoir d'achat. Les bénéficiaires de la prime d'activité incluent les personnes ressortissant des régimes agricoles, notamment les exploitants agricoles : nous avons 144 000 foyers bénéficiaires au sein de la Mutualité sociale agricole. En raison de la faiblesse de certains revenus agricoles, nous avons des montants moyens versés supérieurs à ceux qui le sont par la CNAF au titre des assurés du régime général.

Le taux de recours est toujours très difficile à estimer. Lorsque nous avons établi le rapport d'évaluation de la prime d'activité transmis au Parlement en février 2018, nous avons pu montrer que le taux de recours avait été très supérieur à celui qui avait été estimé au moment du vote de la loi de juillet 2015, qui a créé la prime d'activité. Nous avions estimé le taux de recours à 50 % en première année et qu'il pouvait monter à 60 %, ce qui était bien supérieur à celui du RSA activité, dont le taux de recours avait plafonné autour de 30 % des bénéficiaires potentiels.

Grâce à l'effort de très grande simplification fait dans l'ouverture du droit, ainsi qu'à l'ouverture de simulateurs en ligne dès la création de la prime d'activité et à la mise en place d'un téléservice – ce dernier permettait en saisissant une demande d'engager le travail d'ouverture de la prime d'activité et simplifiait le travail des techniciens des caisses de sécurité sociale – nous avons estimé début 2018 que nous étions à 77 % de taux de recours pour la prime d'activité. La budgétisation a suivi puisque l'augmentation du taux de recours est une bonne chose qu'il s'agit de financer. La prime d'activité est financée au travers de la loi de finances. Quand bien même elle est servie par les CAF et la mutualité sociale agricole, cette prestation est financée par l'État.

Concernant cette prime, nous avons une première budgétisation à près de 4,1 milliards d'euros en 2016 pour la première année. Le taux de recours supérieur et la bonne tenue des montants moyens distribués nous ont conduits à augmenter le volume de budgétisation pour la prime d'activité. La dernière exécution connue est celle de l'année 2018 à près de 5,6 milliards d'euros. L'addition de la PPE (Prime pour l'emploi) et du RSA activité s'établissait, elle, autour de 3,9 milliards d'euros.

Le Gouvernement a proposé au Parlement d'accompagner les annonces du 10 décembre par des amendements au PLF initialement déposé par le gouvernement. Le montant escompté pour financer la première mesure annoncée, le réhaussement du montant forfaitaire de la prime d'activité, intervenue à compter des revenus d'août 2018, était estimé à 5,59 milliards d'euros. Le gouvernement a proposé des amendements successifs pour tirer les conclusions de la majoration et de l'élargissement des publics pouvant bénéficier de la prime d'activité. Par conséquent, 8,781 milliards d'euros ont été ouverts en LFI 2019. Cette mesure a été financée par le budget de l'État.

**M. Frédéric Marinacce.** Concernant la situation des CAF par rapport à la prime d'activité, force est de constater que nous nous sommes immédiatement mobilisés sur cette prestation dont nous savions l'importance par rapport au pouvoir d'achat.

Les CAF connaissaient bien le *process* puisqu'elles avaient mis en place la prime d'activité en janvier 2016. Il s'est agi, non de bâtir une nouvelle prestation, mais de partir de l'empreinte de la prime d'activité et de jouer sur les paramètres en fonction desquels on déclenche le forfait individuel. Il ne s'agissait pas vraiment d'une réforme globale de la prestation, mais d'une réforme paramétrique. Pour autant, elle a mérité notre étonnement et notre attention car elle a provoqué de nombreuses sollicitations. Les chiffres sont même assez faramineux, puisque nous avons presque 20 millions de simulations depuis janvier sur

le site [www.caf.fr](http://www.caf.fr). Nous recevons toujours 20 000 demandes par semaine et avons traité 1 792 millions de demandes.

Je rappelle que cette prestation se demande et se révisé sur Internet. Nous l'avions ainsi conçue et nul ne l'a regretté. Cette prestation a immédiatement trouvé son public dans sa modernité, ce qui nous a permis de franchir le cap de la prise en charge et nous permet de franchir celui des révisions trimestrielles.

Nous avons renforcé nos accueils et nos services téléphoniques, et avons mis à disposition des accueils multimédias car nous devons absolument aider nos allocataires à comprendre le droit qui leur est appliqué ou à effectuer les démarches. Le simulateur débouche automatiquement sur une téléprocédure. En dix minutes et quelques clics, vous pouvez effectuer la demande de prime d'activité.

Les CAF vont bien. Nous sommes à 4,8 jours de retard, soit sensiblement la même situation que l'année dernière à la même époque. Nous avons eu de nombreux pics de charge en février et mars, lesquels sont désormais résorbés.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Merci à chacun d'entre vous. Nous passons aux questions des députés. Je rappelle que pour favoriser l'interactivité et offrir l'occasion de se répondre mutuellement, vous disposez d'une minute pour chaque question. Je cède la parole à Fadila Khattabi pour La République En Marche.

**Mme Fadila Khattabi.** Merci Madame la présidente. Madame, Messieurs les directeurs, vous avez en partie apporté des réponses à mes questions qui portaient sur l'article 36 de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2018. Celui-ci prévoyait une majoration de 30 % du montant maximal du complément de libre choix du mode de garde, et de la prestation d'accueil jeune enfant pour les familles monoparentales. J'aimerais savoir si vous aviez pu évaluer l'impact de ce soutien sur le retour à l'emploi, notamment à temps plein pour les femmes qui subissent souvent le temps partiel.

**Mme Fiona Lazaar.** Ma question est destinée à M. Amghar. Vous évoquiez l'attribution de la prime exceptionnelle par les petites et les grandes entreprises. J'aimerais savoir si cette prime est ouverte aux particuliers employeurs et si ces derniers l'ont octroyée à leurs salariés. Nous savons que les salariés à domicile sont souvent des femmes à temps partiel rémunérées au minimum légal et vivant dans des situations de précarité pour certaines. J'avais parlé au ministre de l'Action et des Comptes publics en début d'année du fait qu'il n'était pas possible de saisir ces primes exceptionnelles sur les sites de l'Urssaf. Je pense en particulier au site lié au CESU. Ces problèmes ont-ils été résolus. Sinon, quelles sont les pistes d'action pour ces salariés ?

**Mme Josiane Corneloup.** Le retour de la défiscalisation des heures supplémentaires est une bonne chose. Au cours des années de 2008 et 2011, la mesure a accru le pouvoir d'achat des Français. Plus de 8,5 millions de foyers majoritairement issus de la classe populaire ont bénéficié de ce dispositif. L'une des promesses phares d'Emmanuel Macron durant sa campagne électorale était l'exonération des charges pour les heures supplémentaires. Cette mesure visait à augmenter le pouvoir d'achat des travailleurs. C'était sans compter l'augmentation du prix du carburant et du tarif de l'électricité subie par les Français.

Si la défiscalisation des heures supplémentaires de Nicolas Sarkozy, ajoutait à la franchise de cotisations sociales une exonération d'impôt sur le revenu, la version d'Emmanuel Macron se limite à la seule exonération des cotisations sociales. Les salariés

pourront regretter que cette exonération de cotisations ne soit pas totale. En effet, la contribution sociale généralisée et la contribution au remboursement de la dette sociale resteront dues sur ces heures supplémentaires, ce qui représente un montant équivalent d'environ 2,5 % de la rémunération brute.

Pourquoi ne pas aller au-delà et exonérer ces heures supplémentaires de cotisations patronales pour inciter les employeurs à proposer davantage d'heures supplémentaires à leurs salariés ?

**Mme Mathilde Lignot-Leloup.** Nous ne disposons pas encore d'éléments d'évaluation car il est prématuré de mesurer si la majoration du complément de mode de garde pour les familles monoparentales a permis de faciliter le retour à l'emploi. Vous avez raison de rappeler que le taux de chômage des familles monoparentales, qui sont souvent des femmes, est deux fois supérieur à celui des couples, soit en moyenne 25 %.

L'un des enjeux sera de permettre de couvrir le reste à charge et de faciliter le recours à la garde d'enfant et le retour à l'emploi. Il conviendra de mesurer et d'analyser ces éléments lorsque nous aurons un peu plus de recul.

**M. Yann-Gaël Amghar.** Du fait de travaux assez importants sur les offres CESU et PAJE Emploi, notamment CESU + et PAJE Emploi + qui visent à accompagner la réforme du complément mode de garde et à faciliter la mise en œuvre du prélèvement à la source l'an prochain, il n'a pas été possible d'adapter en début d'année les déclarations pour y intégrer la prime exceptionnelle.

De fait, les particuliers employeurs qui souhaitent verser un montant de prime de complément exonéré ont eu la possibilité de le faire dès lors qu'il n'y avait pas à le déclarer. Cette modalité est transitoire. L'enjeu n'est pas tant que ces employeurs puissent verser cette prime en franchise complète de prélèvements. Le point important est de pouvoir bénéficier du crédit d'impôts. Après un premier semestre au cours duquel une tolérance était accordée, au second semestre, grâce à une case supplémentaire qui sera ajoutée sur les sites, il sera possible de déclarer ces sommes qui ont été versées de façon à ce que les employeurs concernés puissent bénéficier du crédit d'impôts sur cette prime exceptionnelle.

S'agissant du bilan des mesures de baisse et de hausse de prélèvements, les résultats sont tout à fait en ligne avec les prévisions. Les baisses de prélèvements ont représenté 17 milliards d'euros et la hausse de CSG a produit le rendement escompté.

**Mme Monique Iborra.** En ce qui concerne les impayés de pension alimentaire, la situation semble compliquée. Le gouvernement s'apprête à reprendre une mesure qui a été mise en place en 2016. Je me suis déplacée pour évaluer la mise en œuvre de ce dispositif au niveau des caisses d'allocations familiales depuis lors. Il m'a été expliqué que la montée en charge était très lente, pour ne pas dire inexistante.

À quoi attribuez-vous cette lenteur ? S'agit-il d'un problème organisationnel ou de moyens ? Comment voyez-vous la suite des événements ? Il s'agit d'une orientation très précise du gouvernement que nous soutenons absolument.

**M. Laurent Pietraszewski.** Ma question est double. Une partie a fait l'objet d'une réponse générale dans votre propos liminaire, Mme Lignot-Leloup. Je voudrais revenir sur les mesures d'urgence votées dans le PLF concernant l'anticipation et l'extension des exonérations sur les heures supplémentaires et complémentaires afin que le travail payé

davantage pour les actifs, ainsi que le rétablissement du taux de CSG à 6,6 % pour 5 millions de retraités modestes.

J'ai bien compris que le remboursement a été effectué pour le mois de mai, mais je souhaiterais obtenir des précisions sur les montants, le nombre de personnes concernées par les heures supplémentaires et complémentaires, le secteur considéré et le coût de ces mesures, ainsi que leur bénéfice pour le pouvoir d'achat des Français.

**M. Jean-Louis Bricout.** La transformation du CICE en réduction de charges a permis d'offrir un double cadeau aux entreprises en 2019 puisqu'elles ont encaissé le CICE 2018 et bénéficié de la réduction des charges dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019. Cette mesure a certainement eu un effet sur l'adhésion des entreprises à la prime exceptionnelle de fin d'année.

Pouvez-vous détailler le profil de ces entreprises ? Cette mesure a-t-elle fait l'objet de négociations avec les organisations professionnelles pour l'établissement du montant de ces primes ? Par ailleurs, cette mesure devant être reconduite, le fait que ce double cadeau ne soit plus offert aux entreprises, pensez-vous qu'elle aura le même rendement ? S'agissant des heures supplémentaires, a-t-on constaté un effet volume et une incidence sur le travail par intérim ?

**Mme Marie-Christine Verdier-Jouclas.** L'une des promesses de campagne du Président de la République sur la transformation du CICE en allègement de charges s'est traduite pour le secteur agricole par une entrée en vigueur du dispositif complet, soit une baisse de 10 points au niveau du SMIC, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

Conscient que certaines filières agricoles disposaient davantage de contrats ouvrant droit à des exonérations spécifiques, le Gouvernement et les élus de la majorité ont œuvré ensemble pour bâtir des aménagements. Pour limiter l'impact de la suppression du dispositif travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TODE) dont bénéficiaient largement le secteur viticole et les cultures spécialisées, le Gouvernement avait proposé un dispositif transitoire de deux ans par le biais d'une exonération totale des cotisations dont notre Assemblée a décidé des modalités pour 2019 et 2020.

Il a été annoncé que les entreprises agricoles paieront 470 millions d'euros de cotisations patronales de moins à la MSA en 2019 grâce à cette transformation. Pouvez-vous nous dire où nous en sommes par rapport à cette prévision ?

Ma seconde question porte sur un cas très pratique. Un citoyen qui emploie une nounou à domicile a dû attendre trois mois pour obtenir un numéro d'allocataire CAF. En effet, même s'il n'a pas droit à des aides pour payer sa nounou et la déclarer, il doit obtenir un numéro d'allocataire. Il s'est ensuite adressé à PAJE Emploi et a obtenu la réponse suivante par e-mail après trois semaines : « *La réforme du CMG et de PAJE Emploi + n'a pas permis de traiter votre dossier. Nous vous invitons à renouveler votre demande* ». Je sais que les changements sont toujours difficiles et un peu longs pour les citoyens, mais ne pourrait-on pas envisager des procédures simplifiées lorsqu'il n'y a pas d'aides à la clé et éviter ce genre de message en sachant que la situation précitée n'est toujours pas débloquée ?

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** Madame la présidente, Monsieur le rapporteur général, Mesdames et Messieurs, je reviendrai sur la question de ma collègue concernant le relèvement du plafond de CSG pour les familles monoparentales. J'aimerais en connaître l'impact. Combien de familles monoparentales ont-elles été touchées ? Cet article faisait état d'une possibilité de « droit à l'erreur » permettant aux familles de percevoir leurs droits

même si elles en faisaient la demande en retard. Combien de « droits à l'erreur » y a-t-il eu ?  
Je vous remercie.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Nous passons à une phase de réponses.

**M. Frédéric Marinacce.** Je vais répondre sur les pensions alimentaires. S'agissant de leur recouvrement, il existe une agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires (Aripa). Du point de vue architectural, 22 CAF sont pivots pour recouvrir les pensions alimentaires, avec 390 techniciens à temps plein.

Dans notre gestion, nous distinguons deux sortes d'allocations de soutien familial, à savoir celle qui est versée aux allocataires qui relevaient autrefois de l'allocation de l'orphelin, donc ceux qui n'ont pas de pension alimentaire non versée, et celle qui est versée à ceux qui ne se voient pas verser leur pension alimentaire par leur ex-conjoint. C'est là que nous intervenons pour 40 000 d'entre eux. Nous essayons absolument de recouvrer la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant auprès des pères défailants. Le taux de recouvrement a très sensiblement augmenté au cours des dernières années. Il s'établit aujourd'hui à 63 % contre 40 % voici quatre ans. Cette évolution est à mettre à l'actif des CAF.

Il est possible que demain nous ayons une mission supérieure en la matière. Le public potentiel des CAF serait beaucoup plus important. Entre 300 000 et 400 000 créanciers pourraient venir dans le giron de ce recouvrement automatisé et interfacé des pensions alimentaires. Il s'agit d'une mission extrêmement noble et importante. Nous nous adressons aux plus démunis, même si l'allocation de soutien familial (ASF) est une prestation sans critères de ressources, nous savons que nous nous adressons à celles qui ont le moins de ressources dans le fichier des CAF. Nous veillons attentivement pour agir au mieux.

Nous sommes parfois saisis tardivement par les familles. Plus de 50 % d'entre elles pâtissent déjà d'un impayé de 6 à 12 mois de pension alimentaire avant de saisir la CAF pour demander une allocation de soutien familial. Ces situations doivent être améliorées. Il s'agit d'une mission considérable que nous voulons exercer le mieux possible.

J'ai eu connaissance du cas cité concernant l'immatriculation d'un nouvel employeur sur PAJE Emploi. Je crois que le problème ne provient pas de PAJE Emploi, mais du déménagement entre Paris et un département de la région parisienne d'une allocataire qui n'avait pas forcément signalé qu'elle était déjà allocataire à Paris. La situation, qui est indépendante de la réforme récemment mise en place, va se rétablir.

Pour PAJE Emploi, le processus est simple. Le parent employeur formule sa demande de complément de mode de garde à la CAF, laquelle la traite immédiatement et envoie les données relatives à PAJE Emploi avec le flux des données, les coordonnées de l'employeur, le fait qu'il s'agisse ou non d'une garde d'enfant à domicile, d'une ASMAPE ou d'une microcrèche. PAJE Emploi immatricule l'employeur et lui envoie son numéro de matricule et ses identifiants par courrier afin de lui permettre de gérer les volets sociaux.

Le cas auquel il est fait référence concerne une mutation qui ne s'est pas très bien passée d'une CAF à l'autre. Pour le reste, le dispositif fonctionne très bien.

**Mme Mathilde Lignot-Leloup.** Concernant les questions sur l'abaissement du taux de CSG à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019, la mesure a consisté à faire en sorte que les retraités ayant subi une hausse du taux de CSG de 1,7 % reviennent au taux de 6,6 % lorsque les

revenus pour une personne seule étaient inférieurs à 2 000 euros mensuels nets. 5 millions de retraités ont bénéficié de ce rétablissement du taux de CSG à 6,6 % avec un remboursement en mai, soit 3,8 millions de foyers fiscaux. Cette mesure a été évaluée en termes de coût à 1,5 milliard d'euros, qui comprend à la fois la baisse du taux de CSG pour ces 5 millions de retraités et la mesure de lissage prévue dans la loi de financement de la Sécurité sociale qui a conduit à considérer le franchissement du seuil sur deux années. Le coût de la mesure de lissage seule a été de 260 millions d'euros.

Seuls les 30 % des retraités les plus aisés ont subi la hausse de CSG de 1,7 % et s'acquittent d'une CSG à 8,3 %. Ils sont au nombre de 5,4 millions pour 5 millions de retraités au taux de 6,6 % et 2,4 millions de retraités au taux de 3,8 %. 4,4 millions de retraités qui n'acquittent pas de CSG car ils se situent en dessous du seuil.

La mesure a été mise en place avec un reversement au mois de mai pour la quasi-totalité des retraités. Quelques remboursements sont intervenus début juin pour certains retraités, notamment les ressortissants des régimes des mines, des marins et des services des pensionnés de l'État. Ce remboursement est bien intervenu entre mai et juin .

La hausse du CMG pour les familles monoparentales est entrée en vigueur en novembre 2018. Elle s'est traduite par une hausse du plafond de 30 % pour les bénéficiaires du CMG « emploi direct », c'est-à-dire emploi à domicile ou assistante maternelle agréée (ASMATE). Près de 68 000 familles monoparentales bénéficient du CMG au titre de l'emploi direct. Il a également bénéficié aux 6 400 familles monoparentales qui relèvent du CMG « structure ».

Il a été estimé que la mesure représenterait un coût en année pleine de 40 millions d'euros et de 10 millions d'euros en 2018 puisqu'elle est entrée en vigueur en novembre. Au titre de 2018, l'estimation est conforme aux prévisions en termes de bénéfice. Pour une femme seule au SMIC qui a recours à une assistante maternelle, le reste à charge se trouve réduit de 32 euros par mois, ce qui permet d'augmenter le plafond et un recours plus important aux heures de garde d'enfant.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** S'il y a d'autres questions, nous y reviendrons ensuite. Je cède la parole à M. Amghar.

**Yann-Gaël Amghar.** Merci Madame la présidente. Au premier trimestre 2019, 30 % des salariés ont été concernés par la mesure d'exonération des heures supplémentaires. Dans les entreprises de moins de 50 salariés, plus de 38 % des salariés sont concernés. Au premier trimestre, nous avons un peu plus de 41 heures supplémentaires dans les entreprises de moins de 50 salariés. Le montant de la rémunération exonérée au titre de ces heures supplémentaires y est plus élevé. Au premier trimestre, le montant moyen de salaire au titre des heures supplémentaires exonérées est de 517 euros, soit 58 euros d'exonération en moyenne. Dans les entreprises de moins de 50 salariés, ce montant s'établit à 700 euros contre 260 euros pour les entreprises de plus de 2 000 salariés. Les secteurs qui recourent davantage aux heures supplémentaires sont la construction, l'hébergement, les transports et la santé.

Au premier trimestre, nous n'avons pas constaté d'effet volume 20 % des établissements ont versé la prime exceptionnelle. Cette proportion est plus faible, soit 14 %, dans les petites entreprises, et s'élève à 64 % dans les entreprises de plus de 2 000 salariés. Les petites entreprises ont été moins nombreuses à verser la prime, mais lorsqu'elles l'ont fait, celle-ci a bénéficié à davantage de salariés et pour des montants plus élevés.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Merci. Je cède la parole à M. le rapporteur général.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** En premier lieu, je vous remercie car j'ai gommé une à une toutes les questions que j'avais prévu de vous poser. Les questions ont été exhaustives et les réponses ont été très complètes. De nombreux chiffres ont été présentés.

Pour compléter certaines questions qui ont été abordées et qui n'ont pas nécessairement trouvé réponse, je pense qu'il conviendrait d'aborder les mesures TO-DE car ce sujet avait animé le Parlement. J'aimerais aussi savoir si nous avons une évolution sur l'aspect transitoire de ces mesures qui ont été adoptées d'une courte tête lors du dernier PLFSS.

La deuxième question qui n'a pas obtenu de réponse concerne la mesure PAJE. Veuillez m'excuser, mais je suis obligé d'être aussi impartial que possible. Nous avons des chiffrages sur les dépenses pour l'État et le nombre de familles concernées. Toutefois, nous n'avons aucun chiffrage pour cette mesure qui a fait débat au Parlement et qui est en application depuis le 1<sup>er</sup> avril 2018. Quelles en sont les raisons ? Pourrions-nous obtenir des chiffres au cours des prochaines semaines puisque nous sommes à plus d'un an d'application de la mesure ? Il fait partie du « jeu » de l'évaluation que d'être le plus rigoureux possible de part et d'autre.

Voici environ un an, nous disions que la conjugaison des mesures d'exonération de cotisations, de hausse de CSG, d'heures supplémentaires et de prime d'activité pour un salarié au SMIC représenterait à terme quasiment un 13<sup>ème</sup> mois pour un salarié au SMIC. Le confirmez-vous ? Il est important que nous puissions communiquer de façon intelligible à la population.

Dans le cadre du contentieux social, certaines procédures sont parfois ubuesques pour les requérants. Les litiges qui ressortent du bénéfice d'allocations de solidarité dans le domaine de la Sécurité sociale peuvent se trouver répartis entre un tribunal administratif et un tribunal de grande instance avec un éclatement des procédures entre juges judiciaires et juges administratifs. Une famille qui perdrait le bénéfice de droits sociaux pourrait ainsi devoir saisir plusieurs juridictions pour un même grief, ce qui paraît complexe et contraire à la logique du droit. La situation est tout aussi complexe et laborieuse pour les juges qui doivent parfois se dessaisir au profit des autres. Avez-vous une réflexion sur ce sujet ?

**Mme Mathilde Lignot-Leloup.** Merci Monsieur le rapporteur général. Concernant les exonérations pour les travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi dans le secteur agricole, telle que la mesure a été votée et prévue dans la dernière LFSS, le dispositif a été prolongé pour deux ans. Aucune évolution n'est attendue. Comme chaque année, nous assurerons un suivi du dispositif dans le cadre de l'annexe 5 du PLFSS. Le dispositif a été prolongé jusqu'en 2021.

**Mme Marie-Christine Verdier-Jouclas.** En fait, il ne s'agit pas tout à fait du même dispositif que nous avons prolongé. Nous sommes allés au-delà puisque nous avons proposé une exonération de 1,20, puis dégressive jusqu'à 1,6 SMIC pour deux ans. Par conséquent, je ne suis pas sûre que la réponse selon laquelle le dispositif a été prolongé sans incidence sur les finances soit adaptée.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Avez-vous des précisions à apporter ?



**Mme Mathilde Lignot-Leloup.** Nous pourrions vous apporter des éléments de suivi et de bilan de l'évolution du dispositif. L'exonération étant prolongée jusqu'en 2021, elle fait l'objet d'un suivi dans les compensations et les crédits financés par l'État à la Sécurité sociale pour compenser cette exonération. Ce dispositif fait l'objet d'une compensation par crédit budgétaire et d'un état semestriel des dépenses, ainsi que d'un suivi dans le cadre de l'annexe 5 du PLFSS sur le bilan des exonérations.

Concernant la deuxième question du rapporteur général sur l'article 37 de la LFSS 2018, je ne dispose pas de suffisamment d'éléments détaillés à vous fournir sur son impact. Cette mesure, qui a remis le barème et les plafonds de la PAJE et du complément familial, est entrée très progressivement en vigueur à partir de 2018. Elle s'est appliquée à partir des naissances et des adoptions intervenues au 1<sup>er</sup> avril 2018. La montée en charge très progressive s'inscrit au seul flux des nouvelles naissances et adoptions. Nous serons davantage en mesure de vous fournir des évaluations à partir de cet automne et en fin d'année.

**M. Jean-Philippe Vinquant.** Je me propose de répondre à la question de M. le rapporteur général sur la réforme des juridictions sociales à laquelle la direction générale de la cohésion sociale et la direction de la Sécurité sociale ont contribué. Les dispositions votées dans la loi Justice du XXI<sup>ème</sup> siècle portaient déjà un certain nombre de mesures de simplification, notamment en supprimant une commission spécialisée qui était très peu connue des usagers des différents services publics sociaux. Les taux de recours étaient faibles et les délais d'instruction et de jugement étaient longs au sein des CDAS (Commissions Départementales de l'Aide Sociale) dont les greffes étaient tenus par les directions départementales de la cohésion sociale. Nous avons fait basculer ce contentieux en tentant de rationaliser au maximum entre les pôles sociaux des tribunaux de grande instance et les juges administratifs, lesquels constituent un facteur de simplification.

Néanmoins, nous savons que la situation demeure imparfaite. Par exemple, si une personne âgée bénéficie d'une allocation de type aide sociale à l'hébergement et qu'il y a un sujet de créance alimentaire et un différend sur la fixation d'un niveau d'obligation alimentaire, deux juridictions peuvent être saisies. L'une le sera de la question de l'attribution du refus de la prestation ; l'autre le sera de la fixation d'un niveau de créance alimentaire. C'est pourquoi nous avons une réflexion avec nos collègues de la chancellerie pour tenter de faire progresser cette simplification.

Je rappelle que nous avons mis en place le recours administratif préalable obligatoire dans des champs où il n'existait pas comme les décisions des commissions départementales des droits des personnes handicapées. Un certain nombre de progrès en matière de simplification ont été réalisés, notamment par la suppression d'une juridiction spécialisée de l'aide sociale. Il reste à parfaire quelques aspects de contentieux complexes qui peuvent être encore traités par deux juridictions suivant l'angle considéré.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Je cède la parole à Mme de Vaucouleurs.

**Mme Michèle de Vaucouleurs.** Merci Madame la présidente. Je souhaiterais revenir sur une question à laquelle je n'ai pas obtenu de réponse, mais je pense l'avoir trouvée par moi-même en consultant les informations apportées. Ma question concerne le versement de l'allocation de rentrée scolaire qui devait être fixée par décret. Je crois avoir compris que l'âge n'a pas été modifié et qu'il reste fixé à six ans, ce qui se comprend. J'aurais néanmoins souhaité obtenir une réponse.

**Mme Mathilde Lignot-Leloup.** Effectivement, j'ai omis de répondre à votre question. La couverture des droits du bénéfice de l'allocation de rentrée scolaire est fixée à 6 ans.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** M. Isaac-Sibille ?

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** Merci Madame la présidente. Le PLFSS 2018 faisait état d'un élément important : le RSI. Pouvez-vous nous dire où vous en êtes ?

**Mme Mathilde Lignot-Leloup.** Il s'agit d'une mesure importante, à savoir l'article 15 de la LFSS 2018 qui visait à supprimer le RSI et répondre à un double objectif d'améliorer la qualité de la protection sociale et du service rendu aux travailleurs indépendants, mais aussi de faire en sorte d'éviter le changement de caisse d'assurance-maladie et de retraite à la création d'une activité de travailleur indépendant. Nous avons commencé à mettre cette réforme en place dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018 avec une période intermédiaire de deux ans.

Grâce à un travail très important mené avec les trois caisses du régime général qui reprennent la gestion de la protection sociale des travailleurs indépendants et qui reprendront les agents de l'ex-RSI d'ici la fin de l'année, nous avons réussi à améliorer significativement la qualité du service rendu aux travailleurs indépendants. En 2018, nous avons fait progresser le taux de réponse téléphonique aux travailleurs indépendants de 12 points et avons fait baisser de 17 points les réclamations. La qualité de service s'est nettement améliorée à partir de 2018. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, les nouveaux travailleurs indépendants sont directement gérés par la caisse primaire d'assurance-maladie. Cette évolution s'est opérée de manière satisfaisante.

D'ici à fin juin, l'objectif est que tous les salariés qui relevaient du RSI aient une visibilité sur leur emploi dans la branche recouvrement et la branche retraite. D'ici fin juin, les 5 000 salariés de l'ex-RSI sauront à quel organisme ils seront rattachés pour contribuer à améliorer concrètement la protection sociale des travailleurs indépendants.

**Yann-Gaël Amghar.** Les améliorations attendues en termes de qualité de service aux travailleurs indépendants sont prouvées par la baisse du nombre de réclamations, mais également la diminution des impayés de cotisations. Nous savons que les difficultés de compréhension rencontrées par les travailleurs indépendants à la lecture des montants demandés sur leurs appels de cotisations avaient contribué à dégrader le paiement. Depuis un an, nous constatons un gain d'un point de recouvrement. Le niveau des impayés est passé de 6 % à 5 %. Cette amélioration a contribué à celle de la relation avec les travailleurs indépendants.

Diverses mesures sont conduites en ce sens, notamment avec un effort en direction des auto-entrepreneurs et une mise à niveau de l'offre digitale. Il s'agit d'une population de particuliers qui n'est pas forcément à l'aise avec les démarches administratives, mais dont une large majorité dispose d'un *smartphone*. Outre la mise en place de la possibilité de déclarer et de régler ses cotisations sur son *smartphone* et avec un site Internet plus ergonomique, nous avons mis en place des dispositifs d'accompagnement des créateurs d'entreprise.

Nous avons identifié que les travailleurs indépendants sont généralement les plus en difficulté administrative car le processus est nouveau pour eux. Il est nécessaire d'être proactif en leur proposant un point global, en collectif s'ils le souhaitent, pour les préparer et

répondre aux questions qu'ils peuvent se poser sur la retraite ou la possibilité d'obtenir un délai de paiement. Ce dispositif qui est testé dans deux régions donne de bons résultats.

Nous testons également un accueil physique dans certaines villes permettant de prendre en charge les besoins globaux des travailleurs indépendants par rapport au service public et à la protection sociale. Nous avons constaté une précarisation des travailleurs indépendants, avec un public qui n'est pas forcément très différent de celui que nous connaissons dans les CAF. Ils ont de vraies questions sur le lien entre leurs démarches liées à leurs cotisations et à leurs revenus et les démarches relatives à la CAF et à Pôle Emploi. Par exemple : « *J'ai besoin d'une attestation de paiement de cotisations ou de chiffre d'affaires pour obtenir une indemnisation par Pôle Emploi. Les revenus que je déclare à l'Urssaf sont-ils cohérents avec ma déclaration à la CAF ?* ». Nous mettons en place des dispositifs permettant de répondre de manière coordonnée et cohérente aux questions des travailleurs indépendants sur ces aspects.

Environ 95 % des personnels ont accepté une proposition d'affectation. Les 5 % restants seront traités d'ici fin juin en sachant qu'une partie d'entre eux sera intégrée dès le 1er juillet 2019. Nous constatons que le climat social est très bon au sein des caisses ex-RSI. La visibilité donnée aux salariés sur leur parcours professionnel en respect des engagements pris en termes d'absence de mobilité géographique imposée et de licenciement, et le fait que les fonctions s'inscrivent majoritairement dans une continuité par rapport à leur activité actuelle, sont rassurants pour les salariés concernés.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Je tiens à vous remercier infiniment pour les réponses précises apportées à notre commission. Nous poursuivrons nos travaux demain à 9 heures dans cette même salle. Merci.



#### **ANNEXE 4 : COMPTE RENDU DE LA RÉUNION DE LA COMMISSION DU MERCREDI 19 JUIN 2019 PORTANT SUR LES ARTICLES 17, 19 ET 49 DE LA LFSS 2018, 56 ET 62 DE LA LFSS 2019**

*Dans le cadre du printemps social de l'évaluation sur l'impact sur l'organisation des soins (évaluation des articles 17, 19 et 49 de la LFSS 2018, 56 et 62 de la LFSS 2019), la commission entend Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice de la Sécurité sociale (DSS), M. Martial Mettendorff, directeur général adjoint de Santé publique France, ainsi que M. Mili Spahic, directeur de cabinet, Mme Véronique Deffrasnes, cheffe de service, secrétaire générale de la direction générale de la Santé (DGS), et Mme Magali Guegan, adjointe à la sous-direction Santé des populations et prévention des maladies chroniques.*

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Mes chers collègues, nous allons commencer nos travaux. Nous poursuivons ce matin notre cycle d'auditions constituant le printemps social de l'évaluation, avec un premier thème relatif à la santé publique et à la prévention, sachant que nous aborderons un deuxième thème à partir de 11 heures.

Je souhaite la bienvenue à nos intervenants, Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice de la Sécurité sociale, M. Martial Mettendorff, directeur général adjoint de Santé publique France, Mme Véronique Deffrasnes, cheffe de service, secrétaire générale de la Direction générale de la Santé (DGS), Mme Magali Guegan, adjointe à la sous-direction Santé et population de la DGS.

Notre organisation sera la même qu'hier. Après les interventions du rapporteur général et des co-présidents de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), les orateurs des groupes disposeront de deux minutes et les autres intervenants d'une minute. Je passe la parole au rapporteur général.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Merci, Mme la Présidente. Bonjour à tous et merci aux personnalités d'avoir accepté notre invitation. Ce matin, nous allons parler de santé publique et de prévention. La prévention a été pendant très longtemps le parent pauvre de la santé en France. Nous avons un excellent système de soins, mais un système perfectible en matière de prévention. À titre d'exemple, sur le plan budgétaire, le budget de la santé est de 200 milliards d'euros par an dans notre pays. La prévention occupe 15 milliards d'euros. Au regard de ce constat, le président de la République s'était engagé pendant la campagne et la ministre de la Santé met en place, depuis qu'elle est nommée, une politique de prévention ambitieuse, notamment chez les plus jeunes. C'est un véritable enjeu de santé publique et de réduction des inégalités sociales. C'est aussi un enjeu de finances publiques. Nous savons qu'un euro investi dans la prévention, ce sont entre 5 et 20 euros économisés dans le curatif.

Dans les deux projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) qui ont été adoptés sous cette législature, des mesures législatives ont été mises en œuvre pour répondre à ces priorités et à la mission dédiée du projet de loi de finances (programme 204) : 9,1 milliards d'euros de dépenses dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale dans la catégorie « consommation des soins et des biens médicaux » pour la prévention primaire et secondaire ; 5,8 milliards d'euros de dépenses en prévention institutionnelle (programmes de prévention nationaux et locaux).

Depuis le début du mandat, nous avons voté entre autres les mesures pratiques suivantes : l'extension de la vaccination obligatoire ; la modulation de la taxe sur les boissons sucrées ; l'augmentation des prix du tabac ; le redéploiement des examens de santé obligatoires ; les forfaits de prise en charge précoces des enfants autistes.

Je ne serai pas plus long. Comme nous l'avons fait hier, Mme la Présidente, je vous proposerai volontiers de reprendre la parole en cours d'audition pour approfondir certaines questions ou demander des précisions sur des réponses données.

**Mme Annie Vidal, coprésidente de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale (MECSS).** Ce printemps de l'évaluation sociale est un temps fort pour la commission des Affaires sociales. Nos réformes sont emblématiques, elles doivent être bien comprises et bien expliquées. Elles doivent aussi être évaluées et ajustées en cas de besoin. Nos deux derniers PLFSS étaient en parfaite cohérence politique. Ils portaient tous les deux la volonté de libérer l'activité économique, de soutenir ceux qui travaillent et entreprennent, d'investir pour transformer notre système de santé et de protéger les plus vulnérables. Nous sommes à la MECSS très attachés à cette volonté d'apporter une contribution évaluative, dynamique et pertinente.

La prévention est un axe important porté par le gouvernement et par nombre de parlementaires. Ce sont 15 milliards d'euros de dépenses publiques. Si nous avons une médecine curative de qualité, force est de constater que la médecine préventive mérite d'être développée. C'est bien ce qui est porté, à la fois au niveau des deux premiers PLFSS et du plan Ma santé 2022.

L'article 62 de la LFSS pour 2019 relatif à la prise en charge de l'intervention précoce pour l'autisme et les troubles du neuro-développement en est une illustration. Aujourd'hui, 5 % des enfants naissent avec un ou plusieurs troubles du neuro-développement sévères. Les parcours de prise en charge sont peu structurés et le diagnostic est souvent trop tardif. Toutes les recommandations relèvent l'importance de la mise en œuvre d'une intervention le plus précocement possible. Comme mes collègues, je le suppose, je suis très souvent sollicitée en circonscription par des parents qui sont confrontés à bon nombre de difficultés et notamment celle de faire face à des coûts de prise en charge qui sont parfois discriminants.

Cet article prévoit la création d'une prestation organisée par des structures médicosociales ou sanitaires et réalisée par des professionnels de ville. Il s'agit du forfait de bilan et d'intervention précoces. L'objectif de cette prestation est de fluidifier les parcours, d'améliorer la prise en charge précoce, de réduire les inégalités et de prévenir les risques de sur-handicap. C'est au total un coût de 105 millions d'euros à l'échéance de 2022, qui seront imputés sur l'ONDAM. Le décret est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2019. Aujourd'hui, pouvez-vous nous indiquer où en est la mise en œuvre de ces forfaits ? Avez-vous déjà des retours sur les premiers enfants qui ont pu en bénéficier ?

**M. Gilles Lurton, coprésident de la MECSS.** J'ai beaucoup de questions sur l'augmentation des prix du tabac, mais je laisserai mes collègues les poser. J'aurai une précision supplémentaire à demander sur ce sujet. Nous avons un peu de recul maintenant sur la mise en place du paquet neutre, puisqu'elle a été faite sous le précédent quinquennat. Je souhaiterais savoir si vous avez déjà des évaluations sur les effets, en termes de santé publique et de consommation, de la mise en place du paquet neutre.

Concernant la taxe soda, des questions similaires pourraient être posées. Nous voudrions vous interroger sur les effets de cette taxe sur la consommation des boissons sucrées adoptée par voie d'amendement par la commission des Affaires sociales et légèrement modifiée par le Sénat.

Disposez-vous à ce jour d'une évaluation précise de l'impact de ces nouvelles modalités de taxation à visée comportementale ? À la suite d'un amendement de mon

collègue Thierry Benoît et du même amendement déposé par moi-même, nous avons obtenu en séance l'exclusion de la taxation sur les boissons sucrées pour les laits à base de soja proposés comme alternative nutritionnelle, notamment pour les enfants allergiques aux protéines d'origine animale. J'aurais souhaité savoir comment est appliquée cette disposition.

Sur la politique vaccinale, je pense que mes collègues auront aussi beaucoup de questions à ce sujet. La ministre a fait une présentation sur l'évolution de la couverture vaccinale. Ma seule question portera sur la mise en place de carnets de vaccination qui permettraient de mieux suivre cette couverture vaccinale. Puisque nous avons une mission sur le dossier médical partagé (DMP) au sein de la MECSS, je me demandais pourquoi la vaccination ne pourrait pas être comprise dans le dossier médical.

**Mme Audrey Dufeu Schubert.** Je crois que nous serons tous unanimes pour souligner et remercier la ministre Agnès Buzyn sur sa politique volontariste en termes de santé publique dans les précédentes lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) avec différentes mesures : vaccination, taxe soda, prix du tabac, examens de santé obligatoires, prise en charge de l'autisme, etc..

Je voulais particulièrement insister et échanger sur les mesures contre les addictions au tabac ou autres. Lors de la dernière LFSS, il y a eu un très bel amendement voté à l'article 58, qui prévoyait la remise d'un rapport spécifique sur les dépenses en termes de prévention concernant l'alcoolisme notamment. Je voulais savoir où en était ce rapport. Est-il en cours de rédaction ? Avez-vous déjà quelques retours à nous faire à ce sujet ?

Je voulais également vous interroger sur l'article 57 de la dernière LFSS qui entraînait la transformation du fonds tabac en l'élargissant à un fonds addiction. Pouvez-vous nous donner une estimation du montant des crédits qui doivent alimenter ce fonds ?

Concernant ce fonds, pouvez-vous nous transmettre également le montant des dépenses affectées, notamment en termes de patchs nicotiniques ? Combien représentent-ils, en pourcentage sur ce fonds ? Ce fonds est-il essentiellement orienté vers les patchs ou d'autres mesures sont-elles envisagées ?

**Mme Geneviève Levy.** L'article 17 de la LFSS pour 2018 prévoit plusieurs vagues d'augmentation de la fiscalité spécifique applicable aux produits du tabac, l'objectif étant de porter le prix du paquet de 20 cigarettes à 10 euros en 2020. Cette politique tarifaire accompagnée d'une politique d'accompagnement du fumeur en sevrage sera certainement très efficace. Elle a fait ses preuves dans d'autres pays. Avez-vous d'ores et déjà constaté des effets positifs de cette politique antitabac ?

Sur l'article 49 de la LFSS pour 2018 qui prévoit la vaccination obligatoire des enfants de moins de 24 mois, il existe encore des réticences fortes de la part d'un certain nombre de parents qu'il ne faut pas négliger. Avez-vous mis en place des supports de communication destinés à ce public ? Les médecins généralistes et les pédiatres ont-ils reçu une formation spécifique pour déconstruire les présupposés négatifs ? À combien estimez-vous encore le nombre d'enfants nés au 1<sup>er</sup> janvier 2018 qui échappent à ce dispositif ?

Enfin, sur l'article 62 de la LFSS pour 2019 qui prévoit une prise en charge du bilan de détection des enfants présentant un trouble de neuro-développement, c'est aux Agences régionales de santé (ARS) de mettre en place des parcours et de désigner des établissements pilotes pour réaliser le diagnostic. Cette prise en charge est très attendue par les familles, les

associations et les travailleurs du secteur médicosocial. Tous les territoires sont-ils d'ores et déjà pourvus ?

Par ailleurs, le contrat conclu avec des établissements de santé prévoit notamment, pour chaque catégorie professionnelle, des engagements de bonnes pratiques professionnelles et des conditions de retour d'informations à la structure contractante et au médecin traitant. Existe-t-il un cahier des charges rédigé au niveau national par Santé publique France ou par un autre organisme de prévention pour uniformiser les suivis sur tout le territoire ?

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** J'aurai deux questions. La première concerne le tabac. Nous savons que le coût social du tabac est de près de 120 milliards d'euros. Nous estimons que le tabagisme serait la cause de 73 000 morts par an en France, soit 200 par jour. Nous ne pouvons donc que soutenir les politiques publiques visant à améliorer la lutte contre l'addiction au tabac. Sur un plan directement comptable, avez-vous constaté une baisse des volumes de vente des cigarettes ? Y a-t-il un report significatif vers des achats en contrebande ou en approvisionnement dans les pays limitrophes ? Avez-vous un premier retour du remboursement des substituts nicotiques ?

La deuxième question concerne la couverture vaccinale. Selon un article scientifique de février 2019 publié dans la revue *Médecines et maladies infectieuses*, l'extension de l'obligation vaccinale a permis une augmentation de la couverture vaccinale et nous ne pouvons que nous en féliciter. Cette étude pointe par ailleurs une augmentation de la confiance envers les vaccins, ce qui constitue une bonne nouvelle, alors que la France comptait en 2015 parmi les pays ayant le plus haut taux de défiance envers ceux-ci. La loi prévoit une première évaluation de l'efficacité de cette extension de l'obligation vaccinale à compter du dernier trimestre 2019. Les indicateurs dont vous disposez confirment-ils dès aujourd'hui cette amélioration de la couverture vaccinale ?

Enfin, je rejoindrai mon collègue sur le calendrier de vaccinations. Je crois que le DMP est un vrai bon outil pour y intégrer un jour ce calendrier. Ce serait sans doute une erreur de ne pas pouvoir l'utiliser.

Ce n'est pas tout à fait le sujet, mais puisque nous parlons de prévention, j'ai une question sur la vaccination antigrippale. La France est un très mauvais élève en termes de couverture de vaccination antigrippale. Avez-vous déjà fait une étude d'impact sur l'augmentation du volume de remboursement de cette vaccination ? Le fait d'augmenter le remboursement permettrait-il d'avoir une meilleure prévention ?

**M. Pierre Dharréville.** Vaste question que celle de la prévention. Naturellement, sur ce sujet, nous serons sans doute d'accord pour estimer que notre système de santé n'est pas suffisamment tourné vers la prévention et qu'une politique de prévention publique s'éprouve sur la durée. Elle demande par conséquent des crédits d'État qui devraient être sanctuarisés, y compris peut-être au niveau des ARS. Je serais curieux de savoir comment ces crédits sont utilisés et se répartissent, au-delà du fait de savoir s'ils sont suffisants.

Je voudrais également vous interroger sur les outils dont nous disposons et sur la nécessité d'en développer. Je pense au registre des cancers. Sur mon territoire, la mise en place d'un registre a été annoncée. Elle était demandée depuis longtemps et la couverture du territoire en registres de cancers est sans doute l'un des défis auxquels nous devons répondre.

Notre collègue Michèle Peyron a rendu un rapport il y a quelques jours sur la protection maternelle et infantile (PMI) qui dresse un état des lieux assez sévère de la



situation et fait sans doute des propositions. Je voudrais connaître votre sentiment à ce propos.

Les mesures de prévention qui ont été prises ont été beaucoup tournées vers les consommateurs et la question des prix. Y a-t-il suffisamment de moyens consacrés à l'éducation, d'une part ? D'autre part, quelle prévention en direction des producteurs tels que les industriels de l'agroalimentaire ?

Je voudrais également évoquer la santé au travail. En matière de prévention, il y a beaucoup à faire et je pense que nous avons pris du retard.

Enfin, deux sujets plus particuliers. Qu'en est-il de la prévention en matière de psychiatrie, dont un certain nombre de problématiques sont liées à l'environnement humain ? Où en sont nos réflexions sur le sujet ? Qu'en est-il de l'orthophonie préventive, dont j'ai été saisi et sur laquelle il y a très peu d'investissements ?

**Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice de la sécurité sociale.** Je répondrai d'abord à Mme Vidal concernant la mise en place du forfait de bilan et d'intervention précoces pour les maladies du neuro-développement des enfants. Comme vous l'avez rappelé, cette mesure monte en charge à partir de 2019. Elle se met donc en place dès cette année. Elle a la particularité d'être une prestation très novatrice pour l'assurance maladie, puisqu'il s'agit de coordonner plusieurs types d'interventions d'un point de vue sanitaire et médicosocial. La nouveauté est également que l'assurance maladie, via ces forfaits, prend en charge des prestations qu'elle n'intégrait pas jusqu'à maintenant, notamment concernant les psychologues ou d'ergothérapeutes, ce qui laissait un reste à charge pour les ménages. Il y a un double objectif. D'une part, les familles doivent avoir un diagnostic rapide. D'autre part, il doit y avoir une prise en charge en réduisant les risques financiers d'accès aux soins.

Ce forfait est mis en place par des structures qui ont été identifiées par les ARS. D'ores et déjà, une trentaine de structures vont pouvoir se mettre en place et accueillir des enfants dès cet été. Cela permettra la mise en place à la fois d'un bilan et d'un suivi pendant une année. Le bilan initial a été calibré avec un tarif de 140 euros, qui permet de couvrir des prestations d'ergothérapeutes et de psychomotriciens, de 120 euros pour des psychologues et de 300 euros pour un bilan neuropsychologique complet. S'ajoute à cela un forfait de prise en charge tarifé à 1 500 euros par an, en cas de suivi annuel. Ce dispositif vise à ce que les 5 % d'enfants que l'on estime être atteints de troubles du neuro-développement puissent avoir une détection précoce, puis une prise en charge pendant une année, pour traiter les problèmes de détection et de prise en charge pour les enfants de moins de 6 ans.

D'ores et déjà, en termes de communication, à la fois pour les professionnels de santé, les médecins et les parents, nous avons élaboré une brochure qui rappelle de façon très pédagogique les enjeux de détection et de prise en charge précoces. Cette brochure sera largement diffusée auprès de l'ensemble des médecins qui seront à l'origine de la prescription du forfait et auprès des familles, sur les sites internet de l'assurance maladie et des caisses d'allocations familiales. Il y a en effet un enjeu de communication et d'information sur la prise en charge de ces maladies et sur les nouvelles modalités mises en place. Nous avons prévu une montée en charge jusqu'à environ 105 millions d'euros en 2022 et, dès 2019, il est prévu 90 millions d'euros avec des dispositifs d'avance pour la mise en place de ce mécanisme.

M. Lurton, je vous réponds sur la taxe soda, c'est à dire la reconfiguration dans le dernier PLFSS de la taxe sur les boissons sucrées. L'évolution de cette taxe vise à avoir plus d'efficacité dans la politique de réduction de la consommation de sucres. Cette disposition

est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2018. Il est difficile de faire un bilan complet à date de la mise en œuvre de cette mesure, puisque nous avons besoin d'un peu de recul pour voir la production d'effets de la taxe sur la mise à disposition et la consommation de produits trop sucrés. Nous pourrions certainement faire un bilan complet en 2020.

D'ores et déjà, nous pouvons noter certains premiers effets de la reconfiguration de ce barème. Je rappelle que l'objectif était d'avoir un barème à la fois plus progressif en fonction de la teneur en sucre et plus dissuasif sur les boissons très sucrées, et de supprimer le cumul entre les taxes sur les boissons sucrées et édulcorées. Nous avons prévu qu'il y ait un rendement de cette taxe et, *a priori*, nous sommes en phase avec les estimations qui s'élevaient à environ 85 millions d'euros en année pleine. Nous notons deux premiers effets intéressants du point de vue de la réaction des industriels à l'évolution de cette taxation. D'une part, un certain nombre de fabricants ont réduit la teneur en sucre de certaines boissons les plus sucrées. D'autre part, nous constatons chez certains industriels la réduction des contenants de boissons sucrées, ce qui répond aussi à l'objectif d'avoir une moindre consommation. Comme vous l'avez rappelé, un amendement demandait que les boissons à base de lait de soja pour les enfants soient exclues de cette taxe. À notre connaissance, ce dispositif existe depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2018.

Le troisième élément sur lequel je reviendrai concerne les taxations sur les tabacs et l'évolution de la politique sur le tabac, qui faisaient l'objet de plusieurs questions. Comme vous l'avez rappelé, nous avons mis en place dans la LFSS une stratégie par laquelle le ministre a voulu à la fois augmenter la fiscalité pour pousser à une hausse du prix du tabac et mieux rembourser et accompagner les fumeurs qui veulent arrêter de fumer. En 2018, nous avons mis en place un remboursement des substituts nicotiques directement par l'assurance maladie et non plus par une prise en charge forfaitaire *a posteriori*. Nous avons eu une progression importante du nombre de fumeurs qui ont bénéficié de traitements substitutifs nicotiques. L'utilisation de ces traitements de substitution a pratiquement doublé : en 2018, un peu plus de 580 000 fumeurs ont bénéficié des traitements substitutifs nicotiques par rapport à la situation de 2017. Cela permet d'accompagner la démarche d'arrêt du tabac, et nous avons observé des effets en termes de réduction du tabagisme.

Concernant l'effet de la fiscalité elle-même et de la taxation sur les produits du tabac, l'augmentation de la fiscalité visait à faire augmenter progressivement le prix du paquet de cigarettes jusqu'à 10 euros. En 2018, l'augmentation du prix du tabac avait permis d'avoir une progression du prix moyen mais qui restait un peu en deçà de l'objectif visé de 8,1 euros en 2018. Un industriel notamment avait plutôt choisi de ne pas augmenter son prix du tabac et de rogner sur ses marges. Ce prix du tabac a bien atteint la cible fixée avec la nouvelle augmentation qui est intervenue en mars 2019 : l'objectif de 8,1 euros est alors atteint, ce qui permet de tracer une trajectoire pour arriver au prix de 10 euros pour le paquet en 2020.

Concernant les effets, nous avons constaté une baisse du volume de consommation de cigarettes en 2018. La consommation a baissé de 11 % entre mars et décembre 2018. Sur les cinq premiers mois de l'année 2019, nous voyons une confirmation de cette tendance à la baisse du volume de cigarettes consommées (-7 %). Nous suivons attentivement un point : la baisse des volumes de tabac à rouler n'est pas aussi importante en 2018 que ce que nous visions. Sur les cinq premiers mois de 2019, l'évolution des volumes de tabacs à rouler est de + 6,5 %. C'est un point d'attention, car nous devons nous assurer qu'il y a bien une baisse du volume de tabac, qu'il s'agisse de cigarettes ou de tabac à rouler.

Un des enjeux de cette politique est d'éviter le développement de la contrebande ou du trafic de cigarettes. L'enjeu est qu'il y ait une baisse globale de la consommation de

tabac. Cette politique s'accompagne, en plus de la hausse de la fiscalité et de l'accès plus facile aux traitements substitutifs nicotiques, d'un renforcement des actions de lutte contre la contrebande. Une action est menée sous l'égide du ministre Gérard Darmanin par les douanes pour renforcer les actions de lutte contre les trafics. Nous pouvons notamment noter que, depuis le début de l'année 2019, les services des douanes ont procédé à un peu plus de 6 000 saisies et à la destruction de plus de 170 tonnes de tabac de contrebande. Voilà donc quelques premiers éléments de réponse.

**M. Martial Mettendorff, directeur général adjoint de Santé publique France.**

Je voudrais revenir sur la question de l'impact des politiques contre le tabagisme. Aujourd'hui, les résultats montrent 1,6 million de fumeurs en moins en deux ans. C'est le résultat issu des baromètres annuels de santé publique. C'est une baisse inédite de 12 % en deux ans, après plusieurs années de stabilité du tabagisme. Le nombre de fumeurs baisse d'un million entre 2016 et 2017 et poursuit sa baisse avec 600 000 fumeurs en moins entre 2017 et 2018. Nous avons une prévalence du tabagisme quotidien de 25,4 %, et qui a baissé de quatre points en deux ans.

Il faut comprendre que le chiffre de 1,6 million de fumeurs en moins traduit l'arrêt du tabac mais aussi la réduction du nombre de jeunes qui entrent dans le tabagisme. C'est l'impact d'une politique publique importante. C'est la mise en place du paquet neutre. C'est un meilleur remboursement des substituts nicotiques. C'est aussi un soutien important en termes de temps de communication porté par Santé publique France et l'assurance maladie qui permet de maintenir un agenda médiatique par la lutte contre le tabac. Depuis 2016, Santé publique France et l'assurance maladie ont mis en place l'opération annuelle du « mois sans tabac ». C'est un succès et un élément important. Grâce à la mise en place du fonds tabac, avec des moyens supplémentaires, nous avons pu renforcer nos actions en 2018 et avoir un fil rouge tout au long de l'année pour notre activité de marketing social en matière de réduction du tabagisme. Je pourrai évoquer ces aspects si vous le souhaitez.

Sur la question de la vaccination, nous avons publié en avril 2019, à l'occasion de la semaine de la vaccination, un bulletin de santé publique qui fait état de certains points-clés auquel je vous renvoie. Il montre une augmentation du recours à la vaccination chez les nourrissons nés depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018. Nous avons 5,5 points supplémentaires pour l'utilisation du vaccin Xavalon avec un pourcentage d'utilisation en 2018 qui atteint 98,6 % contre 93,1 % en 2017. Nous avons également une augmentation de la couverture vaccinale de la première dose de vaccins contre le pneumocoque. Nous observons une augmentation de 36,4 points de la couverture vaccinale de la première dose de vaccins contre le méningocoque C : 75,7 % en 2018 contre 39,3 % en 2017. Nous avons également une augmentation des couvertures vaccinales chez les enfants avant l'entrée en application de la loi de 2,2 points pour la première dose de vaccin ROR chez les enfants ayant eu 12 mois en 2018. Nous constatons une augmentation de 3,21 points sur la première dose du vaccin HPV chez les jeunes filles de 15 ans nées en 2003. Nous observons donc une évolution positive de la couverture vaccinale.

Nous avons une majorité d'opinions positives des jeunes parents sur la vaccination et ses bénéfices. L'importance de la vaccination pour la santé des enfants est à 91 % et à 87 % pour la protection de la collectivité. Elle progresse dans l'opinion des parents, avec + 5 points par rapport à juin 2017. 86 % des gens adhèrent à l'idée que les obligations vaccinales permettront d'augmenter le nombre de personnes vaccinées en France et 77 % pensent qu'elles vont réduire les épidémies. Nous notons surtout une forte adhésion des professionnels de santé à la vaccination et aux vaccinations obligatoires. La proportion de médecins généralistes et de pédiatres favorables à la vaccination en général atteint 99 % dans

nos enquêtes réalisées en février et mars 2019 auprès de 758 médecins généralistes et 615 pédiatres.

Le dispositif de marketing social sur la vaccination a également été très important. Après la démarche mise en place par le Pr Fischer d'association des citoyens à cette question, nous avons mis en place le site Vaccination Info Service qui permet au grand public d'avoir des réponses à leurs questions sur la vaccination. Au moment de la semaine de la vaccination, plus de six millions de visiteurs uniques étaient allés sur le site depuis son lancement en mars 2017. Nous avons ouvert un volet de Vaccination Info Service pour les professionnels de santé. Toujours au moment de la semaine de la vaccination en avril, nous comptons 180 000 visites de professionnels de santé sur le site.

Cela reste un enjeu à suivre. Nous devons continuer à mobiliser sur la question de la vaccination. En tout cas, nous sentons un renversement de tendance et un début d'engagement dans des taux de couverture importants. La rougeole reste un problème pour la France, sur lequel il faut continuer d'agir.

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** J'aimerais revenir sur le calendrier de visites médicales. Nous disons que 20 visites médicales sont obligatoires, j'aimerais savoir pour qui. Les familles sont-elles obligées de les faire ? La puissance publique doit-elle les contrôler ? À partir du moment où c'est obligatoire, il serait intéressant que vous puissiez en rendre compte. À partir du moment où elles sont remboursées à 100 %, vous devez savoir exactement combien de visites médicales ont eu lieu. Une classe d'âge, c'est 800 000 enfants. Pour ces 20 visites médicales obligatoires, quel est le pourcentage de ces 800 000 enfants qui bénéficient de la prise en charge à 100 % ? Si c'est obligatoire, je pense que c'est possible pour la puissance publique de vérifier qu'elles soient faites. J'aimerais savoir ce qu'il en est. Nous savons très bien que certaines parties de ce dispositif médical sont faites par la médecine scolaire, mais seulement 40 % des enfants profitent de la médecine scolaire.

**M. Bernard Perrut.** Je vais évoquer la mise en place du parcours de bilan d'intervention précoce pour l'autisme et les troubles du neuro-développement prévue par l'article 62 du PLFSS. Cet article prévoit une prestation organisée par les structures médicosociales ou sanitaires et réalisée par les professionnels de ville (psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes) et définit les modalités de prise en charge par l'assurance maladie. Différentes modalités sont ou devraient être prévues : forfaits de bilan et intervention précoces versé aux structures, durée du parcours limitée à un an avec prolongation possible dans l'attente de la décision de prise en charge pérenne de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. J'aimerais savoir quel bilan vous pouvez dresser de la mise en place de ce nouveau dispositif, des conditions de prise en charge pour les familles et des conditions de financement pour les intervenants (psychologues, psychomotriciens et ergothérapeutes).

**M. Marc Delatte.** Ma question porte sur la prévention cardiovasculaire chez la femme. 400 morts par jour avec une majorité de femmes (52 %) contre 42 % chez l'homme. Nous n'avons pas connu d'améliorations ces dernières années concernant la mortalité cardiovasculaire chez la femme, selon la Cour des comptes. Il est vrai que les femmes jeunes fument. Nous avons des progrès liés à la politique volontariste de la ministre sur la prévention tabac. Les symptômes sont atypiques avec un retard de diagnostic, un retard de l'appel au SAMU (une heure de plus par rapport à l'homme) et une moindre vascularisation. Je souligne que la loi de février 2019 votée à l'unanimité pour lutter contre la mort subite est une très bonne chose. Il y a un paradoxe, parce que les femmes font des consultations médicales régulières. Où en est l'évaluation de nos politiques de prévention ?

**M. Jean-Carles Grelier.** Ma première question portera sur la gouvernance de notre système de prévention et notamment sur la coordination locale. Comment pourrions-nous mieux faire en sorte que, par-delà les difficultés d'effectifs, les médecins de PMI, du travail, les médecins scolaires et les médecins traitants se parlent, coordonnent leurs actions et mettent en cohérence leurs actions de prévention auprès de leurs patients ?

Ma deuxième question est plus pratique et ponctuelle. Face au déficit de praticiens sur les territoires en ophtalmologie, comment pouvons-nous prendre en charge efficacement la prévention et le dépistage des troubles visuels chez les enfants ? Un ophtalmologiste ne prend plus de nouveaux patients et donc pas de nouveaux enfants. Aujourd'hui, un certain nombre d'enfants sont en difficulté, y compris scolaires, pour des troubles visuels non détectés. Quelle réponse pouvez-vous nous apporter ?

**Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.** La bonne nouvelle de la prévention comme une priorité, tout le monde s'en réjouit. Ma question rejoint les préoccupations de M. Isaac-Sibille et de mon précédent collègue. Je voudrais demander une précision concernant la coordination et le pilotage. Nous savons que ces bilans de santé portent des enjeux majeurs. Nous parlons de la vaccination, du dépistage des troubles d'apprentissage, des troubles autistiques, de l'obésité, etc. L'expertise est très différente en fonction des professionnels qui sont pointés, la coordination reste assez floue. Dans la mise en œuvre de ces nouveaux examens de santé, réfléchissez-vous à réviser le pilotage de la prévention, notamment à en assurer la coordination et *in fine* une meilleure prise en charge des jeunes ?

**Mme Marine Brenier.** Ma question concerne la vaccination obligatoire. Plus d'un an après l'extension de l'obligation vaccinale pour les enfants, nous pouvons reconnaître que cela porte ses fruits. Le nombre d'enfants vaccinés contre l'hépatite B a augmenté de 8 % et ceux protégés contre les méningocoques C de 31 %. Même si les professionnels de santé reconnaissent que la panique créée autour de la rougeole a certainement joué, plusieurs signes laissent penser que la confiance envers les vaccins se réinstalle doucement. Aussi, la semaine dernière, une adolescente est décédée à Nice des suites d'une méningite. Or, il existe un vaccin contre la méningite. Que pensez-vous de l'extension vaccinale ? Est-elle envisageable au vu des bons résultats de l'obligation vaccinale aujourd'hui ? Comment peut-on l'étendre ?

**Mme Monique Limon.** Dans un récent rapport, l'Académie nationale de pharmacie s'est inquiétée de la faible couverture vaccinale chez les professionnels de santé, qui peut être responsable d'infections nosocomiales parfois graves, lorsqu'elles surviennent chez des sujets physiologiquement ou pathologiquement immunodéprimés ou atteints de certaines maladies chroniques. Elle recommande donc l'obligation vaccinale contre la rougeole pour tous les professionnels de santé en exercice ou en formation. En contact direct avec les patients, les professionnels de santé se doivent à mon avis de montrer l'exemple. Quelle serait la position du gouvernement ? Pourriez-vous intervenir pour rendre obligatoire cette vaccination envers les professionnels de santé ?

**Mme Monique Iborra.** Je voulais vous interroger sur la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Aujourd'hui, elle est essentiellement dans les mains des conseils départementaux par le biais de la conférence des financeurs. En France, nous vivons plus longtemps que dans les autres pays européens, mais nous vivons le plus longtemps en déficience de santé. Quel est l'état des lieux porté à votre connaissance sur la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées ?

**M. Pierre Dharréville.** Je voudrais insister sur un point. Pour développer une action efficace en matière de prévention, il faut une bonne connaissance de l'état des choses.

Santé publique France est chargée notamment de la surveillance de l'état de santé des populations. Dans le territoire du golfe de Fos où je vis, je crois qu'il y a des besoins extrêmement particuliers, comme dans un certain nombre de grands sites industriels de notre pays, sur lesquels je demande des enquêtes publiques et des dispositifs poussés sur le plan sanitaire et épidémiologique. Je crois que nous en avons véritablement besoin. Je voudrais savoir non seulement ce qui a été entrepris sur le sujet cette année, mais aussi ce qui doit pouvoir l'être dans les temps à venir. C'est une urgence.

**Mme Claire Pitollat.** Je souhaite profiter de ce printemps de l'évaluation pour aborder la question du soutien à la parentalité. L'accompagnement à la parentalité est à la fois préventif et réparateur dans des périodes déterminantes de la vie des enfants qui en bénéficient avec leurs parents. Aujourd'hui, un million de personnes bénéficient de l'accompagnement à la parentalité. Pour autant, moins de 0,5 % du budget de la branche famille y est consacré. Ces dispositifs, qui sont finalement assez peu nombreux, souffrent d'un manque de connaissance et de coordination. À l'aube du PLFSS pour 2020, j'aimerais savoir comment vous pouvez améliorer l'efficacité de ces dispositifs, ce qui a été fait récemment au sein du gouvernement et quelles sont vos intentions pour la prochaine LFSS.

**Mme Laurence Vanceunebrock-Mialon.** Alors que la Sécurité sociale devait revenir à un équilibre financier cette année, les mesures sociales mises en place depuis décembre 2018 vont créer un déficit qui risque d'être compris entre 1,7 et 4,4 milliards d'euros selon la commission des comptes de la Sécurité sociale. Ces comptes reposaient sur un excédent de 108 millions d'euros après un déficit de 1,2 milliard d'euros en 2018. Ce nouveau déficit de 1,7 milliard d'euros résulterait d'une moindre progression de la masse salariale soumise à cotisation (plus 2,9 % contre 3,5 % attendus initialement) et risquerait d'être alourdi par la non-compensation des allègements et des exonérations prévues par la loi qui concernent les heures supplémentaires et les primes exceptionnelles, ainsi que l'annulation de la hausse de la contribution sociale généralisée pour 5 millions de retraités à hauteur de 2,7 milliards d'euros. Quelles pourraient être les propositions pour compenser le manque de recettes et permettre la non-détérioration des comptes de la Sécurité sociale ?

**M. Adrien Quatennens.** La LFSS a prévu l'introduction d'un parcours de bilan et d'intervention précoces pour les jeunes enfants, mais la stratégie gouvernementale pour l'autisme ne s'appuie pas suffisamment sur la nécessité d'opérer ces dépistages précoces, alors qu'ils ont des vertus essentielles. Pour ce faire, nous manquons de médecins scolaires, capables d'effectuer ces dépistages. Sans moyens nouveaux, les bonnes intentions de la stratégie gouvernementale pour l'autisme resteront à notre avis des vœux pieux. Or, le manque de moyens s'observe à tous les niveaux, du dépistage à l'encadrement des patients. De nombreuses familles sont contraintes et nous interpellent sur leur obligation de partir en Belgique ou en Espagne, à tel point que la Belgique va installer des quotas de patients français. La seule possibilité pour ces patients est de retourner au domicile familial, avec tout ce que cela comporte de complications. J'aimerais savoir comment vous avez l'intention de répondre à ce déficit de moyens manifeste.

**Mme Josiane Corneloup.** Ma question sera très pragmatique. Au regard de l'augmentation du prix des cigarettes pour prévenir ou réduire le tabagisme et plus largement d'une politique publique antitabac avec le « mois sans tabac » et le remboursement des substituts nicotiniques, j'aimerais connaître l'impact de ces mesures sur la consommation de cigarettes en France. Qu'en est-il parallèlement de la vente de tabac à rouler et des ventes illicites, achats transfrontaliers légaux et le duty free ?

**M. Boris Vallaud.** Vous avez évoqué la lutte contre le tabac. Un sujet d'importance concerne votre ministère et le ministère des Finances, notamment la Direction des Douanes,

c'est la question de la traçabilité. Une bonne partie du trafic est le fait des cigarettiers eux-mêmes. Le protocole de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) prévoit en particulier que le système de traçabilité qui sera mis en œuvre doit être totalement indépendant des fabricants de cigarettes. Or, certains s'émeuvent du fait que, dans la transcription au niveau européen et national, une part de la traçabilité puisse demeurer entre les mains des cigarettiers. J'aimerais avoir votre appréciation sur la situation et que vous nous fassiez un point d'étape sur la mise en œuvre de cette traçabilité.

**M. Jean-Hugues Ratenon.** Concernant la prévention et la santé publique à La Réunion, j'aimerais parler rapidement de deux points. Alors que la couverture maximale augmente sur les vaccinations obligatoires, Santé publique France a remarqué qu'elle était insuffisante pour les méningocoques, le vaccin rougeole-oreillons-rubéole ainsi que sur le papillomavirus. Allez-vous mettre en place une politique particulière pour pallier cette couverture insuffisante et anormalement basse par rapport à l'Hexagone ?

Deuxièmement, j'aimerais parler du financement de l'hôpital public à La Réunion. Nous bénéficions d'un coefficient multiplicateur qui reconnaît que les soins à La Réunion coûtent plus cher que dans l'Hexagone. Cependant, contrairement à d'autres territoires, ce coefficient n'a pas été réévalué et nous enregistrons une perte de plus de 15 millions d'euros dans nos hôpitaux. Avez-vous un avis sur ce gel du coefficient géographique ?

**Mme Claire Guion-Firmin.** Dans le cadre de la stratégie pour l'autisme 2018-2022, la LFSS concrétise l'engagement d'intervenir précocement auprès des enfants afin de limiter le sur-handicap, avec un parcours des enfants de 0 à 6 ans financé par l'assurance maladie. Les moyens supplémentaires prévus à cet effet en 2019 sont de 20 millions d'euros pour le traitement des interventions et de 3 millions d'euros pour la mise en place des plateformes. Comment se mettent en œuvre concrètement sur le terrain ces interventions au regard des grandes difficultés auxquelles est confrontée la pédopsychiatrie française, dues notamment à la crise professionnelle et à des structures régulièrement saturées ?

**M. Jean-Philippe Nilor.** Comment concilier l'urgence de mener des politiques publiques de prévention, notamment au regard du diabète et de l'obésité, avec deux obstacles ? Le premier obstacle est la permanence de publicités pour la « malbouffe » aux abords des établissements scolaires, notamment dans les Outre-mer. Le deuxième obstacle est l'existence de taux de sucre supérieurs dans les outre-mer malgré la loi nouvelle et l'arrêté du 9 mai 2016.

D'autre part, de nombreux travaux scientifiques démontrent clairement les effets de la pratique d'une activité physique et sportive sur la santé, en matière de prévention, notamment du vieillissement, mais aussi en matière de thérapie non médicamenteuse. Pour les cancers, les hypertendus, les personnes atteintes de maladies mentales, les diabétiques, etc., quelles sont les politiques et prises en charge, notamment par la Sécurité sociale, de ces pathologies ?

**Mme Caroline Janvier.** Vous avez annoncé les résultats en matière de lutte contre le tabagisme, nous nous en félicitons. Est-il possible d'identifier les différents leviers que vous avez évoqués en matière de prévention sur cette question (paquet neutre, campagnes de communication, remboursement des substituts nicotiques) ? Il serait intéressant, dans le cadre de l'annonce du Premier ministre dans son discours de politique générale sur la question de la lutte contre l'obésité, de mettre en place les outils de prévention les plus efficaces pour avoir des résultats aussi probants qu'en matière de lutte contre le tabagisme.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** J'ai souhaité attendre que les députés aient terminé pour éventuellement poser d'autres questions ou en compléter quelques-unes.

Concernant le tabac, vous présentez des chiffres excellents et vous êtes rassurants sur le fait que la réduction importante du nombre de fumeurs ne s'accompagne pas d'une explosion des saisies de contrebande. Il y a donc bien des personnes qui arrêtent de fumer dans ce pays. Nous avons parlé de l'augmentation du prix du tabac. Nous pourrions parler de l'impact du paquet neutre, du « mois sans tabac », des substituts nicotiniques. Il y a la question de la cigarette électronique. Combien de Français sont consommateurs de vapotage ? À quel moment la France considérera-t-elle que le vapotage est un outil de sevrage au tabac, à l'instar de ce qui se passe en Angleterre ? Quand on parle du nombre de personnes qui arrêtent de fumer, mais que l'on ne parle pas du nombre de personnes qui vapotent ou vont vapoter pour ce sevrage, cela me pose plutôt un problème, d'un point de vue méthodologique. Les nouvelles restent néanmoins excellentes, nous n'allons pas boudier notre plaisir.

Deuxièmement, un rapport sur la prévention des addictions est prévu par l'article 58 de la LFSS. Il devait être présenté au 1<sup>er</sup> juin et il n'a pas encore été remis au Parlement à ma connaissance. Pouvez-vous nous préciser quand ce rapport sera remis ?

Troisièmement, sur la taxe soda, nous restons un peu sur notre faim avec les éléments qui ont été donnés aujourd'hui. Compte tenu du fait qu'il y a une fiscalité inhérente au taux de sucre dans les boissons, cela veut dire que l'on se base sur l'évolution du taux de sucre pour déterminer la fiscalité. Sinon, nous n'empocherions pas l'argent de la part des industriels. Il y a forcément des chiffres. Ce qui m'interpelle, c'est que les seuls chiffres dont nous disposons depuis un an émanent de la presse, puisque BFM est allé dans les magasins et a vu qu'il y avait une réduction du taux de sucre dans les boissons sucrées de l'ordre de 30 à 75 % selon les boissons. J'aimerais bien que, du point de vue des autorités sanitaires, voire du côté de Bercy, nous ayons des éléments plus factuels, un an après la mise en place effective du dispositif. J'aimerais savoir aussi s'il faut revoir le dispositif législatif, élargir l'assiette ou faire évoluer le taux. Une taxe a été mise en place l'année dernière à l'initiative de ma collègue Dufeu Schubert sur les « prémix ». A-t-elle porté de bons résultats ? Certaines boissons y échappent-elles ? Faudrait-il revoir la fiscalité sur ces questions ?

Vous avez très bien et de façon très complète répondu sur la question de la vaccination. J'ai tous les éléments nécessaires et attendus.

Un dernier point général sur les politiques d'évaluation. De quoi s'inspire-t-on pour faire de la santé publique ? Les Anglo-saxons ont un bon dispositif appelé les « *What Works* ». Ils sont capables d'ériger à l'échelle nationale l'ensemble des expérimentations menées dans les territoires et de faire le point sur ce qui fonctionne ou non. Cela évite parfois de dire de grosses bêtises ou de prendre des positions sur de simples hypothèses. Il s'agit de s'appuyer davantage sur les faits. Vous semble-t-il que la France est entrée dans cette logique d'évaluation et d'expérimentation ou a-t-elle encore du retard ? Je pense que nous avons plutôt du retard. Par exemple, il y a aujourd'hui un grand appel à la légalisation du cannabis en France. Cet appel se fonde notamment sur l'impact éventuel sur la réduction de l'insécurité. Quand on regarde la situation de certains pays ou États qui ont légalisé le cannabis dans cette perspective, tels que le Colorado ou l'Uruguay, nous voyons que la légalisation ne s'est pas du tout accompagnée d'une baisse de l'insécurité, mais d'un report important vers d'autres types de trafics et d'une hausse conséquente du sentiment d'insécurité dans les populations concernées. Si nous avions cette logique du « *What works* » et d'évaluation, peut-être serions-nous plus efficaces. J'aimerais avoir votre opinion sur ce point.



**Mme Magali Guegan, adjointe à la sous-direction Santé et population de la direction générale de la Santé.** Si je reviens sur la politique de lutte contre les addictions, beaucoup a déjà été dit sur la lutte contre le tabac et ses résultats positifs. Cela s'inscrit dans une stratégie très globale qui est menée depuis le premier programme de lutte contre le tabagisme, et le relais a été pris par le nouveau plan national de lutte contre le tabac. Il y a le paquet neutre, la fiscalité et l'augmentation du prix qui s'est faite en parallèle d'une accessibilité aux traitements de substituts nicotiques. C'est une garantie, puisque nous savons que l'effet prix en fiscalité comportementale fonctionne, mais il faut aussi aider les personnes dont on déclenche le réflexe de l'arrêt du tabac. La vente de traitements de substituts nicotiques a beaucoup augmenté ces derniers temps, avec la levée du frein que représentait l'avance de frais sous l'ancien forfait, et la limite du plafond.

Le paquet neutre est l'un des éléments de la dévalorisation du tabac, pour rendre son image plus négative qu'elle ne l'était auparavant. Tout cela joue sur les environnements favorables à la santé et les démarches sont prolongées en ce moment. Je pense aux lieux de santé sans tabac qui s'engagent dans des démarches d'accompagnement, à la fois du personnel et des patients, mais aussi aux terrasses ou parcs sans tabac. Le défi porte aussi sur les générations futures, pour faire des générations sans tabac.

En termes de dépenses de prévention des addictions, la LFSS prévoyait effectivement un rapport au 1<sup>er</sup> juin. J'en suis désolée, nous ne le rendrons pas au 1<sup>er</sup> juin parce que nous sommes un peu en retard, mais nous avons surtout donné la priorité à la transformation du fonds tabac en fonds addiction. Il faudra tenir compte des nouvelles dépenses engagées cette année vers le fonds addiction. Nous voulions passer ces délais très serrés sur la transformation du fonds tabac en fonds addiction pour ensuite faire le rapport. Nous avons commencé à le faire.

Les chiffres de 2017 concernant la prévention des addictions sont de plusieurs ordres. Ce sont 411 millions d'euros pour les structures de prise en charge des addictions et en particulier les consultations anonymes et gratuites pour les jeunes consommateurs de 15 à 25 ans. Les actions de prévention des addictions *via* le fonds d'intervention régional sont de 18,4 millions d'euros. Le fonds tabac a dépensé 100 millions d'euros pour la lutte contre le tabac. Les traitements de substituts nicotiques représentent 32 millions d'euros au sein de ce fonds en 2018. Il y a eu l'amplification du « mois sans tabac » qui a été une très belle réussite en 2018. Les dispositifs de proximité d'aide à l'arrêt du tabac sont portés par l'assurance maladie, qui est aussi un acteur incontournable de la lutte contre le tabac. Nous voyons que toutes les institutions ont un rôle à jouer dans les stratégies de prévention. Je pense aussi à une action importante grâce au fonds tabac, à savoir la mobilisation de la société civile. Cette lutte ne peut pas passer que par les institutions ; plus les acteurs de la société civile s'emparent de la lutte contre le tabac, plus nos politiques sont efficaces et plus nous parlons aux citoyens sur la lutte contre le tabac. Nous avons également des programmes tels que TABADO pour l'aide à l'arrêt des jeunes, notamment dans les établissements d'apprentissage et dans les lycées agricoles, à hauteur de 3,5 millions d'euros. Un gros appel à projets pluriannuel portera sur les programmes de recherche sur la lutte contre le tabac ; un projet traite d'ailleurs du vapotage. 14 millions d'euros étaient dédiés à cet appel à projets.

Une question porte sur la transformation du fonds tabac en fonds addiction, pour aussi traiter des poly-addictions. Il y a un enjeu très important à élargir le champ d'action et à essayer de décliner ce qui fonctionne contre le tabac pour d'autres addictions. Le comité d'orientation, élargi à la société civile et à toutes les institutions concernées par la prévention des addictions, s'est réuni. Sa doctrine est évidemment de poursuivre la dynamique lancée autour du programme national de lutte contre le tabac, mais aussi de mener des actions

relatives à la prévention contre les risques de l'alcool et des autres substances actives, dont le cannabis.

Sur le sujet des multi-addictions, un partenariat est en train de se construire grâce au plan de priorité prévention entre les établissements scolaires (collèges, lycées) et les consultations de jeunes consommateurs. Une convention type est en cours de finalisation pour que des partenariats puissent s'établir localement et pour que la mise en relation avec une cellule de consultations de jeunes consommateurs entre dans la vie des établissements scolaires. Des actions pourraient être menées à l'école et les établissements scolaires qui repèrent des situations difficiles pourraient ainsi aider à l'orientation de leurs élèves.

Concernant le montant du fonds addiction et les dépenses, le fonds tabac représentait 100 millions d'euros l'année dernière et la ministre avait annoncé qu'il en irait de même cette année pour le fonds addiction.

La traçabilité est pilotée par le ministère des Comptes publics. En application de la directive, les textes d'application français ont évidemment respecté les critères de redéploiement par la Commission européenne sur le sujet. Tous les textes d'application ont été publiés le 20 mai dernier. Je ne connais pas exactement leur contenu, mais je vous renvoie aux derniers textes publiés qui ont confié la mission d'identifiants pour la traçabilité des produits à l'Imprimerie nationale. La mission traçabilité n'a pas été confiée à un opérateur privé.

Concernant la vaccination, les premiers résultats positifs existent. Nous avons de bons impacts sur la couverture vaccinale, mais aussi en termes d'adhésion, ce qui était un grand pari et un combat que nous devons continuer. L'adhésion est par essence assez fragile. Il suffit d'un événement pour qu'elle soit rompue. Évidemment, les actions continuent autour de la vaccination obligatoire. La ministre présentera en décembre 2019, comme elle s'y était engagée devant vous durant les débats, un bilan général qui comprendra les données à un an (toute l'année 2018) sur tous les volets. L'enjeu de l'adhésion est aussi celui de la transparence. Il y aura un bilan sur les couvertures vaccinales et l'adhésion, mais aussi sur la pharmacovigilance. Avant la suspension estivale, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) publiera un premier état de la pharmacovigilance 2012-2017 pour montrer la situation de départ, puis celle qui existe à fin 2018 après une année de réforme des obligations vaccinales. La confiance dans la vaccination et la pharmacovigilance est toujours là, mais nous devons mieux communiquer sur ce versant qui est un facteur d'incitation vaccinale.

Vous êtes plusieurs à nous avoir interrogés sur le carnet de vaccination électronique. Vous avez tout à fait raison sur le dossier médical partagé (DMP) : c'est un vrai enjeu de pouvoir enregistrer les données, car le carnet de santé qui recueille principalement les vaccinations des enfants se perd aussi. Un carnet de vaccinations électronique est en train d'être travaillé avec l'Agence des systèmes d'information partagés en santé (ASIP Santé) et devrait intégrer le DMP fin 2019 dans sa version « contenu », pour pouvoir remplir des vaccinations dans le DMP. À partir de 2020, nous travaillerons sur le système expert qui permettra d'organiser de vrais rappels et d'être proactifs à partir du DMP pour faire des notifications de rappels vaccinaux aux patients et aux professionnels. Le sujet du carnet de vaccination électronique est en cours.

Au-delà de la réforme des obligations vaccinales, vous avez évoqué la vaccination antigrippale. Nous avons là un très gros enjeu, car les Français n'y sont pas très enclins. Une des mesures de la LFSS de l'année dernière était la généralisation de la vaccination par les pharmaciens contre la grippe. Tous les textes ont été publiés à partir d'octobre. Cette année,

tous les pharmaciens volontaires pourront vacciner les personnes qui font l'objet de recommandations de vaccination. Pour autant, nous avons vu cette année que les couvertures vaccinales n'ont pas suffisamment augmenté. Elles ne suffisent pas pour atteindre les taux recommandés par l'OMS. Plusieurs actions sont en cours ; nous espérons avoir de meilleures couvertures vaccinales pour cette campagne. L'assurance maladie est en train de travailler sur une nouvelle version de la campagne de communication des outils à diffuser. Nous avons aussi le sujet particulier de la femme enceinte qui ne se fait pas suffisamment vacciner contre la grippe, alors que c'est très important pour la protéger. Nous aurons des actions spécifiques, notamment en lien avec la PMI sur la vaccination antigrippale.

Concernant la vaccination HPV, nous lançons une expérimentation. Le ministre a annoncé en avril dernier une expérimentation votée dans la LFSS de l'année dernière visant à améliorer la couverture vaccinale HPV chez les jeunes filles, sachant que la Haute autorité de santé doit toujours rendre son avis sur la vaccination HPV des garçons. Les textes d'application devraient être publiés d'ici un mois sur la vaccination HPV, notamment pour que la Guyane, qui a été retenue parmi les deux régions volontaires, puisse lancer son projet d'expérimentation à la rentrée scolaire. Il y a aussi un programme de projets de recherche sur l'acceptabilité de la vaccination HPV, pour essayer de voir comment identifier les leviers pour convaincre de l'intérêt de la vaccination HPV.

En termes d'évolution des obligations vaccinales, vous avez évoqué le méningocoque W, qui n'est pas obligatoire, et la vaccination obligatoire contre la rougeole pour les professionnels de santé. Nous avons ces deux questions en tête. Pour les obligations vaccinales pour les méningites, la Haute autorité de santé va refaire un travail. La vaccination sur le W n'a pas été rendue obligatoire parce que c'était un virus moins circulant et qu'il nécessitait beaucoup plus d'injections. Effectivement, des foyers se sont multipliés et cela nécessite de réinterroger la Haute autorité de santé qui est compétente pour se prononcer sur les extensions ou recommandations des obligations vaccinales. La Haute autorité de santé va y retravailler au début de l'année prochaine.

Concernant la vaccination des professionnels de santé, c'est un enjeu pour la grippe. Santé publique France lance une grande enquête en ce moment pour mesurer de nouveau la couverture vaccinale des professionnels de santé en établissements de santé et en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour que nous ayons des données à jour et trouver les meilleures solutions pour la vaccination antigrippale. Sur l'obligation de la vaccination contre la rougeole, la Haute autorité de santé sera saisie dans les prochains jours sur la revue de la vaccination des professionnels de santé. Nous ne cibons pas nécessairement l'obligation par rapport à la recommandation, mais la Haute autorité de santé doit pouvoir se prononcer sur l'actualisation de la vaccination des professionnels de santé et aussi de la petite enfance, puisqu'elle est concernée en matière de protection de la collectivité et des personnes plus fragiles.

Concernant les enfants, le redéploiement sur la période de 0 à 18 ans des examens qui couvraient avant la période de 0 à 6 ans a permis d'ancrer un meilleur suivi obligatoire des enfants tout au long de leur développement. L'obligation est à la fois à la charge de l'État et des parents : de l'État, dans la mise en place de ce redéploiement des examens de santé et dans la prise en charge à 100 % qui est assurée par l'assurance maladie sur ces vingt examens ; elle est aussi à la charge des parents puisque, selon la rédaction de la loi, les parents sont obligés d'emmener leurs enfants. Une question se pose sur le contrôle. L'idée n'est pas de sanctionner les parents s'ils n'emmènent pas l'enfant chez le médecin traitant. Néanmoins, toutes les obligations de protection de l'enfant participent de la responsabilité des parents en droit général. Il n'y a pas que la symbolique de l'obligation pour les parents.

Les enfants vont chez le médecin, mais nous avons un sujet sur le suivi. Nous travaillons avec l'assurance maladie pour opérer un suivi très particulier et très fin de ces examens.

Évidemment, ces examens peuvent aussi être faits par la PMI et l'Éducation nationale puisque certains examens peuvent être réalisés à l'école. Le projet de loi pour une École de la confiance qui vient d'être adopté en commission mixte paritaire prévoit que la visite à trois ans sera réalisée de manière obligatoire à l'école. Cela fait le lien avec le déplacement et les annonces du Secrétaire d'État auprès de la ministre des Solidarités et de la Santé, M. Taquet, sur la PMI, qui est un outil formidable pour la protection des mères et des enfants et qu'il faut aider à avoir un impact territorial et à assurer une égalité qui n'existe plus sur le territoire. Pour cela, l'idée est que les agences régionales de santé puissent contractualiser. Il doit déjà y avoir une coordination par nos services pour articuler l'action des personnes qui travaillent avec elles sur les territoires. Si la PMI est de la compétence des départements, nous devons travailler avec eux pour que l'agence régionale de santé ait aussi un rôle à jouer en termes de soutien à la PMI et parvenir à créer cette logique de parcours où les médecins scolaires, de PMI et traitant de l'enfant pourront mieux communiquer. Le projet de loi pour une École de la confiance, le plan de priorité de prévention et le plan PMI ont tous pour but d'arriver à faire se parler les acteurs autour de l'enfant et pour son bénéfice.

**M. Martial Mettendorff.** Je vais répondre aux questions de gouvernance et d'évaluation. Effectivement, avec la mise en place de Santé publique France, puisque l'agence a été créée en 2016, nous avons rapproché la connaissance de l'état de santé de la population des interventions de prévention ou des interventions de situations sanitaires exceptionnelles. Santé publique France joue un rôle dans la gouvernance de la prévention. Je voudrais illustrer mon propos par deux points.

Premièrement, il est nécessaire que nous ayons des données scientifiques pour pouvoir suivre l'état de santé de la population. Nous publions énormément de résultats d'enquêtes et d'études. Nous mettons depuis quelques mois à disposition des ARS sur le portail Géodes l'ensemble des données régionales dont Santé publique France dispose. Ce sont 40 thématiques, 400 indicateurs de santé qui permettent aux ARS de connaître l'état de santé de leur région et surtout de se comparer aux autres. La mise à disposition d'une connaissance est un élément important et structurant. Nous travaillons également sur la définition, au niveau des territoires infrarégionaux, d'indicateurs de santé, permettant de conduire et de coordonner des politiques publiques. C'est un élément clé pour nous.

Le deuxième élément clé est l'évaluation des actions. Nous sommes engagés dans la mise à disposition des partenaires qui interviennent sur le terrain des ARS d'un portail des actions probantes en matière de prévention. Il est très important que nous puissions avoir des actions éprouvées et efficaces. C'est un élément clé. Nous menons des évaluations. C'est un dispositif assez lourd qui nous prend beaucoup de temps. J'attire votre attention sur l'importance de cet élément, parce que nous avons par exemple évalué cinq actions sur les conduites addictives. Sur ces cinq actions de prévention, nous pouvons considérer que deux ont des impacts positifs et qu'elles fonctionnent. Deux sont avérées contreproductives, voire néfastes à certains égards. Pour la cinquième, nous n'avons pas été complètement capables de nous prononcer. Moins de la moitié des actions soumises à évaluation sont effectivement efficaces.

Malgré tout cela, je suis d'accord, nous ne sommes pas encore au niveau où nous devrions l'être pour ces actions. Nous aimerions pouvoir insister sur le retour sur investissement, secteur sur lequel l'agence n'a pas aujourd'hui suffisamment de compétences et n'a pas rassemblé. Au fond, investir dans la prévention, c'est améliorer l'état

de santé de la population et, de fait, gagner sur la dépense de l'assurance maladie. Il faudrait que nous parvenions à prouver cela. S'agissant de l'hypertension artérielle, en termes de méthodes de santé publique, comment prioriser ? Santé publique France, ce sont certes 650 personnes et 170 millions d'euros de budget, mais il faut néanmoins choisir ses priorités sur la santé publique et la prévention. Nous choisissons principalement en fonction du poids des maladies *via* le *World diseases*. Tous les pays au plan international se concertent sur les méthodes pour faire cela. Nous sommes engagés dans un programme européen d'évaluation du *World diseases*. Les grands déterminants sont le tabac, l'alcool, la nutrition. Si nous agissons sur ces trois éléments, nous sommes en phase pour agir sur la prévention de l'hypertension.

Sur le vapotage, nous avons publié lors de la semaine de la vaccination une petite étude extraite du baromètre de santé publique 2017 sur l'usage de la cigarette électronique. Il ressort que 32,8 % des 18-75 ans déclarent avoir expérimenté la cigarette électronique. 3,8 % vapotent et 2,7 % vapotent quotidiennement. Paradoxalement, la prévalence est en baisse par rapport à 2014 où nous avions 5,9 % sur les 15-75 ans, en raison d'une baisse du vapotage occasionnel, alors que le vapotage quotidien est stable. Il faut comparer cela à la prévalence d'usage actuel de la cigarette électronique qui est estimé à 2 % et à l'usage quotidien à 1 % en Europe. L'Angleterre affichait une prévalence du vapotage d'environ 6 % parmi les adultes en 2018. Nous suivons ces chiffres ; ils sont un élément important dans la politique qui est conduite sur la réduction du tabagisme.

**Mme Mathilde Lignot-Leloup.** Premièrement, je reviendrai brièvement sur la stratégie de lutte contre l'autisme qui fait l'objet d'un plan global qui a été lancé et qui s'accompagne, y compris dans les établissements scolaires, de formation des enseignants. Une formation des enseignants se met en place et se déploiera avec des enseignants « ressources », ce qui permet aussi de détecter de manière précoce les troubles des enfants et de les orienter ainsi vers la prise en charge soignante et médicosociale.

Le forfait de bilan et de détection précoces, du point de vue des familles, est pris en charge à 100 %. Il n'y a ni avance de frais ni paiement par les familles puisque nous finançons directement les structures par l'assurance-maladie qui permettront de faire le bilan et la prise en charge pendant au moins un an, voire plus, jusqu'au diagnostic pour la prise en charge de l'enfant dans des structures médicosociales, le cas échéant. Cette prise en charge permet de réduire voire de supprimer ce qui était auparavant un frein, puisque les soins de psychothérapie ou d'ergothérapie n'étaient pas pris en charge financièrement par l'assurance maladie. C'est donc une complète prise en charge pour les familles.

Du point de vue des professionnels de santé, le niveau du forfait a été fixé pour être suffisamment attractif et pour que suffisamment de professionnels de santé s'inscrivent dans cette démarche. Le forfait de bilan neurologique complet s'élève à 300 euros. Le forfait s'élève à 120 euros lorsque le bilan est réalisé par les psychologues et à 140 euros lorsqu'il conjugue l'intervention d'ergothérapeutes et de psychomotriciens. Ensuite, le forfait annuel s'élève à 1 500 euros.

Deuxièmement, concernant l'effort fait par la Sécurité sociale en termes d'accompagnement des parents, au travers du fonds national d'action sociale de la branche famille, nous avons un développement des actions au titre de la parentalité et de l'animation de la vie sociale qui s'élève à 100 millions d'euros. Ce financement progresse sur la période 2018-2022 et permet de développer les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement aux parents. Il permet aussi de développer les contrats locaux d'accompagnement de la vie scolaire ainsi que la médiation familiale. Les premières actions avaient été construites dans la convention d'objectif et de gestion précédente de la Caisse nationale d'allocations

familiales. Au vu des bilans encourageants, elles sont renforcées avec une ligne de 100 millions d'euros.

Troisièmement, concernant les taxes sur les boissons sucrées alcoolisées, la taxe « premix » est relativement ancienne, puisqu'elle date de 1997. Elle n'a pas évolué de manière importante depuis. Elle frappe les boissons qui sont à la fois fortement alcoolisées et qui ont un taux minimal de sucre. Elle vise à lutter contre des produits qui conduisent à une consommation trop forte d'alcool chez les jeunes. De fait, cette taxe est dissuasive. Elle s'élève environ à 11 euros par litre et a permis de quasiment supprimer un certain nombre de ces produits.

En revanche, il y a un sujet de réflexion sur les paramètres de cette taxe qui sont un peu anciens, compte tenu de l'évolution du contexte et de la mise en place de nouveaux barèmes pour les taxes sur les boissons sucrées. La ministre de la Santé s'y était d'ailleurs engagée lors du dernier PLFSS. Ce sujet va être travaillé pour améliorer le dispositif.

Il convient également de mieux articuler cette taxe avec la nouvelle fiscalité sur les boissons sucrées. Certaines boissons ont un degré d'alcool moins élevé que celui prévu dans la taxe « premix », mais elles sont sucrées et ne relèvent pas de la taxe sur les boissons sucrées, parce que celle-ci ne concerne pas les alcools. Nous travaillons sur ce sujet pour proposer une évolution de ce barème. Il faudra se rappeler que les boissons « premix » ne sont pas seules un facteur d'alcoolisation ou de risque de consommation importante d'alcool chez les jeunes. Nous avons la nécessité de mener des actions sur l'ensemble des produits contenant de l'alcool et de veiller qu'il y ait une inflexion de la consommation chez les jeunes.

**Mme Monique Iborra.** Je n'ai pas entendu de réponse sur la prévention de la perte d'autonomie. Sans doute n'avez-vous pas grand-chose, mais j'aimerais vous l'entendre dire.

**Mme Mathilde Lignot-Leloup.** Beaucoup d'actions sont menées en direction des personnes âgées, justement pour éviter la perte d'autonomie et reculer l'âge d'entrée en perte d'autonomie. Plusieurs actions sont menées à la fois par l'assurance-maladie et par les caisses de retraite en termes de bilan de santé. Nous développons fortement les bilans de santé pour les personnes seniors pour avoir une détection des risques. Nous avons également développé le programme PAERPA qui vise à accompagner les personnes en risque de perte d'autonomie et qui s'est déployé dans l'ensemble des régions. Nous en faisons actuellement un bilan et nous voyons qu'il produit des effets en termes de meilleure prise en charge des personnes âgées, notamment pour éviter des hospitalisations ou trop de consommation de médicaments qui peuvent générer des pertes d'autonomie.

Nous avons aussi, au travers de la prise en charge de certains dispositifs, des actions qui permettent de lutter contre des facteurs de perte d'autonomie. Je pense notamment à l'action que nous mettons en place sur la prise en charge à 100 % des aides auditives. Les personnes âgées ont un taux de recours aux aides auditives inférieur à ce qu'il devrait être, notamment pour des raisons de reste à charge et de coût financier. Lorsqu'une personne âgée souhaite s'équiper d'une aide auditive, c'est 850 euros de reste à charge par aide auditive. Cela peut expliquer que seul un tiers des personnes malentendantes soit équipé d'aides auditives. Dans le cadre de la prise en charge progressive à 100 % des aides auditives, nous visons que les personnes aient une réduction importante de ce reste à charge. Dès 2019, il y a une réduction de 200 euros. En 2021, les personnes pourront s'équiper d'aides auditives sans avoir aucun reste à charge. C'est aussi un élément de correction de ce risque de malentendance et par conséquent de prévention de perte d'autonomie.

**M. Martial Mettendorff.** Santé publique France est engagée dans une étude participative avec les ARS. Nous sommes très attentifs à être impliqués sur le terrain, mais nous sommes dans un espace d'incertitudes scientifiques et d'incompréhension de la situation d'exposition de la population. Nous mettons en place des dispositifs d'étude qui permettent à la population de participer ou de comprendre ce que nous faisons. Nous avons mis en place un dispositif un peu original de participation de la population à la réalisation d'une enquête épidémiologique.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Je souhaite remercier tous les intervenants, notamment d'avoir répondu de manière synthétique aux nombreuses questions posées.





## **ANNEXE 5 : COMPTE RENDU DE LA RÉUNION DE LA COMMISSION DU MERCREDI 19 JUIN 2019 PORTANT SUR LES ARTICLES 51 ET 54 DE LA LFSS 2018 ET 42, 51 ET 52 DE LA LFSS 2019**

*Dans le cadre du printemps social de l'évaluation sur l'impact sur l'organisation des soins (évaluation des articles 51 et 54 de la LFSS 2018 et 42, 51 et 52 de la LFSS 2019), la commission des affaires sociales auditionne Mme Cécile Courrèges, directrice générale de la direction générale de l'offre de soins, Mme Natacha Lemaire, rapporteure générale du comité technique et du conseil stratégique de l'innovation en santé au Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales, M. Nicolas Revel, directeur général de la Caisse nationale de l'assurance-maladie et Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice de la Sécurité sociale.*

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Nous poursuivons nos travaux avec la dernière table ronde thématique de la matinée, consacrée à l'organisation des soins. Pour ce faire, nous accueillons Mme Cécile Courrèges, directrice générale de l'offre de soins, Mme Natacha Lemaire, rapporteure générale du comité technique et du conseil stratégique de l'innovation en santé au Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales, M. Nicolas Revel, directeur général de la Caisse nationale de l'assurance-maladie et Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice de la Sécurité sociale.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Merci d'être venus pour cette dernière audition, avant celle de la ministre cet après-midi. Nous parlons maintenant de l'organisation des soins, un sujet primordial pour les Français, à la ville ou à l'hôpital. Nous allons parler d'accessibilité aux soins, géographique et financière. Ce sujet occupe beaucoup la représentation nationale. Beaucoup de questions ou interrogations nous sont remontées depuis nos territoires respectifs, s'agissant de l'action que nous menons depuis le début du mandat sur l'accessibilité aux soins. Je pense que des questions à la fois techniques, pratiques et éminemment politiques seront formulées ce matin. Nous savons que notre système est en mutation à l'heure des maladies chroniques, du vieillissement de la population, de la désertification médicale. Un grand nombre de mesures ont déjà été adoptées depuis le début du mandat, visant notamment d'une part à simplifier les cadres de fonctionnement de manière à davantage expérimenter et d'autre part à s'appuyer sur les territoires et sur les acteurs de santé pour pouvoir réformer et renforcer le système de soins. De façon non exhaustive, parmi ces mesures adoptées depuis le début du mandat, je pense notamment au fameux article 51 sur l'innovation organisationnelle - des questions porteront sur cette thématique -, à la généralisation de la télémédecine, à la création des assistants médicaux en lien avec la loi Ma santé 2022, à la fusion de la couverture maladie universelle (CMU) avec l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), au reste à charge zéro.

Je me permettrai d'intervenir en cours d'audition pour demander des précisions ou ajouter quelques questions.

**Mme Annie Vidal, coprésidente de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale (MECSS).** Merci d'être là pour contribuer à ce premier printemps de l'évaluation sociale qui nous permet de nous assurer que les objectifs fixés sont ou seront atteints. Je souhaite vous poser quelques questions sur l'article 51 de la LFSS pour 2018. Notre système de santé repose sur l'organisation des soins. Aujourd'hui, ce système mérite une réforme en profondeur. L'article 51 va dans ce sens, dans la mesure où il doit permettre la mise en place d'expérimentations qui ne seraient pas possibles en suivant les règles de droit commun du secteur sanitaire et médico-social. Cet article vise à améliorer

le parcours des patients et l'accès aux soins en se fondant sur des projets d'organisation innovante. L'objectif est de décloisonner l'offre de soins et de proposer des modes de financement pouvant évoluer vers une organisation efficiente et coordonnée des soins. Il propose, dans un cadre légal général, le déploiement d'expérimentations sur le territoire et des ajustements techniques nécessaires au maintien de ces expérimentations dans les domaines touchant la pertinence et la qualité de la prise en charge sociale ou médico-sociale, les parcours des usagers, l'efficience du système de santé ou l'accès aux prises en charge. Chaque projet doit être apprécié selon sa faisabilité, son caractère innovant, son efficience et sa reproductibilité. Les expérimentations peuvent avoir un caractère national ou local.

Le fonds pour l'innovation du système de santé a été doté en 2018 de 20 millions d'euros et de 30 millions d'euros en 2019. Les acteurs de terrain attendaient beaucoup de ce dispositif, mais à ce jour les retours évoquent un processus très long, lourd et qui présente un risque de découragement des acteurs de santé. Pourriez-vous nous donner des précisions en termes de nombre de dossiers déposés et retenus ? Avez-vous également identifié, vous aussi, ce risque de découragement des acteurs de santé du fait de la lourdeur du processus ? Est-ce que tous les fonds ont été utilisés ? Si ce n'est pas le cas, sont-ils préservés ? Quelles seraient les mesures à prendre pour rendre ce dispositif plus accessible et susciter de nouvelles initiatives ? Je vous remercie.

**M. Gilles Lurton, coprésident de la MECSS.** J'aurai une seule question portant sur le reste à charge zéro. À de nombreuses reprises au cours des débats sur le reste à charge zéro, la ministre s'est engagée à ce que cette mesure se fasse sans augmentation des compléments santé, ce qui paraît être une bonne chose. J'aimerais savoir si vous pouvez nous donner des informations sur la réaction des complémentaires et sur l'engagement, s'il est bien maintenu ou non.

**Mme Delphine Bagarry.** Avec les LFSS pour 2018 et 2019, les parlementaires ont voté des dispositifs conséquents pour améliorer l'offre de soins des Français. Cumulés, l'entrée en vigueur de la télémédecine dans le parcours de soins, l'extension de l'éligibilité à la CMU-C contributive, la création du métier d'assistant médical, le reste à charge zéro représentent, à l'horizon 2022, un milliard d'euros de dépenses par an pour l'assurance maladie. À cela s'ajoute un dispositif visant à favoriser les expérimentations relatives à l'organisation des soins.

Ces mesures sont conséquentes, mais pas uniquement. Elles sont aussi significatives de la volonté du Gouvernement et de la majorité à agir pour améliorer la prise en charge des Français. Il s'agit d'un investissement social et sanitaire au service de tous pour lutter contre le non-recours aux soins, pour libérer du temps médical utile, pour favoriser l'émergence d'outils améliorant la prise en charge. Le législateur est donc très attentif à leur déploiement.

Ainsi, plusieurs questions vous ont d'ores et déjà été posées et le seront encore sur l'article 51 de la LFSS 2018. Quand nous rencontrons les acteurs, le même sujet revient toujours : la rigidité des systèmes.

J'ai moi-même deux questions. La première concerne la CMU-C contributive. Par le communiqué de presse du 13 juin, la ministre a annoncé son effectivité à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2019. Quels dispositifs d'accompagnement et d'information sont prévus ? Savez-vous combien de recours vous aurez ?

La deuxième question concerne la publicité des outils de télémédecine mis à disposition des professionnels de santé. Ces professionnels sont-ils bien informés des outils mis à disposition ? Pour essayer de mettre en place la télémédecine chez moi, je peux vous

dire que certains prestataires coûteux nous contactent alors que l'ARS propose et met à disposition des outils gratuits.

**Mme Marine Brenier.** Merci à tous les intervenants. Nous passerons rapidement la question des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), largement débattue lors de l'étude du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé. Notre seule interrogation sur le sujet portera sur le financement et l'accompagnement prévus pour ces derniers, puisque ceux-ci ont suscité un fort engouement de la part des praticiens, notamment libéraux.

Il est également important de développer la télémédecine au sein des déserts médicaux. Si la volonté du gouvernement est de l'élargir au sein des EHPAD et des territoires sous-dotés, celle-ci doit être accompagnée d'un financement fort. Certaines maisons de retraite, de santé ou pharmacies sur nos territoires se sont déjà lancées dans la téléconsultation afin d'accompagner les patients non dotés de moyens informatiques à domicile ou les personnes âgées. Ne pouvons-nous pas envisager la création de centres d'e-santé et de formation pour ces professionnels ? Même si le remboursement par l'assurance maladie de la téléconsultation est une avancée majeure, comment financer davantage ces dispositifs très coûteux ?

Enfin, la fusion de la CMU-C et de l'ACS au 1<sup>er</sup> novembre 2019 entraîne encore des questions. Les organismes de complémentaire santé s'interrogent sur les modalités et les conséquences de cette fusion. Les bénéficiaires de l'ACS vont basculer sur un contrat unique, dont les garanties devraient correspondre au panier de soins de la CMU-C. Ces derniers ne seront pas obligés de choisir la sécurité sociale au détriment d'une complémentaire santé, mais avec un niveau de cotisation et de prestations établi par les pouvoirs publics. Certaines fédérations craignent une fuite vers la sécurité sociale. Que pouvez-vous leur répondre à ce sujet ?

Concernant le reste à charge zéro, les professionnels de santé s'interrogent. La Fédération des syndicats dentaires libéraux nous affirme que les patients se retrouveront avec des prothèses de mauvaise qualité pouvant engendrer de véritables problèmes de santé. De même, les audioprothésistes redoutent que le reste à charge zéro ne soit financièrement pas tenable à court terme et qu'il entraîne la disparition dans cinq ans d'un cabinet sur six. Ne craignez-vous pas une baisse de la qualité des soins ?

**Mme Nathalie Elimas.** Dans la LFSS pour 2019, nous avons acté une des mesures phares du programme de santé publique du président de la République : le reste à charge zéro pour les soins dentaires prothétiques, les aides auditives et les dispositifs d'optique médicale. Si les contours du panier 100 % santé ont été définis à travers des négociations avec des professionnels du secteur et les organismes de complémentaire, la réforme doit entrer progressivement en vigueur à partir de 2020. Pouvez-vous nous indiquer où en sont la construction et la consolidation de ce dispositif ? La mécanique d'instauration sera-t-elle effective ? Avez-vous relevé des problématiques ? Si oui, lesquelles ? Enfin, avez-vous d'ores et déjà une estimation du nombre d'assurés qui pourront bénéficier de cette mesure, notamment pour l'optique ? La réforme sur ce secteur doit être entièrement déployée en 2020.

En outre, l'article 52 de la LFSS 2019 a mis en œuvre la fusion de l'ACS et de la CMU-C, l'objectif étant notamment de lutter contre les taux exorbitants de non-recours à l'ACS comme chez les personnes âgées par exemple. Cette réforme doit entrer en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> novembre prochain, il est donc difficile de l'évaluer. Néanmoins, à ce stade,

pouvez-vous nous en dire plus sur les mécanismes d'allègement des démarches ainsi que sur l'effectivité du déploiement de cette disposition ?

**Mme Gisèle Biémouret.** La LFSS pour 2019 consacre 647 millions d'euros au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, destinés à l'amélioration et à la performance hospitalière. À l'appui de cette dotation, le plan « Ma santé 2022 » consacre au sein de l'ONDAM, pour la période 2019-2022, 920 millions d'euros. Au regard de ces prévisions d'investissements, nous demeurons inquiets sur la situation de tension des services hospitaliers, notamment sur la crise des services d'urgences. Nous souhaitons savoir si un moratoire de fermeture de lits d'aval est toujours prévu et s'il est question, au contraire, d'une réouverture possible de lits d'aval, alors que nous savons qu'ils manquent aujourd'hui.

Une question concerne l'avenir des remboursements des traitements homéopathiques traités à l'article 42 de la LFSS pour 2019. Ces derniers permettent notamment de réduire de manière considérable la consommation de médicaments traditionnels, notamment chez les plus jeunes, ce qui est un bénéfice en termes de prévention. Ne pensez-vous pas qu'une éventuelle décision de déremboursement issue de l'évaluation conduite par la Haute Autorité de Santé réorienterait la prescription médicale vers des médicaments remboursés par la sécurité sociale ce qui serait beaucoup plus onéreux pour celle-ci, alors qu'un médicament homéopathique est en moyenne cinq fois moins cher et ne représente finalement qu'environ 0,69 % des dépenses de médicaments remboursables ? Cela n'annulerait-il pas en partie les 130 millions d'euros d'économie escomptés par l'assurance maladie ?

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Les syndicats de médecins ont finalement donné leur accord pour parapher les deux textes conventionnels portant sur les conditions de recrutement des futurs assistants médicaux et sur les modalités de déploiement et de financement des communautés professionnelles de territoires de santé. Pourriez-vous nous en dire plus sur les missions et le rôle qu'exerceront ces futurs assistants médicaux ? Nous comprenons bien l'objectif de dégager du temps médical pour les médecins, en les soulageant des tâches administratives qui peuvent prendre jusqu'à une journée par semaine, mais également de certains actes simples. Quel cadre a-t-il été retenu *in fine* ?

Concernant la profession d'infirmière en pratiques avancées, dont le développement fait partie des leviers affichés par le Gouvernement pour lutter contre les déserts médicaux, les textes d'application encadrant la pratique avancée ont été publiés au *Journal officiel* en juillet dernier, soit un délai très tardif en raison des difficultés des négociations conventionnelles. L'objectif annoncé est de 5 000 infirmières en pratique avancée pour 2022. Les ARS doivent prendre en charge le financement de ces formations en vue de les promouvoir par le biais du fonds d'intervention régional. Disposez-vous d'éléments sur le nombre d'étudiants actuellement inscrits dans ces types de formation ? Pensez-vous que ce chiffre ambitieux de 5 000 infirmiers en pratique avancée puisse être atteint ?

Enfin, je rejoins ma collègue sur l'incertitude concernant le remboursement de soins homéopathiques. Savez-vous quand sera prise la décision ?

**M. Jean-Hugues Ratenon.** Concernant l'organisation des soins, j'aimerais revenir sur la fusion entre la CMU-C et l'ACS. La CMU-C est un dispositif de soins gratuit pour les personnes ayant de très faibles revenus, alors que l'ACS n'est qu'une aide financière pour l'acquisition d'une complémentaire d'une personne dont les revenus sont trop élevés pour bénéficier de la CMU-C. Grâce à l'article 52 de la LFSS pour 2019, la CMU-C s'applique automatiquement pour les bénéficiaires du RSA, et c'est une très bonne chose. Cependant, le

taux de non-recours à La Réunion est très élevé. Ainsi, une grande partie de bénéficiaires n'ont pas droit à cette automaticité, alors que le département compte 36,6 % des bénéficiaires de la CMU-C. Par conséquent, beaucoup sortent du dispositif et sont contraints à de nouvelles démarches administratives qui engorgent nos services alors qu'ils pourraient bénéficier de l'automaticité.

Ce phénomène participe grandement au non-recours aux soins qui entraîne une aggravation de l'état de santé, qui, de fait, va entraîner des dépenses supplémentaires pour l'assurance maladie. Je rappelle que La Réunion bat des records en termes de maladies métaboliques et de mortalité précoce. Plusieurs réponses ont été apportées à la question des raisons du non-recours au RSA. Premièrement, la crainte d'être pointés du doigt comme étant des fainéants et des profiteurs. Deuxièmement, l'illettrisme qui touche 120 000 personnes et qui est accentuée par la numérisation des démarches. Troisièmement, toute la complexité administrative pour pouvoir en bénéficier.

Compte tenu de ces éléments, j'aimerais avoir votre avis sur l'éventualité de mettre en place une expérimentation sur le territoire de La Réunion pour automatiser l'ensemble des droits de santé.

**M. Pierre Dharréville.** Une fable nous a été racontée à plusieurs reprises, selon laquelle il suffirait d'organiser différemment le système de santé pour pouvoir continuer à compresser les dépenses. Nous avons vu ces derniers temps combien cette fable accentuait la crise que connaît notre service public hospitalier et particulièrement les urgences. Face à cette crise profonde, il paraît essentiel de décréter un moratoire sur les fermetures de lits et de services. Contrairement à certains raccourcis qui peuvent être effectués, la crise des urgences est également liée à la fermeture de certains lits d'aval.

L'affaiblissement constaté du service public dans la période actuelle est un véritable problème. La question est de savoir comment nous pouvons y faire face. Il semblerait également que cet affaiblissement profite à un certain nombre d'opérateurs privés qui bénéficient de fonds publics, d'autorisations d'acquisition de matériels de la part des ARS, etc. J'aimerais savoir de quelle façon vous produisez des arbitrages dans les territoires concernant ces enjeux d'équipement et d'investissement, en sachant que le Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) complique singulièrement leur tâche et aggrave la dette des hôpitaux publics. Cette dette nationale, collective et publique, pèse également sur leur quotidien. Comment vous attaquez-vous au problème de cette dette ?

Enfin, ma dernière question concerne les centres de santé. Quels dispositifs mettez-vous en place pour soutenir le développement des centres de santé qui sont d'une utilité certaine face au développement des déserts médicaux ? Je crois savoir que, notamment dans mon département, certains centres de santé sont en grande difficulté. Je voudrais savoir quelles actions concrètes vous menez pour les soutenir.

**Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice de la sécurité sociale.** Je commencerai par répondre sur les dispositifs de mise en œuvre de la fusion et de la réforme de l'ACS qui ont été prévus dans la LFSS. Cette réforme se met en place à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2019. Une campagne de communication pour bien informer les bénéficiaires actuels de l'ACS commencera cet été. Elle sera surtout renforcée à partir de mi-octobre. Il nous a paru plus pertinent d'avoir une campagne de communication au plus près de l'entrée en vigueur de la mesure et de permettre ainsi aux personnes de bénéficier du dispositif à partir du 1<sup>er</sup> novembre prochain. Le fonds CMU a déjà mis en place des éléments sur son site internet pour développer la communication sur cet aspect.

Ce mécanisme vise à faire en sorte d'augmenter le taux de recours à cette complémentaire santé, à l'appui de l'ACS. Aujourd'hui, le taux de recours à l'ACS est évalué entre 40 et 59 %. Ce faible recours, peut être lié à la complexité du mécanisme et à une qualité insuffisante de la couverture offerte par rapport à ce qui existe dans la CMU-C. Le dispositif permettra aux personnes éligibles à l'ACS de bénéficier d'une couverture de bien meilleure qualité, puisque c'est la même couverture que la CMU, avec un coût de complémentaire qui sera limité à un euro par jour. La mise en place de ce dispositif s'accompagne d'une simplification pour les bénéficiaires. Il s'agira, notamment, d'un formulaire de demande commun à l'ensemble du dispositif (CMU, CMU-C), qui s'appuiera sur le développement d'un téléservice. Le dispositif supprime la contrainte de devoir choisir un organisme gestionnaire avec un niveau de contrat différent. Le niveau de contrat sera celui de la CMU. Le dispositif est plus simple et plus lisible.

Nous avons mis en place, à partir d'avril 2019, le renouvellement automatique du bénéfice de cette complémentaire santé pour les bénéficiaires du RSA. Le dispositif qui existait pour les bénéficiaires du minimum vieillesse est entré en vigueur depuis avril de cette année pour les bénéficiaires du RSA. 670 000 foyers pourront en bénéficier. Par cette réforme importante de la CMU et de l'ACS, nous visons une progression du taux de recours de neuf points à horizon 2022, soit 230 000 personnes supplémentaires pouvant bénéficier d'une complémentaire santé de meilleure qualité et à un coût limité.

M. Lurton, vous avez posé une question sur le risque de difficultés de gestion par les organismes complémentaires. Pour les bénéficiaires actuels de l'ACS qui sont gérés par une complémentaire santé, il y aura l'obligation de rester la première année dans la gestion par les complémentaires santé. 1,6 million de personnes qui ont aujourd'hui l'ACS continueront donc à être gérées par ces complémentaires. Par ailleurs, pour les complémentaires santé qui s'impliqueront dans la gestion de cette nouvelle CMU-C, une prise en charge intégrale des frais de santé des bénéficiaires est prévue, se substituant au forfait. Des frais de gestion sont prévus pour les complémentaires santé, à savoir 32 euros en 2020 pour aller progressivement vers 30 euros et 28 euros en 2022. Nous avons également un enjeu de transition où les frais de gestion peuvent ne plus être maîtrisés ensuite.

Il y a un dispositif de remboursement intégral des dépenses – les complémentaires ne prennent donc pas de risque en prenant la gestion de ces contrats – et de frais de gestion permettant aux assurés d'être gérés à leur choix, soit comme aujourd'hui dans l'ACS par une complémentaire santé soit en bénéficiant d'une prise en charge. Cet élément sera mis en place à partir de novembre prochain.

Concernant la mise en place du 100 % santé ou du reste à charge zéro, une réforme se met en place à partir des accords conclus en juin dernier. Il est important de rappeler que nous avons eu des accords dans les trois secteurs : l'ensemble des représentants dans le secteur dentaire, mais également l'ensemble de la profession des audioprothésistes a signé les accords pour s'engager dans cette démarche et la majorité des représentants des opticiens a également signé les accords en juin dernier, ce qui montre un engagement de la profession.

La réforme se met en place progressivement. La mise en place concerne l'optique et la plupart du dentaire en janvier 2020, puis l'ensemble des aides auditives en janvier 2021. Dès 2019, nous avons une amélioration de la prise en charge en matière d'aides auditives avec l'entrée en vigueur de plafonds tarifaires et d'un meilleur remboursement des assurés qui se traduit concrètement par une baisse du reste à charge pour les aides auditives. Au premier trimestre 2019, 15 000 patients ont déjà pu bénéficier de l'offre 100 % santé en aide auditive, ce qui permet de réduire leur reste à charge. Avant la réforme, il s'élevait à

850 euros par aide auditive et nous avons réussi à le baisser de 200 euros en 2019. Progressivement, nous continuerons à le baisser.

Pour cette réforme, des comités de suivi ont été installés le 14 février par la ministre et ils se réunissent régulièrement. Lundi dernier, nous avons réuni un nouveau comité de suivi associant les représentants des complémentaires santé pour s'assurer des premiers éléments de mise en œuvre de la réforme.

Un point important a été souligné et fait l'objet d'une interrogation de M. Lurton : dans le cadre de la réforme, nous sommes attentifs à ce qu'elle ne s'accompagne pas d'une hausse des primes des complémentaires santé. Le choix de mise en œuvre de la réforme étalée sur trois ans, la mise en place de mécanismes de prix limités de vente pour les professionnels de santé, le partage du coût entre l'assurance maladie complémentaire et l'assurance maladie obligatoire doivent permettre aux complémentaires santé d'absorber cette réforme et de ne pas avoir de hausses de primes liées à cette réforme. Les trois quarts du coût de la réforme 100 % santé sont portés par l'assurance maladie obligatoire. L'impact financier pour les complémentaires santé a été évalué à 260 millions d'euros sur la période 2019-2023, ce qui représente 0,14 % du chiffre d'affaires global des complémentaires santé, soit une moyenne de 50 millions d'euros par an.

En 2019, la réforme du 100 % santé a commencé à se mettre en place. Il n'était pas justifié que certaines complémentaires santé utilisent ce prétexte pour procéder à des hausses de primes. À la suite de quelques hausses constatées de leurs primes par certaines complémentaires santé sur ce prétexte, il y a eu une réunion en décembre dernier sous l'égide de la ministre qui a conduit les représentants des complémentaires santé à s'engager à rembourser en 2019 les assurés qui avaient vu une hausse de leur prime. Ces remboursements interviennent en 2019 et devraient bénéficier à environ cinq millions d'assurés. Ils sont mis en place par les sociétés d'assurance.

Nous avons tenu une réunion avec la ministre cette semaine pour pouvoir suivre avec les complémentaires santé l'évolution des primes sur 2020 et pour avoir un mécanisme de suivi visant à nous assurer de l'absence de hausses de primes liées à la réforme du 100 % santé, comme la ministre s'y était engagée. Une des raisons de l'étalement de la mise en place de la réforme était justement d'avoir un coût absorbable par les complémentaires. Nous suivrons régulièrement cet élément.

**M. Nicolas Revel, directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie.** Sur la réforme du 100 % santé, je soulignerai que les paniers de soins qui ont été définis dans le cadre de cette réforme, sur lesquels le « 100 % » s'appliquera, assurent une prise en charge de qualité d'un point de vue technique, médical et esthétique. Dans les discours de certains acteurs du secteur, il y a parfois l'idée que l'accès à des soins de qualité supposerait un reste à charge. Notre système de santé, heureusement, est construit sur la possibilité de concilier des tarifs opposables avec un reste à charge le plus réduit possible et des soins de qualité.

Sur la question des assistants médicaux, des centres de santé et de la télémédecine, ce sont des sujets sur lesquels l'assurance maladie mène en ce moment un certain nombre de travaux, notamment dans le cadre des conventions négociées. Nous signerons demain l'avenant n°7 à la convention médicale, qui mettra en place, dès l'approbation de cet accord – dès cet été, je l'espère –, ce financement de l'assurance maladie à des médecins qui souhaiteraient recruter des assistants médicaux. Vous avez posé les termes de la définition dans l'article de la loi de financement de la sécurité sociale. Nous avons voulu cette définition large, considérant que l'assistant médical pouvait aider le médecin à gagner du

temps médical sur une série de tâches à orientation administrative. Nous savons que les médecins passent un nombre d'heures important sur des tâches administratives qu'ils pourraient consacrer, au moins pour une part, à des soins. Il y a aussi un profil différent de l'assistant médical qui justifie d'une qualification différente et qui s'apparente d'une certaine manière à une forme d'assistant de consultation, comme il peut en exister beaucoup dans nos pays voisins et dans certains cabinets médicaux en France où, sans attendre de financement, les médecins ont déjà fait ce choix d'organisation. Ainsi, la consultation peut être préparée par un pré-renseignement du dossier médical. La suite de la consultation est aussi organisée, quand il s'agit de prendre des rendez-vous en aval avec d'autres professionnels de santé.

Ce dispositif laissera les médecins entièrement libres des fonctions qu'ils souhaiteront confier à cet assistant médical. Ils seront également libres de se partager un assistant médical entre deux ou trois médecins ou de le réserver à un seul. Tout ceci doit permettre de récupérer du temps médical et de le consacrer à une augmentation de la file active suivie par ces médecins. Il ne s'est jamais agi de normer un nombre ou une durée de consultations. Il a toujours été question de convenir que ce temps médical reconquis devait permettre d'augmenter une taille de patientèle ou une file active et ainsi de favoriser l'accès à un médecin traitant en médecine générale ou d'accélérer les délais de rendez-vous dans des consultations spécialisées de premier ou de second recours. Il y a des contreparties en termes d'augmentation, mais nous ne pouvons pas demander la même chose à un médecin qui a une activité située dans la moyenne de sa spécialité et à un autre qui a déjà une très forte activité et patientèle, à qui nous devons demander un effort moindre, voire pas d'effort du tout dans les cas extrêmes. L'assistant médical doit alors soutenir le médecin dans le maintien de son exercice. Nous savons qu'il y a des situations de cette sorte dans des zones particulièrement tendues.

Une question a été posée sur les centres de santé et le soutien que nous pouvons leur apporter. L'assurance maladie a conclu en 2015 un accord conventionnel qui a instauré un nouveau financement qui vient en plus du financement des actes réalisés et facturés par le centre de santé. C'est un financement *ad hoc* à la structure même, qui couvre environ 100 % des structures et représente une somme différente selon leur taille. Pour un centre de santé « polyvalent », ce financement peut atteindre des sommes de 70 000 ou 80 000 euros par an. La négociation d'un avenant va s'engager cet été pour compléter ce dispositif et prévoir la manière dont l'assistant médical peut se décliner dans le champ des centres de santé. Une négociation est également en cours sur les infirmiers en pratique avancée (IPA), dont nous devons fixer la rémunération avant que les premiers sortent de formation en septembre prochain.

Vous avez parlé des CPTS : un financement était attendu pour permettre aux CPTS de se déployer. La LFSS de cette année a conduit à l'ouverture d'une négociation avant fin janvier pour fixer ce cadre. Cette négociation s'est conclue. Elle donnera lieu demain à la signature d'un accord interprofessionnel qui sera signé par presque toutes les professions de santé (médecins, pharmaciens, infirmières, kinésithérapeutes, etc.). Cela permettra d'apporter un financement pérenne à ces CPTS dans un cadre qui s'est efforcé, alors que nous raisonnons dans une convention nationale, de prendre en compte une adaptation des velléités territoriales qui diffèrent d'un territoire à l'autre. Les dynamiques vont probablement s'échelonner de manière variable d'une CPTS ou d'un territoire à l'autre. Les missions vont s'exercer progressivement. Nous avons donc conçu un cadre permettant de dire qu'une CPTS doit exercer un certain nombre de missions socles dans un délai de deux ans à partir de sa création. Nous pourrions ainsi accompagner différemment ces CPTS au regard des solutions ou options d'organisation élaborées par chaque territoire. Les financements varieront en fonction de la taille des territoires. Nous pourrions aller jusqu'à des



budgets annuels de 400 000 euros dans le cas de CPTS très importantes. Ce sont des financements significatifs.

Enfin, concernant la télémédecine, vous avez fait le choix dans la LFSS pour 2018 d'inscrire les téléconsultations et les téléexpertises dans le droit commun. Les téléconsultations ont démarré au 15 septembre 2018. Les téléexpertises sont plus récentes. Le processus monte doucement en charge. Nous comptons aujourd'hui environ 2 000 téléconsultations réalisées par semaine, soit un potentiel de 100 000 téléconsultations par an en année pleine. Le rythme augmente assez régulièrement et je suis assez confiant, passé un temps d'appropriation, avec le recours à des plateformes techniques qui commencent à se déployer, sur lesquelles les acteurs nous demandent souvent de la visibilité. Certains voudraient d'ailleurs que nous référençons et labellisons ces plateformes techniques. Pour l'heure, nous n'avons pas choisi cette option. Il ne nous semble pas que l'assurance maladie ait vocation à labelliser les plateformes parce qu'un jeu concurrentiel est prévu et nous ne voulons pas le restreindre. Nous pouvons dire quelles plateformes répondent aux critères techniques, mais la plupart y répondent. Ce temps d'appropriation et de démarrage des plateformes et des outils techniques se poursuit. Nous observons beaucoup de projets de développement de la téléconsultation se mettre en place. Je suis assez convaincu que, d'ici un an ou deux, la téléconsultation aura réellement trouvé sa place dans le paysage des pratiques. *A contrario*, la bonne téléconsultation ne se substitue pas à la réalisation de soins en présentiel qui définit l'exercice de la médecine. Certains garde-fous sont à observer pour que la télémédecine soit synonyme de qualité de prise en charge.

**Mme Natacha Lemaire, rapporteure générale du comité technique et du conseil stratégique de l'innovation en santé au secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales.** Merci de nous donner l'occasion de faire un point d'avancement sur l'article 51 de la LFSS pour 2018. La partie quantifiée figure dans un document que j'ai transmis ce matin au secrétariat de la commission qui vous sera mis à disposition. En termes de nombre de projets reçus, nous sommes un dispositif jeune. En septembre dernier, 270 projets avaient été soumis aux ARS et au rapporteur général et un peu plus de 400 en fin d'année 2018, que ce soient des projets locaux (infrarégionaux ou régionaux) ou nationaux. Les porteurs de ces projets sont, dans un peu moins de la moitié des cas, des établissements de santé, de tous statuts. De manière générale, nous retrouvons toutes les parties prenantes du système de santé dans ce portage de projets. En termes de sujets thématiques, dans la moitié des cas ils portent sur la prise en charge des pathologies chroniques et sur des personnes âgées. Les derniers chiffres dont nous disposons sont de fin mars 2019. L'engouement ne se dément pas puisque nous avons reçu 90 nouveaux projets durant ce trimestre, soit un total légèrement supérieur à 500. La moitié des projets ont déjà été instruits, l'autre moitié est en cours d'instruction. Une cinquantaine est à l'étude au niveau national, c'est-à-dire la dernière phase d'instruction.

En termes d'autorisations, dix projets ont été publiés. Trois projets concernent des expérimentations locales (deux en Bourgogne-Franche-Comté, un en Auvergne-Rhône-Alpes). L'un est porté par un CHU, un par un établissement privé de santé et le troisième par une union régionale de professionnels de santé (URPS) de chirurgiens-dentistes. Trois projets nationaux à l'initiative des acteurs ont été autorisés. Ils concernent plusieurs régions. Un a été proposé par une association professionnelle de prévention bucco-dentaire, concernant la prévention bucco-dentaire en EHPAD. Un second concernant les enfants protégés de l'aide sociale à l'enfance (ASE) est proposé par un CHU. Le troisième concerne la prise en charge du diabète gestationnel ; il est proposé par un éditeur de dispositif de télésurveillance en partenariat avec des établissements de santé et des cabinets de santé. Nous avons également un projet d'initiative publique concernant les biosimilaires.

Vous aviez également prévu dans la base légale une réintégration possible d'expérimentations en cours. Nous avons réintégré trois d'entre elles. La plus ancienne se termine en fin d'année, elle concerne la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Les deux autres concernent les enfants et les adolescents qui sont soit en souffrance psychique, soit en situation d'obésité. Six projets – quatre régionaux, deux nationaux – sont dans les dernières phases de validation et de publication. Ils seront autorisés dans les semaines à venir.

Concernant l'utilisation des fonds à hauteur de 30 millions d'euros, cette dotation devrait suffire pour l'année 2019. Il s'agit de crédits d'amorçage pour l'essentiel. En autorisant ces projets, nous engageons aussi des fonds sur les années à venir. Cette pluriannualité sera intéressante à regarder au fil des autorisations.

Concernant les découragements potentiels des acteurs, un projet est une idée, mais c'est aussi un terrain d'expérimentation pour que les acteurs le mettent en œuvre. C'est assez exigeant et cela conduit à itérer avec les porteurs dans une démarche de co-construction. C'est pourquoi les cahiers des charges, à l'issue de ces itérations, sont réellement partagés avec les pouvoirs publics que sont les ARS, l'assurance maladie, et le ministère. Nous ne pouvons pas avoir 500 projets lauréats, donc nous devons gérer des désappointements. Dans les réponses que nous faisons, en ARS ou au niveau national, nous nous efforçons de faire des propositions d'autres dispositifs.

En termes d'allègement ou d'adaptation du dispositif, depuis ces derniers mois, nous avons adapté les modalités de travail. L'une concerne notre façon de travailler avec les agences régionales de santé, qui reçoivent 90 % des projets. Nous nous efforçons d'avoir une connaissance la plus en amont possible des projets sélectionnés par les ARS pour éviter d'avoir une double instruction, d'abord par l'ARS puis par l'échelon national. Nous connaissons les projets à l'étude bien avant qu'ils soient finalisés, ce qui permet d'avoir une seule instruction.

La deuxième adaptation intéressante pour vous est de proposer aux acteurs un dispositif d'accompagnement dénommé « Accélérateur » qui peut servir à plusieurs phases d'un projet. Il se situe toujours après une première formalisation d'une lettre d'intention. C'est une concentration dans l'espace et dans le temps d'expertises qui sont mises à disposition du porteur de projet, pour trouver des réponses ensemble aux problématiques qui sont posées. Cela se déroule le plus souvent en une demi-journée ou une journée sous forme d'ateliers qui durent moins d'une heure et qui traitent des différentes thématiques avec les experts du ministère, de l'assurance maladie et des ARS. *In fine*, ce sont les projets des acteurs eux-mêmes.

**Mme Cécile Courrèges, directrice générale de la direction générale de l'offre de soins.** Concernant les centres de santé, nous soutenons leur développement. L'accord conventionnel a été rappelé par M. Nicolas Revel. L'année dernière, nous avons aussi pris une ordonnance qui a permis de sécuriser le cadre juridique des centres de santé et qui a été travaillée très longuement avec les différents représentants des centres de santé. Enfin, parmi les mesures les plus immédiates lancées à la suite du discours du président de la République en septembre dernier sur « Ma santé 2022 » et sur les 400 postes de médecins généralistes dans les zones sous-denses, un volet cible les centres de santé. Ce sont des postes de médecine salariée qui ont vocation à se développer soit dans le cadre des centres hospitaliers de proximité, soit dans les centres de santé avec une solvabilisation de l'emploi médical sur les deux premières années. Nous savons justement que les deux premières années peuvent être critiques pour le démarrage des centres de santé. Ces mesures permettent de les sécuriser.

Concernant les pratiques avancées, nous sommes assez confiants sur le fait d'atteindre les 5 000 à horizon 2022. Les textes sont effectivement sortis tardivement, compte tenu de l'intensité des échanges qui ont eu lieu sur la pratique avancée et aussi compte tenu de l'innovation qu'elle représente dans l'évolution et la répartition des compétences entre professions de santé. Quinze formations ont été accréditées en septembre 2018. 460 infirmiers en pratique avancée sont en formation, dont plus de 100 sont entrés directement en seconde année puisqu'un système de reconnaissance et d'équivalence a permis à certains de faire reconnaître leur pratique ou formation antérieure. Les premiers praticiens en pratique avancée sortiront en septembre 2019 et la grande majorité en septembre 2020.

Je vous confirme que nous allons ouvrir la pratique avancée à la santé mentale et à la psychiatrie, comme cela avait été annoncé, en septembre 2019. Les discussions sont terminées et nous pourrions ouvrir cette nouvelle voie. Les professionnels sur le terrain répondent et manifestent leur appétence avec une structuration professionnelle et syndicale qui se développe. Nous croyons fondamentalement à ce nouvel exercice professionnel. Nous le portons aussi pour leur donner une place dans le système de santé. Les négociations s'ouvrent pour leur donner un statut et une rémunération dans le cadre de la ville et de l'hôpital.

Concernant la situation financière générale de l'hôpital, nous sommes en extrême vigilance sur ce point, ce qui nous a conduits à des décisions assez exceptionnelles. Je rappelle que, pour la première fois l'année dernière, nous avons dégelé de façon intégrale les crédits hospitaliers qui avaient été gelés dès le mois de novembre. Par ailleurs, pour être au plus près de l'exécution hospitalière, nous avons été amenés à refaire une délégation de crédits début 2019, ce qui est aussi exceptionnel. Nous avons dépassé le cadre de l'exercice budgétaire pour refaire une délégation de crédits. Par ces différentes délégations successives, l'intégralité des crédits hospitaliers qui avait été votée a été redonnée au secteur hospitalier. C'est le cas pour la première année.

De la même façon, dans le cadre de la campagne pour 2019, nous avons mis fin au mouvement de baisse tarifaire. Nous avons vu la première augmentation tarifaire depuis dix ans. Nous avons voulu donner ces signaux à l'ensemble de la communauté hospitalière. C'est aussi la reconnaissance des tensions qu'elle vit. Nous sommes pleinement conscients de l'importance du secteur hospitalier dans la réponse aux besoins de santé.

Nous aurons les chiffres définitifs seulement au mois de septembre. Pour 2018, il y aura une réduction significative du déficit hospitalier et la restauration d'un certain nombre d'éléments dans la situation financière des établissements de santé. C'est ce qui conditionne la politique d'investissement. Les montants consacrés à l'investissement dans le cadre du fonds de modernisation ont été évoqués, mais l'investissement hospitalier est financé par les établissements sur leur financement et sur leurs tarifs hospitaliers. Pouvoir repartir sur une hausse tarifaire et redonner des marges financières à l'hôpital, c'est la condition fondamentale de l'investissement hospitalier.

Concernant le sujet public/privé qui a été évoqué, il est difficile de répondre sans exemples précis. Je rappelle le cadre de l'exercice des autorisations sanitaires qui est organisé de façon réglementaire et transparente. Toutes les autorisations sanitaires reposent sur un projet régional de santé, qui est concerté et discuté, dans lequel l'évaluation des besoins sanitaires se traduit par un certain nombre d'implantations par territoire de santé pour toutes les activités soumises à autorisation et les équipements lourds. Dans le cadre de ces implantations, telles qu'elles sont inscrites dans le projet régional de santé, connu de tous, publié et soumis à concertation, il y a ensuite des dépôts de dossiers d'autorisations sur

des fenêtres communes. Les différentes parties prenantes peuvent déposer des dossiers de demandes d'autorisation. Tout cela est soumis à la Commission spécialisée pour l'organisation des soins (CSOS) de la commission régionale de la Santé et de l'autonomie et il y a un avis du rapporteur et un avis exprimé par la CSOS avant une décision de l'ARS. Objectivement, par rapport au sujet public/privé qui a été évoqué, généralement c'est plutôt le soupçon inverse qui est porté, à savoir que l'autorité sanitaire est plutôt bienveillante à l'égard du public que du privé. C'est la première fois que j'ai une remarque dans ce sens.

Au sujet des urgences : nous ne pouvons pas résumer ce sujet à celui de la fermeture de lits. La ministre a bien rappelé que la situation et les tensions des urgences sont un symptôme de l'ensemble des difficultés du système de santé. Nous essayons de nous y atteler avec une réforme structurelle et systémique qui est celle de « Ma Santé 2022 ». Elle correspond aussi à des évolutions fondamentales des besoins de santé et des réponses en santé. Raisonner seulement en termes de lits, ce serait méconnaître une évolution fondamentale des pathologies avec le développement des maladies chroniques qui nécessitent beaucoup plus un suivi en ville et en ambulatoire, la prise en charge des thérapeutiques avec le développement de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital. Nous avons une transformation profonde des prises en charge qui entraîne une diminution des durées de séjour et du nombre de lits à l'hôpital. Elle pose aussi la question de la prise en charge en ville, qui doit être organisée pour apporter des réponses. Fondamentalement, c'est ce qui structure le choix politique fait dans le cadre de « Ma Santé 2022 », de la priorité donnée à la structuration des soins de ville dont une des incarnations sont les communautés professionnelles territoriales de santé. Dans ce cadre, il n'y a pas de hasard. Pour baisser la tension aux urgences, un des éléments de solution est d'avoir de meilleures réponses en ville sur les soins non programmés. Si vous regardez les afflux aux urgences, ils sont les plus importants dans la journée, mais pas dans les périodes de permanence des soins, contrairement à ce que nous entendons parfois. L'enjeu est bien la continuité des soins et les soins non programmés dans la journée.

L'autre enjeu est l'aval. C'est l'organisation interne à l'hôpital à savoir la capacité à la fois de développer des filières d'admission directe pour les personnes âgées notamment, pour leur éviter de passer par les urgences pour intégrer une prise en charge hospitalière. C'est aussi le fait qu'une organisation hospitalière permette l'hospitalisation dans le service adapté à la prise en charge des personnes qui se présentent aux urgences. C'est aussi l'aval parce que cela renvoie à une organisation de territoire qui puisse mobiliser les soins de suite et de rééducation ainsi que le secteur médicosocial pour que toute cette fluidité puisse se retrouver au service des urgences et que les personnes ne soient pas condamnées à passer plus de temps que requis dans le service des urgences, empêchant la bonne prise en charge des personnes qui s'y présentent. Il faut vraiment avoir une approche systémique sur ce sujet. Je me méfierais des réponses uniques sur un tel sujet.

**M. Bernard Perrut.** Je voudrais parler de la santé bucco-dentaire. Un programme d'accompagnement à destination des résidents des EHPAD doit être expérimenté, où les problèmes dentaires sont trop souvent négligés. Le cahier des charges vient d'être publié. J'aimerais avoir un certain nombre de précisions. Cette expérimentation sera financée par le fonds pour l'innovation du système de santé à hauteur de 969 000 euros. Elle sera autorisée pour une durée de quatre ans. Combien de personnes concernera-t-elle ? On parle de 3 500, 4 000, 5 000. Trois régions devraient être concernées : Occitanie, Auvergne-Rhône-Alpes et Pays de la Loire. Nous savons toute l'importance de ce sujet puisque 87 % des résidents présentent une hygiène buccale insuffisante et des besoins de soins. Près de la moitié n'ont pas eu de consultation dentaire depuis cinq ans, avec les risques que cela comporte.

J'aimerais savoir comment ce programme va se mettre en place, avec qui, comment, dans quel délai et avec quelle efficacité.

**Mme Stéphanie Rist.** Je voudrais revenir sur l'article 51. Il y a eu un engouement massif sur cet article, puisque plus de 300 dossiers ont été déposés assez rapidement. Un an et demi plus tard, nous comptons 9 dossiers autorisés, qui à ma connaissance n'ont pas encore été mis en place. Quelles conséquences pouvez-vous tirer de ces délais très longs ? N'est-ce pas dû à une complexité administrative trop importante ? Ne faut-il pas plus décentraliser sur ces projets qui concernent l'organisation proche des acteurs ? S'ils reconnaissent une écoute attentive sur la mise en place de ces projets, ils soulignent une grande hétérogénéité dans l'accompagnement des ARS, qui varie pour un même projet national, d'une ARS à une autre. Ma question porte aussi sur l'accompagnement plus en amont, par les ARS, sur ces projets.

**Mme Isabelle Valentin.** La LFSS pour 2018 a introduit dans son article 51 un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé. Ces nouvelles organisations contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins et la pertinence de la prescription des produits de santé. Plusieurs expérimentations ont été sélectionnées et mises en œuvre après autorisation par arrêté interministériel ou par décision du directeur général d'ARS et après avis du comité technique de l'innovation en santé. Quelles sont les procédures pour déposer un dossier d'expérimentation ? Quels sont les critères de sélection ? Par ailleurs, une fois que l'expérimentation est validée et positive, quelles sont les transpositions au niveau national ?

**Mme Monique Iborra.** Je voudrais insister uniquement sur la mise en œuvre de la télémédecine en EHPAD. Nous l'avons évoquée d'une manière claire dans la LFSS pour 2018. J'ai bien entendu que la montée en charge était progressive, après les négociations conventionnelles. Or, en 2018, une circulaire prévoyait la mise en œuvre de la télémédecine dans les EHPAD. J'aimerais savoir si vous avez un bilan précis de la situation actuelle.

**M. Alain Ramadier.** Lors du dernier conseil de surveillance du fonds CMU-C a été évoquée l'idée d'introduire des critères en lien avec les aspirations des bénéficiaires de la CMU-C, en vue d'associer à la prise en charge financière de leurs soins des notions de qualité de vie. Dans la mesure où la gestion du versement de la CMU-C n'est plus départementale mais nationale, comment comptez-vous soumettre cette gestion au niveau national avec des critères liés à la qualité de vie, si cela est envisagé par vos services ?

**M. Jean-Louis Touraine.** Pour lutter contre la disparité d'accès aux soins, la loi santé a proposé plusieurs mesures dont les effets seront perceptibles dans cinq à dix ans. Dès maintenant, la télémédecine représente une réponse, partielle, mais précieuse. Malheureusement, les chiffres communiqués par la CNAM sont loin d'être à la hauteur des espérances qui avaient été fondées en 2017 lors du vote de cette mesure. Fin mars, six mois après l'entrée en vigueur du dispositif, moins de 8 000 actes ont été pris en charge. Certes, la CNAM rapporte une progression de 200 actes par semaine au début à près de 2 000 par semaine à mi-2019, mais l'objectif affiché par le Gouvernement de 500 000 actes en 2019 ne sera atteint qu'à un sixième environ. Lors de la discussion sur un amendement de la loi santé, il est apparu des réticences fortes contre l'extension de cette télémédecine, au-delà du seul médecin de proximité. Quelle est la crainte de la CNAM empêchant cette évolution, qui pourrait pourtant offrir des solutions à beaucoup de patients, sans générer de risques majeurs, surtout si l'organisation se fait à l'intérieur de la région, donc en permettant aisément un suivi et en se prémunissant contre les plateformes nationales et internationales ? La question est la suivante : est-ce que la télémédecine peut apporter une aide aux nombreux patients n'ayant même pas de médecins traitants, notamment dans des zones très désertifiées ?

**Mme Élisabeth Toutut-Picard.** Ma question porte sur le chapitre 2 et sur l'article 51. Madame la Directrice, aujourd'hui, le Gouvernement est en train de travailler sur le plan national santé environnement (PNSE) dans sa version 4. Ce PNSE 4 sera prêt pour décembre 2019 et sera appliqué au cours des années 2020-2024. Les élections européennes viennent de nous montrer que l'environnement est au cœur des préoccupations de nos concitoyens. Comment comptez-vous introduire la notion de « santé environnement » dans vos travaux futurs ? Comment pensez-vous promouvoir l'innovation en santé par ce prisme nouveau ?

**Mme Danièle Brulebois.** Mes interrogations portaient sur les assistants médicaux et leur déploiement. Vous avez répondu à certaines de mes interrogations sur le profil de ces nouveaux métiers et sur le financement. J'aimerais savoir comment ils seront répartis dans les territoires. Sur quels critères seront-ils affectés dans des cabinets ou des maisons médicales ?

J'ai aussi une question sur les CPTS. C'est une forte attente dans les territoires ruraux, en particulier dans le Jura, où nous voyons une crise des urgences assez compliquée. Je pense que cela résoudrait le problème de l'accès aux soins non programmés et de la continuité des soins. Il existe une volonté, dans ce territoire, de faire une CPTS, mais c'est un peu compliqué de s'y mettre.

**M. Jean-Pierre Door.** Je voudrais poser une question rapide à propos de l'article 42 et les autorisations temporaires d'utilisation (ATU). Les ATU sont indispensables pour de nombreux malades puisqu'ils permettent de mettre à disposition des médicaments innovants, bien avant l'inscription à l'autorisation de mise sur le marché. Nous avons voté la possibilité d'indication thérapeutique différente de la primo-indication ainsi qu'une régulation financière. Si vous vous souvenez, c'était un article assez complexe, difficile à lire parce qu'il faisait plus de huit pages. Il a posé beaucoup de problèmes, mais nous l'avons voté. Je voudrais savoir où en sont les décrets d'application. C'est une attente importante et nous ne devons plus perdre de temps, vous le savez très bien.

**Mme Anne Blanc.** Ma question concerne aussi les actes de télémédecine en France. Vous comprendrez que sur les territoires en pénurie médicale, c'est un sujet prégnant. La télémédecine constitue un nouveau mode d'intervention pour les patients, tout comme pour les médecins. Ces derniers voient leur mode d'organisation de travail modifié. Un temps de déploiement des outils techniques et d'appropriation est nécessaire pour les praticiens et leurs patients, ce qui explique peut-être les faibles résultats au vu des chiffres publiés par l'assurance maladie. Ma question est très précise. Pourriez-vous nous indiquer quels sont les territoires moteurs en termes de télémédecine ? Quels sont les patients plus spécifiquement ciblés par l'utilisation de la télémédecine ?

**Mme Annie Chapelier.** Ma question porte sur les assistants médicaux. « Ma Santé 2022 » avait prévu la création de 4 000 postes d'assistants médicaux, dont 500 à la rentrée 2019. Tantôt envisagé comme un exercice, tantôt un métier, nous sommes encore dans le flou concernant ce qu'il en sera. Les négociations sont sur le point d'aboutir, aussi il s'agit de nous éclairer sur plusieurs points. Parviendrons-nous à l'objectif des 500 à la rentrée ? Quel est le public de recrutement dans l'immédiat et à venir ? Quelles seront les formations supplémentaires pour ces publics ? Quels organismes les délivreront ? Est-ce que l'assistant médical a vocation à devenir un métier ? Sera-t-il inscrit sur la liste des professionnels de santé ? Quel sera alors son référentiel de formation ? Quelles passerelles pourrons-nous envisager, notamment avec les autres paramédicaux ?

**Mme Caroline Janvier.** Je suis un peu déçue du résultat par rapport à l'ambition fixée concernant cet article 51. Vous parlez d'une dizaine de projets en cours, de trois qui sont lancés et d'un objectif pour 2019 d'une trentaine d'expérimentations, tout en mentionnant un puissant intérêt de la part d'un certain nombre d'acteurs avec 450 porteurs de projets. Très sincèrement, je trouve que ces chiffres ne sont absolument pas satisfaisants. Si nous sommes nombreux à penser qu'il faut décloisonner les prises en charge entre le médico-social et le sanitaire et à insister sur les notions de parcours, il faudra une montée en charge plus importante. Je m'interroge sur les freins qui limitent la portée de cet article 51. Sont-ils d'ordre budgétaire ? Les moyens sont-ils insuffisants ? Sont-ils d'ordre organisationnel ? Il me semble que beaucoup d'énergie est déployée dans la définition des objectifs et des modalités d'instruction des dossiers. J'aimerais vous entendre sur ce point.

**Mme Corinne Vignon.** Ma question porte sur la mise en place du reste à charge zéro pour les personnes qui ont été atteintes d'un cancer de la bouche. Pour effectuer les traitements, la personne peut se voir retirer sa dentition et devoir faire une reconstruction buccale. Elle est très coûteuse (10 000 euros en moyenne) et l'assurance maladie considère que cet acte n'est qu'esthétique et de confort. La pose et l'ablation sont prises en charge à hauteur de six implants. Il me semble que, pour une personne atteinte d'un tel cancer, la reconstruction buccale est impérieuse, tant au niveau de son bien-être psychique que de la poursuite de ses activités professionnelles et de sa vie sociale. L'engagement du président de la République était d'offrir à l'ensemble des Français d'ici 2022 un accès au panier de soins prothétiques sans reste à charge. Aussi, j'aimerais savoir quelles sont les avancées de prise en charge du reste à charge zéro dans les cas que je viens de citer.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Sur l'article 51, un certain nombre de parlementaires vous interroge. Nous sommes aussi interpellés sur les territoires, tant en ville qu'à l'hôpital. Vous citez quasiment 500 projets qui ont été déposés. S'ajoutent à cette liste, tous les projets qui ont germé dans l'esprit de professionnels de santé et qui ont été plutôt découragés pour avancer. Le nombre d'équipes que je rencontre, qui ont voulu déposer un « projet article 51 » dont leurs interlocuteurs à l'ARS ou dans d'autres administrations leur ont dit que cela ne fonctionnerait pas, atteste deux choses. Premièrement, nous avons visé juste en considérant qu'il fallait s'appuyer sur les initiatives des professionnels dans les territoires. Deuxièmement, je comprends parfaitement que le processus soit long, mais nous avons quelques témoignages qui montrent que l'on pourrait aller plus vite. Quand des chirurgiens du sud-ouest de la France expliquent qu'ils doivent anticiper jusqu'à dix déplacements parisiens pour être capables de monter de façon opérationnelle le projet, je ne sais pas d'où vient ce qui leur est répondu, mais ces témoignages s'accumulent dans beaucoup de territoires. Nous avons envie que cela aille vite. Nous n'avons plus besoin de revenir à la loi pour changer les façons de financer. Nous nous rendons bien compte que nous avons un financement encore très cloisonné. Pour le financement hospitalier, nous attendons énormément de réformes. Le problème des urgences relève aussi pour partie d'un problème de financement. Nous avons très envie que cela avance plus vite. Nous avons l'impression que ce n'est plus un problème réglementaire, législatif, mais plutôt d'applicabilité avec, peut-être avec une forme de jacobinisme. Je ne m'attendais pas à voir autant d'équipes dans les territoires qui ont envie de développer des articles 51.

Sur la question du reste à charge zéro, pouvez-vous nous dire en quelle année les Français auront la possibilité de ne plus payer pour soigner leurs dents, leurs yeux ou leurs oreilles ? Nous en avons besoin. La technique de mise en place de progressivité compte, 15 000 Français paient moins cette année, mais ils ont envie d'entendre dans combien de temps nous n'aurons plus à payer pour nos soins. C'est ce que nous avons voté et nous aimerions connaître la date d'application.

Un dernier point n'a pas été abordé. Concernant la télémédecine, un certain nombre de parlementaires ont été sensibilisés par des groupes industriels qui veulent développer une autre forme de télémédecine. Pourriez-vous nous expliquer directement pourquoi vous avez souhaité rejeter cette hypothèse ?

**Mme Natacha Lemaire.** Je vais essayer de regrouper et de répondre à toutes vos questions et remarques et d'abord sur la procédure des critères de sélection. Les projets locaux et infrarégionaux sont à transmettre aux ARS. Il y a quatre principaux critères de sélection : le caractère innovant, l'efficacité, la faisabilité et la reproductibilité. Les pouvoirs publics ont déjà fait des expérimentations. Les ARS ont aussi des marges de manœuvre qui le leur permettent. La nouveauté de ce dispositif est justement le fait de tirer des conclusions des expérimentations pour les introduire dans le droit commun. C'est ce qui fait l'intérêt du traitement national des dossiers. La façon dont nous nous sommes organisés est d'avoir une petite équipe dédiée pour être agiles, mais aussi d'impliquer l'ensemble des directions ministérielles et de l'assurance maladie dès l'instruction des dossiers, de manière à pouvoir engager tout le monde et permettre cette perspective de mise en place dans le droit commun à l'issue des expérimentations. Je pense que ce point est vraiment fondamental et qu'il fera le succès du dispositif. La finalité n'est pas l'expérimentation pour l'expérimentation, mais ce point de sortie. J'entends bien l'impatience, je la partage et je la comprends extrêmement bien. Je pense que ce point de sortie est extrêmement important à préserver. Nous pourrions peut-être aller beaucoup plus vite en faisant autrement, mais il n'y aurait pas de suite. C'est en tout cas un des risques. Les ARS nous proposent des projets qui ont souvent eu un début de mise en œuvre locale, souvent financé par le fonds d'intervention régional, mais il n'y a pas cette perspective de généralisation. Je pense que cela fait toute la différence de ce dispositif. Nous pouvons sans doute mieux faire. Nous construisons au fil de l'eau. C'est un dispositif apprenant, nous essayons de nous adapter. Nous avons bien conscience que nous ne sommes pas encore au résultat. Les dix projets autorisés sont un début. Aujourd'hui, je ne sais pas vous dire quelle est la cible collective du nombre de projets autorisés. Initialement, nous ne savions pas comment le terrain répondrait. Il répond manifestement bien. C'est de la haute couture, et vous demandez des délais de prêt-à-porter : c'est compliqué. Chaque expérimentation est unique. Nous ne faisons jamais un nouveau tarif en moins d'un an, pareil pour une nouvelle organisation.

**M. Nicolas Revel.** Nous tenons autant que vous à l'article 51. Il a été mis dans la LFSS et il a été conçu par l'administration, considérant qu'il fallait mettre de l'agilité dans le système. Nous sommes très préoccupés que cela fonctionne.

Deuxièmement, il y a effectivement beaucoup d'engouement et cela valide le fait que l'article 51 répondait à une vraie nécessité. Ce qui explique ce délai et cet écart entre le nombre de projets qui ont été remontés et celui, beaucoup plus faible, qui ont été autorisés à ce jour, c'est que ce sont deux choses différentes. D'abord, tous les projets qui ne sont pas remontés ne sont pas tous éligibles à l'article 51. Beaucoup de projets sont allés chercher du financement supplémentaire dans l'article 51, alors que celui-ci n'a de raison d'être que parce qu'un projet propose un nouveau modèle économique et tarifaire. C'est ce que nous cherchons au travers de l'article 51. Nous devons déroger à des choses. L'article 51 permet de pouvoir expérimenter un nouveau mode d'organisation et de rémunération, susceptible, après évaluation, à pouvoir être étendu à l'ensemble du système de santé. Il y a un niveau d'exigence minimale à accepter. Parmi les 500 projets, certains ont sollicité l'article 51 sans réellement rentrer dans son cadre.

Néanmoins, de très nombreux projets rentrent dans le cadre. Cela a pris autant de temps parce que, au-delà des temps d'instruction qui existent et qui vont être raccourcis,



nous avons demandé aux porteurs de projets de présenter simplement une lettre d'intention et non un dossier de 500 pages. Entre la lettre d'intention et la capacité à prendre un projet, il y a un travail dont nous avons sous-estimé la longueur, qui est l'incubation du projet et la capacité des porteurs à aller au bout du modèle organisationnel et économique. Prenant conscience que nous avons des projets bloqués, nous avons monté cet accélérateur. Une trentaine d'équipes y sont déjà passées et ont pu ainsi accélérer leur projet. Une quarantaine attend pour y aller. Tout le monde convient que ce processus est absolument indispensable. Nous avons rentré beaucoup de projets, je suis convaincu qu'ils ne sont pas en train de végéter. Nous y travaillons et vous verrez que, dans les prochains mois, le nombre de projets autorisés va substantiellement progresser.

J'ajoute que, en dernier lieu, il y a un cahier des charges d'évaluation. On ne peut pas dire : « j'ai une bonne idée, je rentre dans l'article 51, ce n'est pas normal que je n'aie pas eu l'autorisation au bout de quinze jours ». Nous cherchons à expérimenter et à évaluer. En France, nous avons été longtemps les champions du monde du financement local d'expérimentations, dont nous ne savions pas ce qui en était fait, parce que nous n'évaluons pas. Il y a donc aussi dans l'article 51 une exigence d'évaluation. Nous allons essayer d'améliorer les choses, mais n'ayez pas le sentiment qu'il n'y a pas de dynamique sur l'article 51. Il y a une dynamique pour les porteurs de projets, mais aussi un processus d'accompagnement qui s'améliore et s'est amélioré ces derniers mois.

Je vais rapidement enchaîner sur la télé-médecine. Je n'ai pas le chiffre exact des actes de téléconsultation en EHPAD. Ils ne sont certainement pas à la hauteur de ce que nous attendions, mais nous n'avions pas attendu l'avenant n°6. Depuis le début de l'année 2018, l'équipement des EHPAD en équipements connectés permettant de déclencher les téléconsultations se fait progressivement. Honnêtement, il n'y a pas beaucoup de médecins pour répondre. Nous en avons sur des téléconsultations plutôt spécialisées en psychiatrie et nous avons de beaux exemples qui démarrent.

Il n'est écrit nulle part dans l'avenant n°6 que nous ne pouvons faire une téléconsultation qu'avec un médecin de proximité. Aujourd'hui, vous pouvez tout à fait faire des téléconsultations avec un médecin situé à 400 km de chez vous, mais c'est un médecin, éventuellement spécialiste, qui vous suit. Nous avons voulu inscrire comme principe que la télé-médecine et la téléconsultation sont une modalité alternative à des consultations présentes. Nous voyons ce que cela peut donner pour des consultations de suivi en soins spécialisés.

Ensuite, il y a le problème de l'urgence, non pas vitale, mais de la consultation non programmée qui fait souvent référence à la situation du patient qui ne trouve pas ou n'a pas de médecin traitant et qui a du mal à accéder à une consultation présente de premier recours. Nous avons été d'emblée interpellés par des plateformes qui nous ont dit qu'elles prenaient en charge ce genre de cas. Il est possible d'appeler un numéro de téléphone 24/24 h, un médecin répondra et prendra en charge votre demande de téléconsultation. Nous avons considéré que le fait d'accepter de rembourser, pour l'assurance maladie, ce type de téléconsultation nous orienterait dans une direction que les pouvoirs publics – la ministre s'est encore exprimée récemment sur ce sujet -, l'Ordre des médecins et l'ensemble des représentants des médecins libéraux ne croient pas souhaitable. Il faut bien voir deux choses. D'une part, c'est la limite de cette prise en charge. Vous avez le son et l'image avec un médecin qui change tout le temps, donc la qualité du suivi peut être questionnée. D'autre part, nous sommes précisément à un moment, dans le cadre de cette stratégie, où nous demandons aux médecins de s'engager dans les territoires pour pouvoir prendre plus en charge au travers des assistants médicaux et pour mieux s'organiser ensemble pour mieux

répondre aux demandes de soins non programmés à l'échelle d'un territoire. Ce sont les CPTS, dont nous parlons par ailleurs. Ils le signeront demain. Dans les CPTS, nous leur demandons de répondre aussi par des téléconsultations.

Dans l'avenant n°6, si nous n'avons pas de médecin traitant ou si nous ne trouvons pas de médecin, nous pouvons en effet faire une téléconsultation avec un médecin que nous ne connaissons pas, parce que ce médecin s'inscrira dans une organisation territoriale et il ne sera pas sur une plateforme « *offshore* ». Aujourd'hui, une dizaine d'organisations territoriales ont été mises en place. Une trentaine d'autres sont en cours et qui permettront de mailler le territoire, l'arrivée des CPTS apportant une accélération forte. Je crois qu'il faut rester dans l'idée qu'il doit y avoir une synergie entre le développement de la téléconsultation et la stratégie d'organisation territoriale des soins, dans une proximité proche ou à l'échelle départementale ou régionale, parce que nous le rendons tout à fait possible.

Concernant les assistants médicaux, il n'y a pas un nombre fixe de postes à répartir entre les territoires ou les médecins, mais il y a un dispositif. Quand nous répondons aux questions posées par le texte conventionnel, nous pouvons être accompagné pour le recrutement d'un assistant médical. C'est un guichet ouvert. Nous verrons, entre les territoires et les spécialités, combien de médecins souscriront à ce dispositif, j'espère le plus possible. Le chiffre de 4 000 a été mentionné, mais il ne constitue certainement pas un budget limitatif qu'il faudrait répartir jusqu'à épuisement. Je laisserai Cécile Courrèges répondre sur les sujets de formation, mais il sera évidemment nécessaire d'avoir une formation qualifiante. Le texte renvoie aux autorités compétentes.

**Mme Cécile Courrèges.** Je rappelle que vous avez vous-même voté la suppression de la clause des six mois pour l'entrée en vigueur des assistants médicaux et des CPTS. Nous voulons porter ces sujets le plus vite possible puisque nous sommes conscients que les territoires ont des besoins d'organisation, de travail en équipe ou de libérer du temps médical. Nous avons des objectifs dès 2019, parce que nous n'aurons pas ces six mois que vous trouvez dans les avenants conventionnels pour l'entrée en vigueur. C'est vous-mêmes qui l'avez voté dans le cadre de la LFSS.

Concernant la formation des assistants médicaux, il ne s'agit pas d'une nouvelle profession de santé. Nous n'allons pas créer une nouvelle profession de santé au sein du code de la santé publique. Il s'agit bien de fonctions qui pourront être ouvertes à différents types de professionnels. L'avenant a été négocié dans cet esprit, pour permettre à des secrétaires médicales d'aller vers ce type de fonction, tout comme à des professionnels de santé. Nous ne leur donnerons pas la même chose selon leur bagage initial. C'est pourquoi, dans le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, sous réserve que le Sénat accepte de le rétablir dans le cadre de la commission mixte paritaire, nous avons prévu de lever l'exercice illégal de la médecine dans le cas de non-soignants.

Parmi les activités envisagées pour les assistants médicaux, certaines sont réservées aux soignants, telles que la prise des constantes. Pour permettre à des secrétaires médicales de peser, ce qui est une activité de soignant dans les codes, il fallait lever l'exercice illégal de la médecine. C'est une disposition qui a été introduite par l'Assemblée nationale dans le cadre du projet de loi portant organisation et transformation du système de santé. Les infirmières ont tout le bagage. Pour autant, il faut prévoir des formations d'adaptation à l'emploi parce qu'il y a aussi des activités plus administratives. Nous ouvrirons la possibilité de ces formations d'adaptation à l'emploi aux aides-soignants. Nous pensons que cela peut être une évolution professionnelle pour les aides-soignants, mais aussi un facteur d'attractivité pour cette profession. Il est possible d'ouvrir différents types d'exercice, plus

dans une logique de parcours. C'est pourquoi j'insiste sur le fait que ce sont de nouvelles fonctions, mais pas une nouvelle profession de santé. Nous les accompagnerons aussi dans le cadre des formations d'adaptation à l'emploi. Pour les aides-soignants, nous devons rendre possible l'exercice en ville. Aujourd'hui, c'est réservé aux établissements. Il y a donc des évolutions réglementaires à porter pour accompagner ce dispositif. Ils seront payés comme assistants médicaux dans le cadre du contrat de travail salarié. Je vous rappelle que des dispositions permettront le salariat des assistants médicaux en maisons ou centres de santé. La rémunération se fera sur la base des discussions en cours avec les syndicats dans le cadre de la convention et de la rémunération du médecin qui est prévue dans l'avenant conventionnel.

**Mme Mathilde Lignot-Leloup.** Concernant la mise en œuvre du reste à charge zéro, au 1<sup>er</sup> janvier 2021, tous les Français qui ont une complémentaire santé pourront avoir accès à des prothèses dentaires, des aides auditives et des lunettes sans aucun reste à charge. Ce sera dès 2020 pour les lunettes et la plupart des prothèses dentaires. Dès 2019, nous avons une réduction du reste à charge pour les aides auditives.

Concernant le décret d'application de la mesure sur l'extension du dispositif d'ATU, il a fait l'objet de concertations avec les représentants des Entreprises du médicament (LEEM) et du Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales (SNITEM) en avril-mai. Le décret est en cours d'examen au Conseil d'État. Il devrait être publié fin juin ou début juillet pour permettre la mise en place du dispositif.

Mme Vignon, vous avez évoqué la difficulté de certains patients qui ont eu un cancer et qui ont des pertes de dents. Aujourd'hui, il y a une prise en charge de six implants. S'il faut aller au-delà de cette prise en charge, il est nécessaire de mobiliser des fonds d'action sanitaire et sociale pour aider les patients qui ne pourraient pas prendre en charge l'ensemble de leurs soins.

Concernant le fonds CMU-C, vous avez fait référence à une étude présentée par le CREDOC lors du dernier conseil d'administration du fonds CMU, qui a insisté sur les difficultés des patients qui ont la CMU-C, en termes de qualité de vie et de dispositif. La CMU a toujours été un dispositif national. La mise en place de cette couverture complémentaire santé et le fait que les patients pourront bénéficier d'une offre de qualité et étendue grâce au 100 % santé contribueront à une prise en charge de meilleure qualité. Nous avons pris connaissance de cette étude du CREDOC et repris l'idée avec le fonds CMU pour renforcer la communication et l'accompagnement de patients pour qu'ils accèdent à leurs droits, à la fois au titre de la CMU qui existait et à la nouvelle partie de la CMU contributive que nous mettons en place à partir de novembre prochain.

Enfin, j'ai été interrogée sur les articulations entre environnement et santé. Vous avez raison de pointer le fait que le renforcement des actions en matière de prévention des risques liés à l'environnement peut avoir un impact positif sur la santé des Français. À ce titre, la sécurité sociale sera bénéficiaire du plan de renforcement sur la santé environnement. Ce sera aussi une manière de réduire un certain nombre de risques. Peut-être pouvons-nous citer un risque particulier qui concerne les produits phytosanitaires, sur lesquels nous avons demandé à avoir une expertise, à la fois de l'Anses et de l'Inserm. Elle doit nous permettre à la fois de renforcer les mesures de prévention – le premier objectif est d'éviter les risques liés à l'environnement – et la prise en charge pour les personnes qui ont été exposées dans le cadre de leur travail, avec un renforcement de la prise en charge des maladies professionnelles à ce titre. Cela fait l'objet des travaux à la fois dans la branche de régime général et dans la branche agricole.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Il nous reste à vous remercier pour les réponses. Nous peaufinerons le travail d'évaluation au fil du temps. Cet après-midi, nous avons l'audition de la ministre à 16 heures 30 pour terminer cette évaluation de la LFSS.

**ANNEXE 6 : COMPTE RENDU DE L'AUDITION PAR LA COMMISSION, DU  
MERCREDI 19 JUIN 2019, DE MME AGNÈS BUZYN, MINISTRE DES  
SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, ET MME CHRISTELLE DUBOS,  
SECRÉTAIRE D'ÉTAT AUPRÈS DE LA MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE  
LA SANTÉ**

*Dans le cadre du printemps social de l'évaluation, la commission des affaires sociales auditionne Mme Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la santé, et Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des Solidarités et de la santé.*

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Mes chers collègues, nous reprenons nos travaux consacrés au printemps social de l'évaluation, avec l'audition, cette fois, des ministres.

Je souhaite la bienvenue à Mme Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la santé, et à Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre.

Permettez-moi de vous remercier, au nom des commissaires des affaires sociales, d'avoir accepté cette invitation pour un exercice un peu innovant dans notre commission. Je rappelle que sur la proposition d'Olivier Véran, notre rapporteur général, notre commission a décidé de consacrer un temps de réflexion sur les lois de financement de la sécurité sociale, en dehors de l'examen du PLFSS de l'année à venir.

Évaluer les textes dont les enjeux financiers et sociaux sont considérables peut sembler une évidence. Pourtant, tous les commissaires s'accorderont, je pense, sur le constat que nous ne le faisons que très insuffisamment. Nous avons mené depuis hier quatre auditions thématiques, respectivement consacrées au financement, à l'impact des lois de financement sur le revenu des ménages, à la santé publique et à la prévention, et à l'organisation des soins, en sélectionnant pour chacun les articles dont il nous semblait utile d'analyser l'impact.

Cet exercice inédit est sans doute perfectible, mais je crois que les participants à ces réunions en ont retiré beaucoup d'informations, ont pu apprécier le niveau de représentation et la qualité des intervenants.

Je ne doute pas que ces travaux contribueront à nourrir les débats sur le prochain PLFSS, sur notre programme de contrôle pour la prochaine session et sur de nombreux autres sujets.

Je vous propose donc de donner successivement la parole, comme pour nos réunions précédentes, au rapporteur général, à la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financements de la sécurité sociale (MECSS), aux orateurs des groupes, puis aux questions individuelles. J'invite chacun à faire preuve de concision afin de maintenir l'interactivité nécessaire au débat.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Madame la présidente, Madame la ministre, Madame la secrétaire d'État, merci d'avoir accepté notre invitation pour ce premier printemps de l'évaluation des finances sociales. Merci aussi d'avoir délégué vos responsables d'administration depuis hier. Je pense notamment à la directrice de la sécurité sociale qui a passé la totalité du temps avec nous et qui a su répondre avec beaucoup de patience et de précision à nombre de nos questions.

Nous avons abordé de nombreux points. Je ne reviendrai pas sur tous, car c'est le rôle des députés ici présents de vous interpellier sur des sujets qui leur sont chers. Je me limiterai à évoquer les mesures de santé publique.

Qu'il s'agisse de la vaccination, du plan tabac et d'autres, nous avons eu des réponses à la fois chiffrées et nombreuses montrant l'impact de l'action. Si je ne devais retenir qu'un seul chiffre, ce serait 2 000, qui est le nombre de fumeurs qui, depuis un an, en France, jettent leur dernière cigarette chaque jour, ce qui aurait été impensable, il y a encore un an.

Concernant les mesures de pouvoir d'achat et de solidarité, beaucoup de précisions existaient déjà dans le débat public, mais nous avons pu de nouveau mettre l'accent sur ces questions.

La question de l'organisation des soins comporte trois grands aspects qui sont revenus au cours des auditions.

Le premier est le fameux article 51 que nous avons voté dans le premier PLFSS, en sorte que le législateur n'ait plus besoin d'y revenir. Il vise à permettre enfin d'expérimenter librement, à l'initiative des professionnels dans les territoires, de nouvelles façons de soigner. Sur ce point, nous avons des résultats, mais ils nous paraissent, à en juger par les auditions, en deçà de l'enthousiasme manifesté par les parlementaires et par les professionnels dans les territoires. Nous en sommes à environ dix projets retenus sur cinq cents déposés, et combien de projets n'ont pas été déposés faute d'un encouragement à le faire par les administrations dans les territoires ! C'est un vrai point d'alerte sur lequel vous serez interrogées.

Il en est de même pour la télémédecine. Si, avec 2 000 actes par semaine, la montée en puissance n'est pas négligeable, on est à 100 000 actes sur la première année, contre les 500 000 prévus. De nouveau, nous avons le sentiment et la frustration de percevoir quelques latences qui ne viennent pas des professionnels mais qui nécessitent des éclaircissements et peut-être une impulsion nouvelle.

Sans doute serez-vous interrogées aussi sur le financement de l'hôpital, parce que nous avons des engagements forts en matière de sortie du tout T2A, et sur le financement des urgences, qui est un sujet d'actualité. Nous vous faisons totalement confiance sur ces points.

Nous évoquerons la question plus générale du financement de la protection sociale et des relations entre l'État et la « sécu ». Nous ne pouvions pas faire l'impasse sur les comptes de la sécurité sociale, annoncés la semaine dernière comme étant dans le rouge en 2019, alors même que nous espérions qu'ils seraient dans le vert. En réalité, à y regarder de plus près, ils sont quasiment dans le vert et la sécurité sociale est bien gérée. Les efforts demandés à l'ensemble des acteurs dans les branches famille et santé ont porté leurs fruits. Le problème vient de plusieurs décisions que nous avons prises ou que nous n'avons pas prises. La première d'entre elles a été de considérer, dans les relations État-« sécu », qu'on pouvait ne pas compenser certaines exonérations.

Deux autres grandes questions sont en suspens pour l'année 2019 : le taux intermédiaire de CSG, introduit par les mesures d'urgence, et la défiscalisation des heures supplémentaires, tout cela pesant pour près de la moitié du déficit prévisionnel de la « sécu ». Je crois avoir perçu dans le groupe majoritaire, et j'imagine qu'il en est de même du côté de certains dans l'opposition, des vellétés fortes d'obtenir la compensation de tout ou partie des exonérations lors du prochain PLFSS.

Le deuxième grand aspect a trait à la dette sociale. Considérant que les finances sociales allaient s'améliorer et que nous aurions des excédents, nous étions convenus, l'année dernière, d'anticiper le remboursement de la dette sociale, notamment au travers de la reprise de la dette de l'agence centrale des organismes de la sécurité sociale (ACOSS). La directrice de la sécurité sociale nous a informés que nous pourrions revenir sur cette disposition. Il n'est pas judicieux de rembourser une dette en en creusant une autre et ce n'est pas correct sur le plan des textes. C'est une nouvelle que nous accueillons bien.

En outre, nous sommes partis pour rembourser la dette de la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) plutôt en début de 2024, alors que les textes organiques nous contraignent à le faire en 2025. Il est toujours bien de rembourser une dette par avance, mais des inquiétudes se sont fait jour au sein de la majorité, en prévision de dépenses sociales nouvelles, notamment pour la dépendance pour laquelle les attentes sont très fortes sur tous les bancs de l'Assemblée. Ne faut-il pas s'accorder un peu plus de délai dans le remboursement définitif de cette dette, de façon à dégager des marges de manœuvre pour de nouvelles dépenses sociales ?

Le troisième et dernier grand aspect a trait aux relations entre l'État et la « sécu ». Il avait été prévu qu'en cas d'excédent de la sécu, il serait transféré au moins pour moitié à l'État au titre de la contribution à « l'effort de guerre ». Or les excédents ne sont pas là et nous avons le sentiment que cumuler ces mesures de non-compensation, ce remboursement accéléré de la dette et ces transferts financiers conséquents entre la « sécu » et l'État aboutit à ce que la sécurité sociale garde toujours la tête un peu au-dessous du niveau de l'eau, sans jamais réussir à avoir de l'oxygène, alors même qu'elle devrait avoir la tête hors de l'eau. Peut-être devrions-nous revoir ces règles au regard de la situation actuelle. C'est un débat qui anime le Parlement.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Pour la MECSS, la parole est à Mme Annie Vidal.

**Mme Annie Vidal, coprésidente de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale (MECSS).** Mesdames les ministres, merci beaucoup pour votre présence pour ce printemps de l'évaluation sociale.

La stratégie et les mesures emblématiques de la politique de santé que vous déclinez à travers les lois de financement de la sécurité sociale, comme toutes les réformes par ailleurs, nécessitent une pédagogie de proximité pour une parfaite information et compréhension. Elles doivent aussi être évaluées pour s'assurer de l'atteinte des objectifs et être ajustées si besoin. C'est bien l'objet des auditions conduites ces deux derniers jours.

À l'aube de l'examen du projet de loi Grand âge et autonomie, je souhaiterais vous interroger et rappeler les mesures votées lors des deux derniers PLFSS à propos des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

En 2018, nous avons voté 72 millions d'euros supplémentaires pour recruter du personnel et améliorer la prise en charge et l'accompagnement : 10 millions d'euros supplémentaires pour renforcer la présence des infirmiers de nuit, 28 millions d'euros supplémentaires pour accompagner les EHPAD en difficulté financière, 50 millions d'euros de crédits supplémentaires à la main des agences régionales de santé (ARS) pour aider ponctuellement les EHPAD. En 2019, nous avons voté 50 millions d'euros consacrés à l'offre d'accompagnement des services d'aide à domicile, 30 millions d'euros pour la prévention en EHPAD, 15 millions d'euros pour l'hébergement temporaire en EHPAD. Par ailleurs, à la suite de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, était prévue la

création de 4 525 places supplémentaires d'hébergement en EHPAD, 693 places d'accueil de jour et 482 places d'hébergement temporaire.

Madame la ministre, alors que nous travaillons chaque jour avec les acteurs du grand âge pour préparer « un des grands marqueurs sociaux de ce quinquennat », pour reprendre les mots du Premier ministre, pouvez-vous nous faire part de vos retours quant à l'utilisation de ces moyens, quant à l'amélioration de la prise en charge et de l'accompagnement de nos aînés, qui étaient visés dans ces textes, et quant à l'amélioration des conditions de travail des professionnels du grand âge ?

**M. Gilles Lurton, coprésident de la MECSS.** Mesdames les ministres, je vous remercie de votre présence. M. le rapporteur général a parfaitement résumé tous les thèmes que nous avons abordés ces derniers jours, qu'il s'agisse de la compensation à la sécurité sociale des pertes de recettes générées par les mesures nouvelles que nous avons votées dans le cadre du PLFSS, de la caisse d'amortissement de la dette sociale, de l'extinction de la dette prévue pour 2024 et des conséquences des mesures prises le 10 décembre à la suite de la déclaration du Président de la République au sujet de la dette sociale ou d'une série de mesures qui ont été examinées dans le cadre du PLFSS et sur lesquelles je ne doute pas que mes collègues reviendront.

Au titre de la politique familiale, je pense à la majoration de 30 % du complément de mode de garde pour les familles comprenant un enfant handicapé, du complément de mode de garde pour les familles monoparentales mais aussi aux conséquences de mesures de santé publique et de prévention qu'il conviendrait d'évaluer. Il ne suffit pas de décider des mesures, il faut ensuite regarder à qui elles profitent et si elles produisent l'effet attendu par le Gouvernement et les parlementaires, qu'ils les aient votées ou non, car on peut souscrire à certaines mesures quand on est dans l'opposition. Je pense en particulier à la hausse du prix du tabac, à la taxe soda, à la vaccination obligatoire, sur laquelle vous avez insisté, Madame la ministre, au cours des discussions de deux derniers PLFSS, et sur laquelle on doit pouvoir faire un premier bilan. Je pense aussi à la modification du calendrier des consultations de prévention, à la prise en charge de l'intervention précoce pour l'autisme, à la télémédecine, au développement de l'exercice coordonné et au reste à charge zéro, qui pose encore beaucoup de questions au regard de l'augmentation du prix des assurances complémentaires santé.

Au cours des derniers jours, nous avons abordé tous ces sujets avec vos directions. Nous avons obtenu des réponses très techniques. Peut-être pourriez-vous nous apporter des réponses plus politiques sur la situation dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui.

Puisque Mme Dubos est aujourd'hui présente, je regretterai que nous ayons peu abordé le plan pauvreté au sein de la commission des affaires sociales comme dans l'hémicycle, excepté par le biais des réponses aux questions qui vous ont été posées. Je considère que le plan pauvreté aurait mérité un débat au sein de l'Assemblée nationale.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Nous en venons aux orateurs des groupes. Mme Fiona Lazaar, pour le groupe La République en Marche.

**Mme Fiona Lazaar.** Madame la présidente, Monsieur le rapporteur général, Mesdames les ministres, depuis deux ans, nous avons engagé des efforts importants pour rétablir les comptes de la sécurité sociale. Nous avons pris nos responsabilités en présentant, à l'automne, pour la première fois depuis dix-huit ans, un budget à l'équilibre. J'ai la conviction que cette responsabilité budgétaire n'est absolument pas incompatible avec une



politique sociale ambitieuse. Elle en est au contraire le moyen, puisqu'elle assurera la pérennité de notre système de protection sociale.

Le budget que nous avons voté inclut ainsi le plan de lutte contre la pauvreté qui mobilisera 8 milliards d'euros sur le quinquennat. Il y a aussi celui de « Ma santé 2022 », qui a permis de débloquer 300 millions d'euros pour les hôpitaux.

Dans l'exécution de ce budget, nous devons composer avec la nouvelle donne induite par la crise sociale majeure que nous venons de traverser, par les mesures d'urgence adoptées en fin d'année qui produisent déjà des effets significatifs pour le pouvoir d'achat des Français et par le Grand débat national qui a posé les fondements de l'acte 2 de l'action de la majorité.

Bien sûr, notre détermination à rétablir l'équilibre des comptes sociaux se doit de rester intacte. Pour affronter les enjeux de demain, notre système de protection devra être solide, donc soutenable. Mais il me paraît également important que la sécurité sociale n'ait pas à payer la facture de quarante ans d'errements, alors que ses comptes seront affectés par les mesures annoncées. Je pense en particulier aux hôpitaux dont nous connaissons les difficultés.

Pour m'exprimer très concrètement, je crois nécessaire que l'objectif national de dépense de l'assurance maladie, visant à simplifier le budget annuel alloué à la santé des Français, que nous avons augmenté de 2,5 %, l'année dernière, c'est-à-dire le taux le plus élevé depuis six ans, ne soit pas impacté à la baisse du fait des mesures votées pour le pouvoir d'achat. Il serait regrettable de reprendre d'une main, à travers la baisse des prestations, ce que nous avons donné, de l'autre, en baissant les impôts. Aussi, à quelques mois des prochaines discussions budgétaires, pouvez-vous nous confirmer, Madame la ministre, que ce n'est pas le scénario envisagé par le Gouvernement ?

Plus largement, il me semble important de ne pas perdre de vue les besoins de financement futurs pour la sécurité sociale, en particulier dans le contexte de discussion sur la création d'un cinquième risque, la perte d'autonomie, qui serait pris en charge par la sécurité sociale. Ainsi il m'apparaît opportun de vous entendre aujourd'hui sur les perspectives à terme concernant les relations financières entre l'État et la sécurité sociale, et plus particulièrement sur le principe selon lequel que l'État compense à la sécurité sociale les sommes non perçues du fait d'exonérations sociales.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Pour le groupe LR, M. Jean-Pierre Door.

**M. Jean-Pierre Door.** Madame la présidente, Mesdames les ministres, d'ici vingt-quatre heures, la commission mixte paritaire devrait trancher sur le devenir de l'organisation des soins intermédiaire de la loi santé 2022.

Aujourd'hui on évoque le problème des lois de financement de la sécurité sociale, tandis qu'à l'automne dernier, le Gouvernement était dans l'euphorie d'un retour à l'équilibre – on parlait même d'un excédent de 700 millions d'euros pour 2019 ! Or, lors de la discussion du PLFSS pour 2019, le groupe Les Républicains avait prévenu que si le déficit de la sécurité sociale était réduit, il conservait une importante composante structurelle indépendante des effets de la conjoncture économique sur les recettes. Il y a un « mais » en 2019, et le rapporteur l'a dit : les comptes vont être dans le rouge. Selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), ce déficit devrait atteindre 1,7 milliard d'euros. Cette situation s'explique, bien entendu, par la conjoncture, en raison

d'une moindre croissance de la masse salariale, preuve d'un caractère insincère des projections faites lors de l'établissement du PLFSS. Mais le déficit risque d'atteindre 4,4 milliards d'euros si le Gouvernement ne compense pas les mesures d'urgence que vous aviez votées en 2018 en réponse au mouvement social de l'époque, à moins que vous nous assuriez que ces mesures sont gagées par des économies ou des recettes supplémentaires.

Je ne parle pas non plus des déficits cachés : celui de l'Unédic, d'environ 1 milliard d'euros, ou celui de l'hôpital public, d'environ 1 milliard d'euros. La commission des comptes de la sécurité sociale observe ainsi que le respect de la trajectoire de retour à l'équilibre des comptes est compromis.

Madame la ministre, quelles sont désormais vos solutions ? Quelle réforme structurelle pouvez-vous mettre en œuvre ? Quelles économies, surtout, proposez-vous pour rectifier le tir ? Comme le disait le rapporteur, que va faire l'État vis-à-vis des comptes de la sécurité sociale pour compenser les dépenses excessives engagées ?

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** La parole est à M. Isaac-Sibille, pour le groupe Mouvement démocrate et apparentés.

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** Madame la présidente, Madame la ministre, Madame la secrétaire d'État, je tiens d'abord à remercier notre présidente et notre collègue Olivier Véran pour avoir proposé à notre commission ce printemps social de l'évaluation. Il pourrait être aussi intéressant que l'évaluation et le contrôle de l'application des lois s'opèrent de manière plus continue grâce à la MECSS, dont c'est la fonction, car c'est notre travail.

Si le déficit de la sécurité sociale est revenu à son plus bas niveau depuis deux décennies, et nous pouvons nous en féliciter, il se creuserait de nouveau, notamment à la suite d'une croissance de la masse salariale inférieure aux prévisions et aux mesures d'urgence que nous avons votées en décembre, ce qui n'est pas une insincérité, Monsieur Door.

L'explosion des maladies chroniques couplée au vieillissement de la population remet en cause la pérennité de notre système de santé solidaire. L'arrivée de thérapeutiques et d'innovations de rupture de plus en plus coûteuses, ainsi que l'enveloppe budgétaire qui, elle, reste contrainte, nous obligent à nous interroger rapidement.

Nous en sommes convaincus, la mise en œuvre d'une politique de prévention et d'éducation à la santé tout au long de la vie est une des clés pour préserver l'équilibre de notre système de santé solidaire. Toutefois, l'ensemble de ces mesures - un axe prioritaire du quinquennat -, ne porteront leurs fruits que d'ici quelques décennies. À moyen terme, des économies peuvent être dégagées grâce à une meilleure organisation de notre système de santé - coordination des professionnels de santé, communautés professionnelles territoriales de santé, dossier médical partagé -, et en luttant notamment contre les actes inutiles.

Madame la ministre, ma question est courte. Vous avez pris des mesures, nous avons voté des lois concernant l'ensemble des acteurs - professionnels de santé, établissements de santé, industries de santé -, mais n'avons-nous pas oublié l'acteur central qu'est le citoyen, le patient ? Ne doit-il pas, lui aussi, être responsabilisé en prenant en compte ses bons gestes en santé, ses mauvais comportements éventuels et même sa bonne observance des prescriptions médicales ? Ne faut-il pas lancer un débat sur la place et la responsabilité des citoyens concernant les dépenses de santé ? Par exemple, ne pourrait-on pas s'inspirer de nos voisins allemands dont les soins dentaires sont pris en charge à la condition que la personne se soit présentée à ses différents rendez-vous préventifs ? Comme

l'indiquait le Conseil d'État dans son étude sur la révision des lois de bioéthique, le droit actuel ne permet pas de conditionner la prise en charge par l'assurance maladie à l'observance d'une hygiène de vie, mais une telle évolution vers plus de conditionnalité n'apparaît pas se heurter dans son principe à un obstacle constitutionnel.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** La parole est à M. Joël Aviragnet, pour le groupe Socialistes et apparentés.

**M. Joël Aviragnet.** Madame la ministre, le budget de la sécurité sociale pour 2019 devait être le premier budget en excédent depuis dix-huit ans. Ce retour à l'équilibre n'était pas chose facile, ni pour vous ni pour ceux qui vous ont précédée, mais surtout pour tous ceux qui ont consenti d'innombrables efforts pour contrôler les dépenses de la sécurité sociale. Je veux parler du monde de la santé et des retraités.

Comment ne pas parler du régime draconien d'économie auquel a été soumis l'hôpital public, ces dernières années ? Comment ne pas voir là un lien direct avec la situation des urgences et les plus de quatre-vingts services d'urgences en grève ? Ce retour à l'équilibre s'est aussi fait au détriment des seniors dont on a désindexé les retraites de l'inflation. N'oublions pas qu'ils avaient déjà dû faire face à l'augmentation non compensée de la CSG depuis 2018.

Aujourd'hui, nous sommes ici pour évaluer le bilan des mesures qui ont été prises en matière fiscale et sociale et voir si votre action a porté ses fruits. Or dans son rapport de juin 2019, la commission des comptes de la sécurité sociale indique que le déficit de la « sécu » pourrait de nouveau se creuser cette année et atteindre 4,4 milliards d'euros. Faut-il s'en étonner ? Vous avez supprimé les cotisations sociales sur les heures supplémentaires, vous avez supprimé les cotisations salariales sur l'assurance maladie et sur l'assurance chômage, vous avez transformé le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) en baisse pérenne de charges, enfin vous avez refusé de compenser à la sécurité sociale le coût des dispositifs d'exonération mis en place par l'État. Il vous faut donc assumer le fait que votre politique de droite néolibérale a échoué du point de vue du désendettement de notre pays. Oui, vous avez grandement endetté la sécurité sociale avec vos mesures fiscales.

Quelles sont nos propositions ? La priorité devrait être, et nous sommes unanimes à le demander aujourd'hui, de respecter la loi Veil et de faire en sorte que l'État compense à la sécurité sociale les mesures d'exonération qu'il a prises. En d'autres termes, ce n'est pas aux hôpitaux de se serrer la ceinture pour permettre à l'État de baisser les charges sociales. Si vous le faisiez, le déficit de la « sécu » passerait de 4,4 milliards d'euros à 1,7 milliard d'euros. Ce serait déjà un bien grand pas.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** La parole est à M. Paul Christophe, pour le groupe UDI et indépendants.

**M. Paul Christophe.** L'assurance maladie a récemment publié un panorama de ses dépenses en 2017. Les dépenses liées aux maladies chroniques continuent de progresser avec le vieillissement de la population. Ce panorama permet d'objectiver les grandes tendances face auxquelles notre système de santé doit se tenir prêt. Cet accroissement des dépenses est lié tout à la fois au nombre de patients pris en charge et au coût des innovations thérapeutiques. Ce coût des traitements reste régulé grâce aux baisses de prix des médicaments imposées par les pouvoirs publics. Chaque année, de nouvelles économies sont portées sur le volet médicament. Sur les dix dernières années, le médicament a représenté près de 60 % des économies générées, alors qu'il ne représente que 15 % des dépenses du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Ces coups de

rabot à répétition relèvent d'une politique d'ajustement qui abîme chaque année un peu plus le secteur, en lieu et place d'une politique programmatique à moyen terme de nature à assurer une visibilité aux acteurs.

Les économies fragilisent les officines pharmaceutiques. Il n'y a jamais eu autant de fermetures de pharmacies en France en dix ans. Si ces fermetures se justifient parfois par la nécessité de regrouper des petites structures, il faut toutefois faire très attention à la disparition d'officines dans les territoires fragiles. Madame la ministre, vous m'avez affirmé vouloir vous appuyer sur ce maillage territorial des pharmacies. D'où mon inquiétude, à ce stade.

Je m'inquiète d'autant plus qu'il vous faudra compenser les 3,6 milliards d'euros de déficit que prévoit le haut conseil du financement de la protection sociale. De nouvelles économies sont donc à prévoir et je crains qu'une fois le plus, le ministère se tourne vers le levier médicament, plus simple que d'autres à actionner. Ce pourraient être les économies de trop, les économies qui inviteraient tout simplement les laboratoires à délocaliser. La France est un grand pays d'industrie de santé qui recule par rapport à ses voisins européens. Baisse de prix, lourdeur de la réglementation et délais d'accès au marché justifient une croissance nulle du marché du médicament en France, en neuf ans.

Madame la ministre, on voit bien la difficile équation entre la capacité à répondre à l'ensemble des besoins thérapeutiques urgents, la faculté d'accompagner l'innovation avec un accès équitable dans un rapport de force entre industriels et pouvoirs publics autour de l'enjeu du prix du médicament. À ceci s'ajoute le besoin de maintenir l'attractivité de la France sur la scène internationale. La tâche n'est pas aisée. Pour autant, Madame la ministre, doit-on s'inquiéter de ces déclarations ?

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** La parole est à M. Adrien Quatennens, pour le groupe La France insoumise.

**M. Adrien Quatennens.** Mesdames les ministres, samedi dernier, un patient est décédé sur le parking d'une clinique à Angers. L'homme se plaignait de douleurs thoraciques. Il avait d'abord tenté d'être reçu au CHU de la ville. Faute de prise en charge, puisque la seule infirmière présente était occupée avec un autre patient dont l'état nécessitait un traitement rapide, il a traversé la ville et il est décédé avant même d'avoir pu atteindre les locaux de la clinique d'Anjou.

Cet événement tragique est révélateur des effets désastreux du manque d'effectifs dans l'hôpital public. Pourtant les personnels soignants ne cessent de vous alerter. De nombreux établissements sont mobilisés depuis plusieurs semaines pour l'amélioration des conditions d'accueil des patients, particulièrement aux urgences. Cette semaine, ce sont plus de 120 services d'urgences qui sont en grève. Leur mobilisation ne cesse de s'intensifier tant les réponses que vous leur apportez sont insuffisantes, voire méprisantes. Accorder 70 millions d'euros, c'est tout ce que vous avez trouvé pour répondre à la crise grave que traversent les hôpitaux ! Cette somme doit notamment permettre le renfort d'une personne pendant soixante jours au sein des services d'urgences, soit l'équivalente de 350 postes, c'est-à-dire un nombre bien insuffisant puisque nos hôpitaux auraient besoin de 10 000 embauches supplémentaires pour faire face à la pénurie de soignants. Pire, ces 70 millions d'euros sont réorientés à budget global constant, donc au détriment d'autres services hospitaliers.

Vous dites vouloir lutter contre l'attente interminable sur les brancards et dans les couloirs, mais vous abandonnez l'hôpital public et continuez d'aggraver sa crise au bénéfice

exclusif des établissements privés. Ainsi, la rentabilité des cliniques privées n'a jamais été aussi élevée depuis 2006, alors que l'hôpital public, lui, craque de tous côtés. S'il ne s'écroule pas, ce n'est que grâce au dévouement exceptionnel des personnels soignants et administratifs.

Mesdames les ministres, contrairement à ce que vous prétendiez lors de l'examen de votre projet de loi santé, il ne s'agit pas de mieux répartir les crédits, il s'agit de les augmenter, et il y a urgence.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** La parole est à Mme Jeanine Dubié, pour le groupe Libertés et Territoires.

**Mme Jeanine Dubié.** Madame la ministre, plusieurs de mes collègues l'ont rappelé, le mouvement de grève qui touche actuellement quasiment l'ensemble des services d'urgences sur notre territoire est révélateur d'une crise profonde. Vous avez débloqué un financement de 70 millions d'euros, vous avez annoncé une mission nationale de refondation, il n'en demeure pas moins que l'été arrive, période où les urgences sont très sollicitées. On aborde rarement la fermeture des lits en aval des urgences en période estivale. Madame la ministre, pouvez-vous nous rassurer en nous disant que ces fermetures ne seront pas effectives cet été et qu'il y aura un moratoire, ce qui permettrait de désengorger les urgences ?

Plus généralement, malgré la réforme structurelle que vous engagez dans le cadre du projet de loi santé, la question du financement et des investissements à destination des hôpitaux n'a été que peu abordée. Vous l'avez renvoyée au prochain PLFSS. Quelles pistes sont actuellement privilégiées par votre ministère afin de refonder le mode de financement des hôpitaux tout en assurant une prise en charge optimale des patients ?

Enfin, le périmètre concerné par le revenu universel d'activité suscite beaucoup d'interrogations, notamment parmi les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés. Madame la ministre, quel sera le périmètre concerné par le revenu universel d'activité ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la santé.** Madame la présidente, Monsieur le rapporteur général, Madame la coprésidente de la MECSS, Mesdames et Messieurs, je ferai d'abord une réponse globale sur les relations entre l'État et la sécurité sociale. Vous l'avez compris, les relations avec la sécurité sociale, qui avaient été modifiées lors du vote du dernier PLFSS, reposaient sur une trajectoire vertueuse avec un retour à l'équilibre en 2020 et un excédent pour les années suivantes. Cela nous autorisait à revoir les règles de compensation dans une situation assez exceptionnelle. L'idée était de désendetter globalement notre pays afin de faire en sorte que nous n'engagions pas de dépense supplémentaire, d'un côté, et que nous soyons en incapacité de rembourser la dette de l'État, de l'autre. Ces règles de compensation État-Sécurité sociale résultaient d'un état de fait laissant présager à brève échéance un excédent du budget de la sécurité sociale.

Vous l'avez compris, cette trajectoire n'est pas exactement celle que nous avions espérée en raison d'un léger ralentissement de la croissance. Même si nous appliquions les règles de compensation, nous ne serions pas à l'équilibre, tel que cela avait été prévu, nous serions à un déficit de 1,7 milliard d'euros. En outre, nous avons voté ensemble une loi portant mesures d'urgence économiques et sociales, en fin d'année. Nous n'avons pas la possibilité dans une loi ordinaire de remodeler les relations « État-Sécu », ce que seule une loi de financement de la sécurité sociale peut réaliser. Il est évident que dans la loi de financement de la sécurité sociale à venir nous prendrons en compte la trajectoire financière, qui dépendra aussi de nos arbitrages en termes de dépenses nouvelles ou d'économies

projetées. Il faudra que nous révisions les règles que nous avons votées l'année dernière en fonction de cette trajectoire.

Je propose que cette discussion, qui n'est pas tant de l'évaluation mais de la projection, ait lieu lors du prochain débat relatif à la loi de financement de la sécurité sociale. Je me suis engagée, parce que j'ai le même souci que vous, à un retour le plus rapide possible à l'équilibre. Il est vertueux, il responsabilise les acteurs. Nous avons des dépenses nouvelles à engager autour du grand âge et de la dépendance. Il est impératif de tenir les délais de remboursement de la dette. Comme vous, je suis désireuse de voir cette trajectoire revenir à l'équilibre le plus vite possible, si possible en 2021. Je vous ferai des propositions dans le cadre de la future loi de financement de la sécurité sociale en termes de règles de compensation, puisque ce que nous avons évoqué l'année dernière n'est plus tout à fait l'état des lieux de cette année.

**Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des Solidarités et de la santé.** Monsieur le député Lurton, le complément du mode de garde pour les familles comprenant un enfant handicapé, que nous avons augmenté de 30 %, de même que nous avons augmenté de 30 % le complément de mode de garde pour les familles monoparentales, entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> novembre 2019. L'aide pour les personnes handicapées pourra bénéficier aux 3 500 familles qui perçoivent actuellement le complément du mode de garde pour une assistante maternelle et qui bénéficient d'une prestation au titre de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), soit un coût de 1,6 million d'euros. En outre, dans la mesure où nous abaissons l'âge de l'école obligatoire à 3 ans et que le complément de mode de garde s'arrêterait à 3 ans, nous l'étendons jusqu'à la rentrée scolaire de l'enfant, afin de ne pas pénaliser les familles qui font garder leurs enfants.

Je précise que dans le cadre du service Pajemploi+, les parents employant une assistante maternelle agréée ou une garde d'enfant à domicile n'auront plus à faire l'avance des frais de salaires et de cotisations. Ils n'auront plus que le reste à charge à payer et une seule déclaration à faire. Cette simplification concerne 800 000 parents et 300 000 professionnels. Si l'ensemble des parents et professionnels optent pour ce service, 5,8 milliards d'euros ne seront plus avancés par nos concitoyens dans le cadre du mode de garde de leur enfant.

Les mesures relatives au plan pauvreté ont été inscrites dans le cadre du PLFSS. Elles ont donné lieu à une mission d'évaluation présentée il y a quinze jours dans le cadre du printemps de l'évaluation à la commission des finances, devant laquelle j'ai pu m'exprimer. En 2020, nous aurons un débat sur le revenu universel d'activité et sur le service public de l'insertion. Quant au périmètre du revenu universel d'activité, le socle annoncé par le Président de la République, est constitué par le RSA, les aides au logement et la prime d'activité. Dans la concertation avec plus de 70 organisations que nous avons lancée le 3 juin, nous mettons sur la table l'allocation pour adulte handicapé, sujet sur lequel se penche avec nous un collège spécifique comprenant des représentants du conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH).

Je vous rassure, dans le futur revenu universel d'activité, si le handicap y est intégré, l'ensemble de l'enveloppe handicap sera dédié aux personnes ayant un handicap. Nous l'étudions en lien avec la réforme de la prestation de compensation du handicap. Les autres sujets seront l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), les jeunes, sujet sur lequel la fédération syndicale étudiante (FÉDÉEH) travaille avec nous, ainsi que l'allocation de solidarité spécifique (ASS), dispositif maintenu malgré la création du RMI, il y a trente ans. Sachant qu'il faut faire la demande d'ASS avant une demande de RSA, notre objectif est de simplifier un système devenu trop complexe dans lequel nos concitoyens ne

s’y retrouvent plus. La simplification est tout l’objet de la concertation 2019, en vue de la publication d’un rapport en 2019 et de la présentation d’un projet de loi en 2020.

**Mme Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la santé.** Je répondrai à Annie Vidal sur tous les budgets votés concernant les EHPAD. Merci de cette question qui me permet de revenir sur des mesures fortes qui avaient été annoncées en 2018.

Concernant l’hébergement temporaire en sortie d’hospitalisation, l’objectif était de compenser une partie du forfait dépendance et du tarif hébergement de jour pendant trente jours au maximum, afin de ne laisser subsister aucun reste à charge journalier pour le résident. Une enveloppe de 15 millions d’euros a été déléguée aux ARS par la circulaire budgétaire du 25 avril 2019. La campagne budgétaire 2019 vient de démarrer au sein des ARS.

S’agissant de la prévention de la perte d’autonomie, une enveloppe de 30 millions d’euros avait été annoncée. Elle a été déléguée aux crédits complémentaires aux ARS par la circulaire budgétaire du 25 avril 2019. La campagne vient de démarrer.

Concernant le financement des services d’aide et d’accompagnement à domicile, une enveloppe de 50 millions d’euros est prévue. Un premier financement est alloué pour 2019 pour préfigurer la réforme du mode de financement de ces services. L’idée est d’avoir un tarif national plancher pour garantir l’équité. Une dotation complémentaire a été également décidée pour améliorer la qualité. Les montants et modalités de répartition de l’enveloppe prévue en loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 ont été fixés par décret du 17 mai 2019. Soixante-cinq départements ont déjà déclaré leur intérêt. Ils vont lancer un appel à projet auprès des services d’aide et d’accompagnement à domicile (SAAD) de leurs territoires en vue de la signature de contrats pluriannuels d’objectifs et de moyens (CPOM) pour l’attribution des crédits.

Concernant les 10 millions d’euros annoncés pour les infirmières de nuit dans les EHPAD, les moyens alloués permettent de financer une astreinte d’infirmières de nuit mutualisée entre quatre et cinq EHPAD, selon les réalités locales – temps de trajet, taille des établissements, etc. – dans la perspective de couvrir tous les EHPAD d’ici 2020 à l’issue de la délégation de la troisième tranche. En 2018, une première tranche de 10 millions d’euros a été allouée aux ARS. Les remontées des ARS montrent que l’avancée du dispositif est correcte, avec un déploiement dans les suites des expérimentations menées dans les territoires PAERPA (Parcours des personnes âgées en risque de perte d’autonomie). En Auvergne-Rhône-Alpes, 23 dispositifs d’astreinte sont financés, couvrant 96 EHPAD. En Île-de-France, 145 établissements sont couverts, en Nouvelle-Aquitaine, 207, en Corse, 15 sur 28 le sont. En 2019, une nouvelle enveloppe de 10 millions d’euros a été déléguée par la circulaire du 25 avril. Là encore, la campagne vient de démarrer.

Il y avait un plan d’investissement pour moderniser les établissements. En 2018, 71,2 millions d’euros ont été consacrés à la modernisation des EHPAD, pour 95 établissements. Cet effort sera poursuivi en 2019 avec une enveloppe de 100 millions d’euros.

Pour terminer sur le renforcement des moyens des EHPAD, nous avons annoncé une neutralisation de convergence budgétaire issue du changement de mode de financement des EHPAD. Pour neutraliser les effets de la réforme, en 2018, une enveloppe de 29 millions d’euros a été allouée. Pour 2019, 17,6 millions d’euros supplémentaires ont été alloués par la circulaire du 25 avril 2019.

J'avais annoncé l'accélération de la convergence. Nous avons pris un engagement tendant à ce que les EHPAD atteignent leur niveau de ressources cible en 2021 plutôt que 2023. Nous avons raccourci de deux ans la durée de convergence. En 2019, il est prévu un financement de 155 millions d'euros. Les financements de 123 millions d'euros en 2017 et 2018 ont permis le recrutement d'environ 3 000 équivalents temps plein (ETP), dont 1 313 en 2017 et 1 780 en 2018. Le nouveau financement de 155 millions d'euros en 2019 va permettre le recrutement de 3 875 ETP supplémentaires.

Monsieur Isaac-Sibille, vous évoquez la responsabilisation des citoyens et le conditionnement des remboursements à des attitudes ancrées dans la prévention. Cela ne correspond pas à la culture française. Ce n'est pas ce que nous souhaitons. Nous souhaitons soigner tout le monde, même si je partage le souhait d'un renforcement de la littératie de nos citoyens en termes d'éducation à la santé et de comportements vertueux. C'est le rôle de toute politique publique de prévention mais, pour l'instant, il est hors de question d'utiliser le levier coercitif du remboursement pour conditionner le remboursement à des comportements vertueux. Nous ne souhaitons pas suivre cette piste.

Monsieur Christophe, nous avons quand même l'un des meilleurs maillages territoriaux des pharmacies. J'y tiens, parce que ce sont des acteurs de santé publique dont nous avons absolument besoin dans le cadre du premier recours. Nous avons fait évoluer les modalités de rémunération des pharmaciens d'officine afin qu'ils ne soient pas trop dépendants du prix du médicament et qu'ils soient rémunérés aussi pour leurs actions de santé publique, comme nous le faisons avec la vaccination. D'autres mesures vont suivre. Nous développons leur mission pour reconnaître leur rôle en tant que professionnels de santé, notamment avec la généralisation de la vaccination antigrippale à toutes les pharmacies pour la prochaine campagne. Nous allons peu à peu déployer de plus en plus de missions pour les pharmaciens d'officine, de façon à les dégager de la dépendance du prix du médicament.

L'engagement d'une croissance de 0,5 % du chiffre d'affaires de la filière médicament, pris lors du conseil stratégique des industries de santé (CSIS) du 10 juillet 2018, sera tenu. C'est l'épure dans laquelle nous travaillons à partir de 2019. Nous avons voté 3 % pour les médicaments innovants.

On ne peut pas dire que le marché français n'est pas attractif, pour la simple et bonne raison que nous sommes le seul marché où, quand un médicament est admis au remboursement, il atteint d'emblée 100 % de la population concernée. Ce n'est pas le cas dans beaucoup de pays où les systèmes de remboursement dépendent des régions, où des centres d'excellence facilitent l'accès aux médicaments innovants mais où tout le monde n'y a pas accès. Le fait qu'en France, une fois la prise en charge actée par la sécurité sociale, le déploiement soit immédiat sur la totalité du territoire rend notre marché très attractif.

J'ai été interpellée, bien entendu, sur le financement des urgences dans l'ensemble des hôpitaux. Certains disent que les financements pour les urgences sont insuffisants. Je tiens à rappeler que la réforme « Ma santé 2022 » est la conséquence immédiate du constat que j'avais fait à mon arrivée que l'hôpital souffrait du dysfonctionnement global du système, notamment les urgences, de la désorganisation de la médecine de ville et de la pression exercée pendant des années sur l'hôpital public en raison de tarifs en baisse. Ce plan « Ma Santé 2022 » apporte une réponse de fond aux dysfonctionnements actuels des urgences, l'augmentation du nombre de passages aux urgences étant en partie liée à la difficulté de trouver un médecin dans le secteur libéral.



Par ailleurs, j'entends la souffrance des professionnels, les difficultés quotidiennes auxquelles ils sont confrontés en termes d'incivilités et de violence. Les annonces que j'ai faites sont de trois types.

Il y a, d'abord, pour les personnels, l'annonce immédiate d'une prime de risque qui authentifie la spécificité du travail aux urgences et les difficultés auxquels ils sont confrontés en termes d'incivilités. Cette prime de risque est de 100 euros net par mois, pour toutes les personnes qui travaillent aux urgences, sauf les médecins, soit 30 000 personnes. C'est une prime pérenne. Il s'agit d'une enveloppe de 55 millions d'euros qui sera renouvelée tous les ans, ce n'est pas « one shot ». C'est une prime permanente pour les personnels afin de prendre en compte la spécificité du travail aux urgences.

Ensuite, j'ai proposé une prime de coopération. Nous savons que des protocoles de coopération permettraient de fluidifier les passages aux urgences et de réduire les temps d'attente, notamment lorsque des infirmiers ou d'autres professionnels s'engagent à prescrire des examens complémentaires pour raccourcir le temps d'attente et faciliter certains diagnostics. Elle doit s'inscrire dans les protocoles de coopération validés par la haute autorité de santé (HAS). Il y en a un qui est en cours d'évaluation. Cette prime de coopération, je souhaite qu'elle se développe dans le secteur des urgences. Elle facilitera le travail en équipe et permettra des délégations de tâches. Elle sera de 100 euros brut, soit 85 euros net par mois, et viendra s'ajouter à la prime de 100 euros net, c'est-à-dire déjà 185 euros pour les personnels qui s'engageront dans les protocoles de coopération.

Enfin, j'ai dégagé une enveloppe immédiate de 15 millions d'euros pour les deux mois d'été. En juillet et août, nous rencontrons des difficultés pour trouver et financer des remplaçants. Cette enveloppe est destinée à éviter des tensions supplémentaires dans les services d'urgences.

Certains ont évoqué un moratoire sur les fermetures de lits. Je tiens à rappeler que si on ferme des lits l'été, c'est parce que les personnels partent en vacances. Je ne me vois pas dire aux professionnels qu'ils vont être privés de passer le mois de juillet ou d'août avec leurs enfants parce que nous souhaitons maintenir 100 % des lits ouverts. Attention à cette idée de moratoire de fermeture de lits l'été. Depuis que les hôpitaux existent, les personnels partent en vacances entre le 1<sup>er</sup> juin et le 30 septembre. On ne leur demande pas de partir au mois de novembre quand leur famille travaille. Depuis que les hôpitaux existent, on est obligé de fermer certains lits, dans le rapport de 10 à 20 % selon les services.

En revanche, l'enveloppe de 15 millions d'euros permettra de recruter du personnel non seulement pour les urgences mais aussi pour les services d'aval qui voudront maintenir plus de lits ouverts. Elle est d'ores et déjà allouée aux ARS et les établissements peuvent faire remonter leurs besoins.

Enfin, j'ai demandé que l'enveloppe budgétaire de 300 millions d'euros allouée aux hôpitaux au mois de mars, qui n'avait pas été dépensée en 2018 et que j'ai redonnée aux hôpitaux en 2019, soit prioritairement orientée vers les services d'urgences qui ont besoin d'être rénovés. Certains sont vétustes. Beaucoup d'entre eux sont trop petits et nécessitent des travaux d'agrandissement. En passant de 10 à 20 millions de passages, les hôpitaux dont les services d'urgences datent des années 1970-1980 ont des locaux trop restreints et je tiens à les accompagner dans leur rénovation.

La troisième mesure que j'ai annoncée est la création d'une mission confiée à Thomas Mesnier et au professeur Carli visant à me faire remonter toutes les bonnes pratiques ou les propositions que je pourrai mettre en œuvre immédiatement, de façon à désengorger

les urgences. J'attends leurs propositions à partir du mois de juillet. Je me suis engagée à les mettre en œuvre. Ce n'est pas un rapport sur les urgences, ce n'est pas un rapport sur les constats, c'est un rapport de propositions. Il me sera rendu au plus tard à l'automne mais si des réponses peuvent être apportées dès le mois de juillet ou le mois d'août, elles le seront.

Je rappelle que grâce au dégel de 415 millions d'euros, au mois de décembre de l'année dernière, à l'ajout de 300 millions d'euros, au mois de mars, et au fait que, pour la première fois depuis dix ans, les tarifs sont en hausse, le déficit hospitalier a été divisé par presque deux en fin d'année 2018. En plus du dégel de la réserve prudentielle, ces 300 millions d'euros donneront aux hôpitaux un peu de marge. Je veillerai attentivement à préserver le financement des hôpitaux dans la construction de l'ONDAM pour 2020. Il va sans dire que je suis consciente de la pression exercée sur les hôpitaux, ces dernières années. Vous avez voté l'année dernière l'ONDAM le plus important des dix dernières années, avec 2,5 %. Pour la première fois, nous avons proposé des tarifs hospitaliers en hausse. Vous pouvez être fiers de cet accompagnement de nos hôpitaux, que les précédents ONDAM n'avaient pas préservé, pour le dire prudemment.

S'agissant du décès du patient au CHU d'Angers, je ne me peux me prononcer à ce sujet, Monsieur Quatennens, car une enquête est en cours. Elle a été diligentée afin de connaître les circonstances précises du décès et de cet événement tragique.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Nous abordons les questions des parlementaires.

**M. Marc Delatte.** Madame la ministre, je me réjouis de l'orientation que vous fixez pour l'optimisation de la filière de soins en chirurgie ambulatoire. Je suis allé lundi dans le service de chirurgie ambulatoire du centre hospitalier de Soissons, où j'ai vu une équipe motivée et une volonté collective, du brancardier au médecin en passant par l'infirmière et les acteurs de vie, au service du patient. Cela est porteur de sens pour les professionnels qui agissent tous les jours avec énergie et compétence.

Ma question porte sur l'évolution de la pratique tarifaire et son évaluation pour une réussite du virage ambulatoire. Comment valoriser, pour une juste reconnaissance de leur implication, l'ensemble des acteurs et des établissements de santé dans cette filière ?

**Mme Justine Benin.** Mesdames les ministres, permettez-moi de revenir une fois de plus sur le CHU de Guadeloupe dont tout le monde connaît ici les difficultés profondes. Le 4 juin dernier, je vous demandais dans l'hémicycle un soutien complémentaire de l'État pour aider le CHU à apurer sa dette fournisseurs, qui met gravement en danger l'établissement dans la continuité des soins, dans son approvisionnement en médicaments et en matériels.

Aujourd'hui, je ne peux que me réjouir et saluer l'annonce du Président de la République d'accorder une ligne de trésorerie de 20 millions d'euros pour le CHU de Guadeloupe. Il s'agit là d'une bouffée d'oxygène pour ce CHU et pour l'ensemble de son personnel.

Madame la ministre, je vous sais très attachée aux soins dans les territoires et singulièrement dans le territoire de la Guadeloupe. Aussi, pourriez-vous me préciser quelle forme prendra cette ligne de crédit de 20 millions d'euros et sous quel délai ?

**Mme Delphine Bagarry.** Mesdames les ministres, j'ai posé une question qui n'a pas obtenu de réponse par les administrations centrales, sans doute parce qu'elle contenait une intention politique. Je la reposerai donc à vous.

Dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, nous avons voté la suppression d'une part des cotisations salariales et l'exonération du paiement des contributions aux assurances chômage en contrepartie d'une hausse de la CSG. Nous avons donc substitué une partie des cotisations par l'impôt, ce qui a suscité de vives inquiétudes de la part des partenaires sociaux qui y voient la volonté de l'État de prendre la main sur la politique sociale. Il me semble donc important de vous entendre à ce sujet. Cette inquiétude est-elle légitime, alors que nous sommes, nous aussi, inquiets quant aux relations entre l'État et la sécurité sociale ? Les partenaires sociaux auront-ils toujours leur place dans la gestion de la sécurité sociale ?

**Mme Stéphanie Rist.** Madame la ministre, je reviendrai sur l'article 51 qui permet l'innovation organisationnelle à l'initiative des professionnels. Ce dispositif est important pour ces professionnels, mais surtout pour les patients et l'avenir de l'accès aux soins.

En 2018, cinq cents projets ont été formalisés, révélant une véritable attente. Cependant, un an et demi après notre vote, moins de dix projets sont autorisés et pas encore mis en place. Les porteurs de projet nous témoignent régulièrement de leurs difficultés à répondre aux attentes administratives, à leurs rouages, notamment imputables à la circulaire complexe, de plus de vingt pages, du 13 avril 2018, destinée à préciser les conditions de mise en œuvre du dispositif. C'est à se demander si la circulaire n'a pas été faite pour faire obstruction à tous les projets, mais à tout le moins, on ne peut que constater qu'il s'agit d'un effet peut-être involontaire mais réel.

Ce matin, vos services nous ont expliqué qu'ils faisaient de la « haute couture ». Nous aimerions en urgence du prêt-à-porter.

Madame la ministre, comment pouvez-vous améliorer cette situation ?

**M. Bernard Perrut.** Mesdames les ministres, beaucoup d'assurés ont, hélas, par le passé, encore renoncé à des soins, dénonçant le reste à charge trop élevé et l'avance de frais impossible. Le reste à charge zéro est donc un bel objectif visant à permettre aux patients de ne plus rien déboursier, par la mise en place d'un système de panier de soins sans reste à charge ou un système de panier de soins avec reste à charge modéré ou un reste à charge important. Les assureurs devront courir, par conséquent, ce coût. L'entrée en vigueur va s'étaler sur trois ans, afin que les tarifs ne soient pas plus relevés que les années passées.

Le risque à terme est d'avoir, à côté des paniers à charge qui restent accessibles à tous, d'autres qui ne le seront pas, ceux qui comprennent l'innovation, la qualité de service. Cette crainte se confirme lorsqu'on regarde les augmentations intervenues au cours de l'année 2019. Un certain nombre de dérives pourraient avoir de larges conséquences. Madame la ministre, quelles sont les actions envisagées ? Je ne doute pas de votre attention pour endiguer ce phénomène et maintenir le noble objectif de permettre à toutes les Françaises et à tous les Français d'accéder à un système de soins de qualité.

**Mme Michèle de Vaucouleurs.** Mesdames les ministres, à la faveur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, le Gouvernement a unifié la durée du congé maternité avec la publication, le 29 mai, au Journal officiel, d'un décret relatif à l'amélioration de la protection des indépendants. Il s'agit d'une mesure de justice sociale que je tiens ici à saluer.

Dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, l'article 75 autorise à titre expérimental, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, pour les travailleuses indépendantes, une reprise progressive de leur activité professionnelle à l'issue d'une période d'interruption

d'activité totale de deux semaines avant l'accouchement et de six semaines après, la reprise d'activité partielle s'accompagnant alors d'indemnités journalières.

Madame la ministre, quelles sont les projections établies par vos services quant à l'intérêt des travailleuses indépendantes pour ce dispositif et les dépenses afférentes ? Par ailleurs, avez-vous des informations quant à la publication du décret d'application de cette mesure ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la santé.** Monsieur Delatte, vous évoquez le développement de la chirurgie ambulatoire, ce qui me permet de répondre à la question qui m'a été posée tout à l'heure au sujet de l'évolution de la T2A.

Nous souhaitons sortir du tout T2A. Nous savons les dérives de cette tarification à l'activité qui met les hôpitaux en concurrence les uns avec les autres et aboutit à un excès d'actes parfois non pertinents. Il y a un enjeu de pertinence et d'une meilleure régulation de l'offre de soins, avec des hôpitaux qui vont coopérer plutôt que se faire la guerre. Il est donc pour moi impératif de proposer des modes de financement innovants.

Pour cela, un rapport a été demandé à Jean-Marc Aubert, directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Il m'a été remis en mars dernier et il fait actuellement l'objet de concertation. Il propose différentes pistes d'évolution : des tarifications forfaitaires, à l'hôpital et dans le secteur de la ville ; des financements à la qualité ; des financements qui permettent l'innovation organisationnelle, notamment en psychiatrie et des financements qui resteront à l'acte pour certaines activités. La diversification des modes de financement en fonction des pathologies et en fonction des coopérations que nous souhaitons mettre en œuvre va se déployer.

Vous aviez noté dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 deux financements forfaitaires, sur le diabète et l'insuffisance rénale chronique. Nous en proposerons de nouveaux pour la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. Nous travaillons également sur des forfaits qui couvriraient à la fois l'hôpital et la ville. L'idée est de déployer petit à petit ce mode de financement innovant et de l'étendre. Nous savons qu'une bascule brutale mettrait en grave difficulté le système et ses équilibres. Nous souhaitons, en trois à quatre ans, évoluer vers des tarifications diversifiées.

Je rappelle également que vous avez voté dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 une enveloppe pour le financement à la qualité qui a été multipliée par six.

Mme Benin m'a interrogée spécifiquement sur les besoins de la Guadeloupe et sur l'annonce d'une enveloppe de 20 millions d'euros. Je ne peux pas vous dire exactement comment elle va être déléguée et dans quel délai. Je reviendrai vers vous spécifiquement pour vous répondre.

Madame Bagarry, vous vous interrogez sur la place des partenaires sociaux et sur l'impact des exonérations de cotisations salariales. Je rappelle qu'elles sont compensées aux différents régimes de retraite complémentaires, notamment l'Agirc-Arrco, et à l'assurance chômage, qui s'est vu affecter une fraction de la CSG. En réalité, et l'Agirc-Arrco et l'assurance chômage ont récupéré une partie de recette. Ces modalités de financement n'ont aucun impact sur la gouvernance et la place des partenaires sociaux. Depuis longtemps, la sécurité sociale est financée par d'autres flux financiers que les cotisations, notamment la TVA et la CSG. Cela n'a pas remis en cause la place des partenaires sociaux et ce ne sera pas le cas pour l'avenir.

Madame Rist, vous m'interrogez sur l'article 51. Je vous rejoins quant à la lenteur de montée en charge du dispositif. Pour avoir regardé des dossiers de très près, je pense qu'il y a eu à la fois un engouement, d'où les cinq cents dossiers déposés, et une mauvaise interprétation de ce qu'est une expérimentation. Beaucoup de projets ont été déposés sans qu'on ait réfléchi de façon concrète et solide aux modalités d'évaluation. Or l'objectif de l'article 51 n'est pas de déroger aux règles, c'est de proposer des innovations organisationnelles et des dérogations financières de tarification de nature à aboutir à un déploiement. Pour déployer, il faut pouvoir évaluer, alors que beaucoup de dossiers sont simplement des dossiers de dérogation. Petit à petit les équipes se sont emparées du cahier des charges, qui est lourd, il est vrai. Il faut savoir que les ARS aujourd'hui, et je leur ai demandé, sont en accompagnement beaucoup plus proche des équipes pour qu'elles puissent construire un projet qui ait du sens en termes organisationnels et également faire l'objet d'une évaluation. L'expérimentation ne saurait se confondre avec une dérogation.

Aujourd'hui, dix projets sont autorisés, dont trois à l'initiative des acteurs, et trois nationaux faisaient l'objet d'un cahier des charges national. Un projet d'expérimentation provient du ministère et de la CNAM. Trois expérimentations préexistantes ont été réintégrées au dispositif, à savoir, PAERPA, « Mission : retrouve ton cap » et l'initiative « Écoutez-moi », pour les adolescents. Dans les prochains jours, nous devrions avoir quatre autres projets régionaux et deux projets nationaux. Aujourd'hui, une centaine de projets accompagnés par les ARS pourraient voir le jour. Il y a aussi des projets d'initiative nationale coconstruits avec les acteurs de terrain, après appel à manifestation d'intérêt. Nous allons maintenant accélérer la sortie des projets. Il y a sans doute eu un problème de cadrage, de calage, de compréhension de l'article 51. Je vais suivre personnellement de très près cette montée en puissance, parce que nous en avons impérativement besoin.

**Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des Solidarités et de la santé.** Madame de Vaucouleurs, le décret relatif aux congés maternité pour les travailleuses indépendantes est paru le 29 mai et celui relatif aux exploitantes agricoles est paru dimanche. Tout est mis en œuvre afin qu'elles puissent, à partir de maintenant, bénéficier du congé de maternité adapté et équitable, auquel toute Française a droit.

Monsieur Perrut, concernant les 100 % santé, la fusion de la CMU-C et de l'ACS entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> novembre 2019. On voit bien le taux élevé de non-recours, notamment des personnes bénéficiant de l'ASPA. Au-delà de la fusion et de la simplification, nous valorisons le panier de soins qui assurera aux personnes handicapées et aux personnes âgées une meilleure prise en charge et surtout un coût bien moindre de frais de mutuelle, au maximum d'un euro par jour pour une personne de 80 ans. Nous travaillons à ce nouveau dispositif de prise en charge par la CPAM et les mutuelles visant à ce que les tarifs soient adaptés et le panier de soins élargi afin de répondre au non-recours de ces personnes et au besoin d'une meilleure couverture santé en termes de prévention et d'accès global aux soins.

**Mme Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la santé.** Monsieur Perrut, je vous répondrai sur le reste à charge zéro, donc le panier de soins 100 % santé et les tarifs des mutuelles. Cette réforme qui a été beaucoup travaillée avec les acteurs présente la caractéristique d'être prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO), pour les trois quarts et pour un quart par les mutuelles, soit 250 millions d'euros, sur cinq ans, pour un coût total d'un milliard d'euros. Elle a été étalée pour pouvoir être absorbée par nos systèmes assurantiels, qu'il s'agisse de l'AMO ou de l'assurance maladie complémentaire (AMC). Il se trouve qu'en 2019 et en 2020, la majorité du surcoût est prise en charge par l'AMO. Il n'y a donc quasiment aucun surcoût pour les mutuelles en 2019 et 2020. C'est la

raison pour laquelle je n'ai pas accepté que certaines mutuelles justifient leur augmentation de tarifs en 2019 et 2020 par le 100 % santé. J'ai tapé du poing sur la table car ce n'était pas justifié.

Je ne peux pas m'engager à ce que les tarifs des mutuelles restent fixes. L'ONDAM augmente de 2,3 ou 2,5 % par an, selon les années, ce qui représente le coût total de la santé. À partir du moment où les mutuelles sont contraintes par les remboursements de médicaments, leurs tarifs sont amenés à évoluer au même titre que le coût global de la santé. Cette réforme ne m'a jamais fait dire que les tarifs des mutuelles resteraient fixes. En revanche, je ne voulais pas que leur augmentation soit justifiée par le 100 % santé, parce que le coût a été pensé de façon à pouvoir être absorbé par la diminution des frais de gestion. C'est la raison pour laquelle je travaille d'arrache-pied avec leurs représentants sur la définition de leurs frais de gestion et sur les moyens de les réduire. Une montée en charge de 50 millions d'euros par an est absorbable quand on voit le budget des mutuelles et le coût de leurs frais de gestion.

Nous avons fait en sorte que ce soit totalement absorbable par les mutuelles, que cela ne justifie en rien une augmentation de leurs cotisations. Un comité de suivi de la réforme se tient tous les six mois au ministère. Le dernier a eu lieu lundi matin. J'ai rappelé le principe, j'ai rappelé que je serais très vigilante à ce que les tarifs n'augmentent pas plus que nécessaire au regard du coût de la santé. Nous suivons de près la montée en charge du panier 100 % santé dans les comportements des assurés. En matière d'audioprothèses, la baisse des tarifs de 200 euros par oreille, mise en place en janvier 2019, a déjà abouti au recours au 100 % santé par 15 000 personnes, au 31 mars. Nous veillons également, par des contrôles, à ce que le panier de soins soit de qualité et diversifié. Le coût des audioprothèses peut atteindre 1 300 euros par oreille. Ce ne sont pas des équipements bas de gamme. Nous suivons à la fois les tarifs et les comportements, et nous ajusterons au fil du déploiement de la réforme. Mais d'évidence, il n'y a aucun surcoût pour les mutuelles en 2019 et 2020.

**Mme Claire Pitollat.** Mesdames les ministres, je souhaite aborder l'accompagnement à la parentalité et son importance. Nous savons qu'il nous faut plus que jamais lutter contre les inégalités de destin et soutenir les accidents de la vie. L'accompagnement à la parentalité est une réponse à la fois préventive et réparatrice, ô combien efficace sur des périodes de vie déterminantes pour le bien-être des familles et le devenir de nos enfants. Relevant de la branche « famille », l'accompagnement à la parentalité représente seulement 0,5 % de son budget, bénéficie à un million de personnes, et nous devons regretter que les dispositifs soient aujourd'hui trop peu connus. Pouvez-vous nous indiquer les actions récentes du Gouvernement en la matière et ses intentions pour le prochain PLFSS ?

**Mme Claire Guion-Firmin.** Madame la ministre, ma question dépasse le cadre de l'évaluation stricte des lois de financement de la sécurité sociale et relève d'un sujet que nous avons abordé en commission, en octobre dernier, et qui est redevenu d'actualité par le Sénat. Les sénateurs ont inscrit dans le projet de loi de santé soumis jeudi à l'examen de la commission mixte paritaire l'extension aux collectivités ultramarines de l'Atlantique du dispositif dérogatoire d'accès à l'autorisation d'exercice en vigueur en Guyane depuis 2005. Cela permettrait donc le recrutement de médecins et de professionnels de santé étrangers, titulaires d'un diplôme obtenu hors Union européenne. C'est une vraie avancée pour nos territoires confrontés à une extrême urgence en matière d'offre de soins. Partagez-vous cet avis ?

**Mme Monique Limon.** Madame la ministre, dans un récent rapport, l'académie nationale de pharmacie s'est inquiétée de la faible couverture vaccinale chez les

professionnels de santé, qui peut être responsable d'affections nosocomiales parfois graves lorsqu'elles surviennent sur des sujets physiologiquement ou pathologiquement immunodéprimés, ou atteints de certaines maladies chroniques. Elle recommande donc l'obligation vaccinale contre la rougeole pour tous les professionnels de santé en exercice ou en formation. Quelle est votre position et surtout, comment remédier à ce problème sanitaire et améliorer la couverture vaccinale des soignants ?

**M. Jean-Louis Touraine.** Madame la présidente, permettez-moi de remercier Mme la ministre pour l'engagement fort et les efforts qu'elle déploie en faveur de la prévention. Il reste une importante marge de progression et il sera nécessaire de procéder à des réaffectations de moyens, mais il est déjà excellent d'avoir décidé l'obligation vaccinale pour onze vaccins, d'autant que, je l'espère, cette mesure sera prochainement complétée par une proposition systématique, chez tous les préadolescents, de la vaccination contre les HPV. Il est également très bien d'avoir obtenu une diminution du tabagisme.

On peut bien sûr aller plus loin, si l'évaluation de l'application des lois est faite et suivie d'actions appropriées. Ainsi, il est interdit de vendre du tabac ou de l'alcool à des mineurs, mais cette règle est peu appliquée. Dans les opérations de testing, trois buralistes sur quatre vendent des cigarettes à mineurs. Au Royaume-Uni, zéro vente y est effectuée avant l'âge de 18 ans, car la production de la carte d'identité est obligatoire et contrôlée.

Pouvez-vous, Madame la ministre, convaincre vos collègues des autres ministères de faire appliquer la loi ? Pouvez-vous également offrir les moyens d'une ou deux consultations de tabacologie pour toute femme enceinte avec addiction tabagique. Je rappelle que la France détient le record européen du nombre de femmes enceintes qui fument pendant la grossesse, avec des conséquences néfastes pour l'enfant. Cette même rigueur dans l'application des lois peut aider beaucoup à la prévention dans les autres domaines, par exemple, en assurant une alimentation saine.

**Mme Gisèle Biémouret.** Madame la présidente, Mesdames les ministres, dans la lutte contre la désertification médicale, le salariat des médecins est une option jugée de plus en plus attractive par un certain nombre d'étudiants en médecine et de médecins, comme le confirme le conseil national de l'ordre. Avec le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, vous avez créé quatre cents postes de médecins salariés en zones sous-denses. Or pour répondre aux besoins, certains départements comme la Saône-et-Loire, la Corrèze, la Dordogne ou des communes ont opté pour la création d'un centre de santé départemental ou municipal. Le département du Lot-et-Garonne examine, pour sa part, la faisabilité d'un tel projet. Dans ma circonscription, la commune de Saint-Clar a créé, il y a quelques jours, un centre municipal de santé et lance la phase de recrutement de médecins généralistes. Cette solution a un coût important pour ces collectivités qui ne peuvent en supporter seules les charges. Le Gouvernement est-il prêt à les accompagner ?

**Mme Charlotte Lecocq.** Mesdames les ministres, la haute autorité de santé semble avoir donné un avis allant dans le sens du remboursement de l'homéopathie. Pourtant nous sommes très sollicités par de nombreux citoyens qui manifestent leur attachement à l'homéopathie et qui s'inquiètent de l'évolution de ses conditions d'accès. Il peut aussi y avoir un impact sur les fabricants et les emplois. Quelle méthode permettra de décider un éventuel remboursement ?

**Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des Solidarités et de la santé.** Madame Pitollat, la stratégie nationale de soutien à la parentalité a été adoptée à l'été 2018. Elle figure dans un document visant à renforcer l'efficacité de cette politique souvent peu articulée avec d'autres ou méconnue. De septembre 2018 à janvier

2019, huit groupes de travail ont réuni l'ensemble des acteurs associatifs, des représentants de la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et de tous les intervenants au titre de la parentalité. Ils ont élaboré des fiches qui sont en cours de finalisation en vue d'engager un plan d'action qui sera annoncé lors d'une prochaine réunion avec l'ensemble des acteurs d'ici la rentrée de septembre 2019.

Je rappelle que dans le cadre de l'article 50 de la loi ESSOC, nous travaillons avec les professionnels de la petite enfance. Nous prévoyons également de développer les schémas départementaux des services aux familles, dans lesquels la parentalité serait intégrée. Nous aurons ainsi une vision par territoire de nature à permettre à l'ensemble des acteurs de travailler ensemble pour une meilleure action de prévention et de parentalité auprès de l'ensemble de nos concitoyens. Je rappelle enfin que la convention d'objectif et de gestion (COG) pour 2018-2020, prévoit 33 % de crédits supplémentaires au titre de la parentalité. C'est un sujet important, qui nous tient à cœur et sur lequel nous continuer à travailler avec les acteurs.

**Mme Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la santé.** Mme Guion-Firmin souhaite l'extension du recours à des médecins à diplôme étranger, notamment cubains, par analogie avec le dispositif existant en Guyane. La possibilité de recruter ces médecins étrangers, qui sont nombreux, correspond à une demande récurrente exprimée lors de mes visites aux Antilles. Beaucoup de ces médecins, qui sont disposés à venir en France, exerçaient au Brésil. Une politique récente du Brésil leur ayant fermé la porte, ils sont retournés à Cuba et ils sont dès à présent disponibles.

Les outre-mer souffrent d'une « double peine » en termes de désertification médicale. À la difficulté démographique des médecins partout sur le territoire s'ajoute un éloignement des zones de formation, en sorte que les médecins n'y viennent pas spontanément faire des stages ou s'installer. Il y a lieu de favoriser le recrutement de ces médecins qui ont donné satisfaction en Guyane. J'ai souhaité toutefois faire évoluer les dispositions en vigueur en évaluant leurs compétences au moment de leur installation ou lorsqu'ils viennent prêter main-forte dans les hôpitaux. Ce dispositif encadré permettra à beaucoup d'établissements des Antilles de retrouver la main-d'œuvre médicale qui leur fait défaut. J'y suis donc favorable.

Madame Limon, la couverture vaccinale des professionnels de santé est un sujet qui revient régulièrement. C'est un « marronnier » du ministère de la Santé, puisque la vaccination avait été rendue obligatoire en 2006 pour la grippe. Puis le Conseil d'État était revenu sur cette obligation parce que le bénéfice individuel de la vaccination antigrippale qu'il faut refaire chaque année n'était pas très important pour les professionnels de santé, d'autant que la grippe est plutôt dangereuse pour les personnes âgées.

Vous m'interrogez maintenant sur l'obligation de la vaccination contre la rougeole au moment où l'on constate l'émergence de rougeoles nosocomiales dans nos hôpitaux. Des personnels de santé ayant très récemment été touchés, notamment aux urgences, la question va se reposer. La haute autorité de santé travaille actuellement sur différentes questions autour des vaccins, en particulier sur la vaccination des pharmaciens et des infirmiers ou les extensions d'indications. Nous pouvons l'interroger sur l'opportunité de rendre obligatoire la vaccination contre la rougeole pour les soignants. Elle l'est pour l'hépatite B, parce que le bénéfice individuel est réel. Elle pourrait l'être pour la rougeole, probablement plus encore que pour la grippe. La question mérite d'être posée.

J'ajoute que vous avez voté dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 une expérimentation de la vaccination des soignants contre la grippe. Elle se met en



œuvre dans plusieurs régions et va être suivie. Ces débats sont encore devant nous et nous allons y travailler.

Monsieur Touraine, je vous remercie de vos propos sur la politique de prévention. Il est vrai que la couverture vaccinale par les douze vaccins obligatoires s'améliore. On relève notamment des taux très impressionnants de progression pour la méningite. On est passé de 35 % à près de 70 % d'enfants couverts dès la première année, avec une réduction par quatre du nombre de méningites à méningocoque chez les enfants de moins d'un an, puisque le nombre de cas est passé de seize à quatre. On peut être satisfait de cette décision.

En ce qui concerne le tabagisme, vous avez raison. La vente aux mineurs est très peu contrôlée. Lorsque j'étais à l'institut national du cancer, j'avais calculé qu'un buraliste était contrôlé pour la vente aux mineurs une fois tous les cent ans ! C'est clairement un défaut de contrôle et peut-être un défaut de responsabilisation des acteurs. C'est un dialogue que je pourrais renouveler avec les buralistes, puisque nous avons renoué le dialogue à l'occasion de l'augmentation du prix du tabac. Je peux y travailler avec mon collègue Gérald Darmanin.

Pour ce qui est du tabagisme des femmes, nous souhaitons rendre quasi systématique la consultation du quatrième mois. Elle manque également pour l'évaluation des risques sociaux. L'évaluation du tabagisme lors de la consultation à l'issue du premier trimestre fournirait l'occasion d'accompagner mieux les femmes pour l'arrêt du tabac.

Madame Biémouret, vous évoquez la création de centres de santé municipaux dans votre département. Je suis très favorable aux centres de santé. Aujourd'hui les jeunes sollicitent un exercice salarié. Le centre de santé alliant cet exercice salarié avec l'exercice pluriprofessionnel correspondant à leurs attentes. Les collectivités peuvent tout à fait s'emparer de tous les outils d'accompagnement existants, notamment celui fourni par les ARS via le zonage. Je ne fais pas de différence entre les maisons de santé pluriprofessionnelles et un centre de santé en termes d'accès aux financements, notamment dans les zones « sous-denses ». Je le dis souvent à la fédération des centres de santé.

Les quatre cents postes de médecins salariés viennent en plus. Il s'agit de médecins salariés soit par des collectivités, soit par des hôpitaux, destinés à exercer de façon isolée en zone « sous-dense ». Le recrutement est en cours. Les deux cents premiers postes sont déjà ouverts au recrutement. Nous espérons en recruter quatre cents d'ici la fin de l'année. Si cette initiative fonctionne, nous poursuivrons l'année prochaine. Ce ne sont pas des budgets fermés. Nous cherchons vraiment tous les moyens d'accompagner les territoires en matière de désertification médicale.

Charlotte Lecocq, vous m'interrogez sur l'homéopathie. J'ai choisi une méthode. Ces médicaments qui ont été mis sur le marché sans que leur efficacité n'ait jamais été évaluée sont remboursés depuis une trentaine d'années. Dans un contexte où les Français nous demandent une baisse d'impôts passant par une baisse des dépenses publiques, j'ai souhaité que ces médicaments soient évalués comme tout autre médicament. J'ai donc saisi la haute autorité de santé de cette évaluation. J'attends son avis définitif qui devrait être rendu la semaine prochaine.

Les Français s'inquiètent beaucoup de l'accessibilité de ces produits, dont le prix est très peu élevé, de l'ordre d'1 à 3 euros. Le remboursement de 30 % par l'assurance maladie n'est pas l'unique voie d'accès au médicament. Le prix pèse assez peu. Même s'il y avait déremboursement, ces médicaments qui ont une autorisation européenne de mise sur le marché resteraient autorisés. Mon rôle de ministre de la Santé, c'est de m'assurer que les

produits remboursés ont un effet mesurable. Ce qui permet aujourd'hui de rassurer sur la qualité du panier de soins remboursables, ce sont les avis scientifiques de la haute autorité de santé qui nous dit ce qui doit être pris en charge par la solidarité nationale et ce qui n'a pas à l'être.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Madame la ministre, lors de l'examen du PLFSS, nous étions plusieurs à vous faire part de l'inquiétude des grossistes répartiteurs. Nous avons déposé plusieurs amendements que vous nous aviez demandé de retirer, arguant du fait qu'une négociation était en cours. Où en est aujourd'hui cette négociation avec les grossistes répartiteurs, sachant qu'ils sont des acteurs importants du maillage territorial ? L'approvisionnement des médicaments est déjà un sujet de préoccupation. Vous avez répondu à ma question il y a trois semaines et le Premier ministre cet après-midi à une autre sur ce sujet. La difficulté des grossistes répartiteurs ne doit pas augmenter cette inquiétude.

Je vous poserais une question sur la vaccination antigrippale. Je l'ai déjà fait ce matin, mais sans obtenir de réponse. Avez-vous réalisé une étude d'impact sur l'extension du remboursement de la vaccination antigrippale, non seulement pour améliorer la prévention, mais aussi pour en diminuer le coût ?

**Mme Audrey Dufeu Schubert.** Ma question porte sur la sanctuarisation du fonds de prévention addiction. Dans un contexte budgétaire contraint et tendu, notamment sur les mesures de compensation partielle du budget de sécurité sociale, que le rapporteur général a soulignées, je souhaite vous interroger sur l'utilisation pleine et entière des 100 millions d'euros du fonds d'addiction prévention. L'an passé, lors de la dernière loi de financement de la sécurité sociale, nous avons élargi le plan tabac au plan de financement du fonds de prévention addiction. Ce matin la directrice de la sécurité sociale nous a confirmé que le recours aux substituts nicotiques avait été multiplié par deux.

Pensez-vous que la marge de manœuvre financière restante pour la prévention primaire des addictions est suffisante ? Le budget du fonds addiction est-il vraiment sanctuarisé ou n'y a-t-il pas un risque de dilution dans le pot commun ? Je rappelle au passage que l'année dernière, nous avons voté un amendement à l'article 58, tendant à la remise au Parlement d'un rapport sur l'utilisation et le fléchage des fonds de prévention.

**Mme Isabelle Valentin.** Madame la ministre, le vieillissement, la dépendance, les soins de ville, le maintien à domicile, l'hôpital public ou privé, les urgences, la désertification médicale... On se rend compte que la refonte totale de notre système de santé est incontournable. Je souhaiterais connaître votre avis sur la place des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) dans l'organisation du système de santé. Comptez-vous les intégrer dans les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ?

**Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.** Merci, Mesdames les ministres, pour votre présence à cet exercice très important.

Nous avons voté à l'automne dernier l'élaboration d'un document de politique transversale dit « orange budgétaire » retraçant toutes les dépenses de prévention en interministériel, ce qui est une première évaluation des engagements financiers en matière de prévention sur le PLFSS. Il serait salutaire d'aller maintenant plus loin et d'être en capacité de voter l'élaboration d'un « jaune budgétaire » qui retracerait les crédits de l'État, mais aussi les crédits de l'assurance maladie et ceux des collectivités locales. Je me souviens que nous nous en étions réjouiés toutes les deux, car il n'est pas facile d'obtenir un « orange budgétaire ». Ce « jaune budgétaire » permettrait d'étayer une programmation financière et d'apprécier les moyens mobilisables en pluriannuel. Cela répondrait à des enjeux forts

d'évaluation de la politique de prévention, évaluation nécessaire au pilotage de cette politique. Êtes-vous aujourd'hui en capacité de faire un bilan d'étape sur l'élaboration de cet « orange » ? Vous paraît-il faisable d'avancer dès l'an prochain vers l'élaboration d'un « jaune budgétaire » ?

**Mme Nathalie Elimas.** Selon les derniers chiffres publiés par l'INSEE, les dépenses de consommation des ménages ont progressé de 0,4 % au premier trimestre 2019, probablement sous l'impulsion des mesures d'urgence votées en décembre dernier. Toutefois, leurs dépenses d'investissement sont en baisse, notamment avec le recul des achats de logements neufs. Parallèlement, les prix à la consommation augmentent, en particulier les prix alimentaires, de l'énergie, les frais bancaires, de santé ou encore de carburant. Les ménages modestes, en particulier les familles monoparentales, sont les premiers impactés par la hausse de ces dépenses contraintes. Je pense en premier lieu à ceux pour lesquels la voiture personnelle est l'unique moyen d'aller au travail. Madame la ministre, quelles mesures sont envisagées par le Gouvernement pour consolider la protection du pouvoir d'achat des ménages ?

**Mme Catherine Fabre.** Mesdames les ministres, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, le régime social des indépendants est supprimé et la protection sociale des indépendants est transférée au régime général. Cette réforme dont la mise en œuvre s'échelonne sur une période de deux ans était très attendue, pour une sécurité sociale plus performante, réactive et une simplification des démarches administratives. Pouvez-vous nous en dire plus sur l'état d'avancement de cette réforme ? Dans quelle mesure atteint-elle ses objectifs ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la santé.** Je commencerai par répondre à la question de Mme Firmin Le Bodo sur les grossistes répartiteurs. La négociation est toujours en cours et je ne peux pas en dire plus. J'espère que le PLFSS pour 2020 aura permis de régler l'ensemble des problèmes.

Concernant la rupture de stock des médicaments, vous avez entendu la réponse du Premier ministre, tout à l'heure, lors des questions au Gouvernement. Nous travaillons sur un plan qui sera remis fin juin et qui prendra en compte toutes les préconisations, notamment des sénateurs, sur le sujet. Vous le savez, les causes sont multiples. Tous les pays souffrent de ces ruptures de stock. C'est un problème international sur lequel nous allons devoir travailler, notamment avec les autres pays européens, sur certains leviers.

Pensiez-vous à une étude d'impact sur la vaccination antigrippale chez le pharmacien ou sur l'extension du remboursement ?

**Mme Firmin Le Bodo.** Sur l'extension du remboursement.

**Mme Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la santé.** Il serait intéressant de faire une telle étude d'impact. Je retiens votre proposition.

Mme Dufeu Schubert, m'a interrogée sur l'extension récente du fonds tabac à toutes les addictions. Nous constatons une augmentation très importante de l'usage des substituts nicotiniques, ce qui explique le résultat exceptionnel de la baisse du tabagisme. Les Français se sont vraiment emparés des outils. Je veillerai à ce que toutes les ressources du fonds soient bien utilisées et suffisantes.

Je ferai un bilan à mi-année. Aujourd'hui ce bilan n'est pas encore prêt. Je ne peux pas répondre plus précisément à votre question, mais d'évidence, c'est un formidable outil d'amélioration des politiques de prévention. Il est donc hors de question qu'il ne soit pas

piloté. Ce fonds fait aujourd'hui l'objet d'une gouvernance particulière, car le passage du fonds tabac au fonds addiction s'est traduit par l'entrée de nouveaux acteurs. Cela peut expliquer que tout n'ait pas été d'emblée utilisé. Je veillerai à ce que, d'ici à la fin de l'année, ce fonds ait été parfaitement utilisé.

Madame Valentin, le privé a une place comme le public pour améliorer l'offre de soins et l'accès aux soins de nos concitoyens. Je ne veux plus opposer ni la médecine de ville et la médecine hospitalière ni le privé et le public. Notre démographie médicale est telle que penser qu'on pourrait se passer d'un secteur et qu'ils sont en compétition serait méconnaître les difficultés des territoires. J'engage tous les établissements, privés, publics, médecine de ville, médecine hospitalière et tous les professionnels de santé à agir entre eux, parce que nous avons besoin des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des pharmaciens, des sages-femmes, à coopérer.

Les GHT se sont organisés. Ce sont clairement des groupements hospitaliers publics, même s'il y a quelques exceptions. Ils vont mutualiser leurs ressources médicales, en sorte qu'il sera compliqué d'y faire entrer le secteur privé, mais ils peuvent contractualiser et travailler ensemble à des filières de prise en charge. C'est déjà ce qui est fait sur les territoires. Parfois des professionnels du secteur privé prennent en charge certaines pathologies, parce qu'ils ont le plateau technique nécessaire, et le secteur public d'autres pathologies. Cette contractualisation permet de bien orienter les malades et de ne pas mettre les secteurs en compétition.

Je suis très favorable à ce que les GHT fassent partie des projets de santé régionaux et participent à la définition des filières de prise en charge, mais les faire entrer en tant que tels au sein des GHT avec toute la mutualisation des achats et des ressources humaines deviendrait juridiquement compliqué.

**Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des Solidarités et de la santé.** Madame Élimas, en ce qui concerne le pouvoir d'achat, je rappellerai que nous avons augmenté et élargi la prime d'activité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, ce qui s'est traduit par 1,5 million de demandes de dossiers aboutis supplémentaires. On voit donc bien qu'il y a un problème de pouvoir d'achat. Sur ce chiffre, 55 % des personnes auraient pu en bénéficier en 2018 et étaient en situation de non-recours au droit et 45 % sont dans la cible du fait de son élargissement.

Nous devons continuer afin de permettre à 100 % des Français qui y ont droit d'en bénéficier. C'est aussi un sujet sur lequel nous travaillerons. Comme nous nous y étions engagés, un rapport relatif à la prime d'activité sera remis d'ici quelques semaines.

D'ici quelques semaines, nous ferons une annonce sur l'intermédiation pour la pension alimentaire dans les familles monoparentales. On sait que le montant moyen de 510 euros de pension alimentaire par enfant est versé totalement, partiellement ou pas tout, ce qui grève le budget de ces familles. C'est un sujet sur lequel nous allons apporter des réponses.

Le 100 % santé qui aboutira complètement au 1<sup>er</sup> janvier 2021 est aussi un sujet important, parce qu'à la rentrée scolaire et qu'il faut choisir entre le sac à dos ou les lunettes. Ce sera désormais le sac à dos et les lunettes. Il s'agit de mesures de bon sens. On pense souvent 100 % santé pour les lunettes, l'audition et les soins dentaires pour personne âgées, alors que les lunettes c'est aussi pour les enfants et toutes les familles. Nous allons apporter des solutions concrètes.

Enfin, avec l'inspection générale des finances, nous venons de lancer une mission en vue de faire des propositions pour l'accès aux véhicules neufs ou récents par les ménages non solvables qui ne peuvent accéder au crédit, en bénéficiant de la prime d'activité. Nous serons amenés à faire des propositions, car la transition écologique ne rime pas uniquement avec les personnes qui peuvent la payer, nous devons aussi la porter aux personnes les plus vulnérables. J'espère trouver les bonnes solutions pour la mobilité de ces publics.

**Mme Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la santé.** Madame Tamarelle Verhaerghe, le « jaune budgétaire » est en préparation. Il vous sera fourni pour le PLFSS pour 2020. La vraie question, c'est d'avoir une vision globale en PLFSS aussi. Je m'y étais engagé, nous y travaillons.

Une question a été posée sur le RSI, le pouvoir d'achat et la qualité de service. La réforme avance à très bon rythme. Madame Fabre, nous n'avons pas de difficultés particulières à ce stade, ni pour les mutations-réorientations des professionnels de ce régime ni pour le service rendu. Les délais seront tenus. Au 1<sup>er</sup> janvier 2020, la réforme sera finalisée.

Concernant l'amélioration du service rendu au quotidien pour les travailleurs du RSI, l'objectif est atteint. Il y a une augmentation du taux de décrochés téléphoniques. Toutes les enquêtes de satisfactions montrent que les anciens indépendants ont trouvé une qualité de service améliorée. Il y a eu la dématérialisation des demandes. En réalité, tous nos indicateurs sont au vert sur cette réforme. Il y a eu un gain de pouvoir d'achat pour les travailleurs indépendants par l'exonération dégressive des cotisations d'assurance maladie et maternité. Il y a eu la compensation de la hausse de la CSG pour les travailleurs indépendants. Il y a eu l'évolution des plafonds. Ils ont été portés à 165 000 euros et à 66 200 euros pour les micro-entreprises.

Je pense que le service rendu et le pouvoir d'achat se sont améliorés pour les indépendants, conformément aux engagements pris.

**Mme Albane Gaillot.** Madame la ministre, l'article 54 de la LFSS pour 2018 prévoyait la généralisation du remboursement des actes de télé médecine, à savoir les téléconsultations et les téléexpertises. Pourtant, à l'occasion de l'examen du projet de loi de santé, en première lecture, à l'Assemblée nationale, un certain nombre de professionnels de santé nous ont fait part des obstacles qu'ils rencontraient encore. Or, eu égard à l'ambition de la stratégie « Ma santé 2022 » de décroiser médecine de ville et hôpital, de lutter contre les déserts médicaux et de favoriser l'innovation numérique en santé, ces dispositifs semblent des outils indispensables.

Madame la ministre, de quels éléments disposez-vous quant au recours aux différents dispositifs dans un sens large et comment les développer plus largement ? Pensez-vous envisageable de soutenir le remboursement des actes de télé médecine ?

**Mme Élisabeth Toutut-Picard.** Madame la ministre, le Premier ministre l'a rappelé lors de son discours de politique générale, l'environnement peut être la priorité de ce quinquennat. Alors que les impacts de l'environnement sur la santé de nos concitoyens sont désormais avérés, pouvez-vous nous indiquer quelles actions concrètes, actuelles et futures, votre ministère a engagé, engage ou engagera concernant la prévention face aux risques environnementaux ? Je pense notamment au risque sanitaire lié au réchauffement climatique et aux expositions aux nombreuses sources de perturbation endocrinienne.

**Mme Michèle Crouzet.** Madame la ministre, révisé dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, le montant de la taxe soda est désormais proportionnel à la quantité de sucre ajouté. Cette modification vise à inciter les industriels à modifier leurs recettes et ainsi à réduire la consommation de sucre, qui constitue un objectif de santé publique. Alors que certains industriels ont joué le jeu, d'autres contournent ce nouveau dispositif. Je pense notamment à ceux qui ont réduit la contenance de leurs bouteilles tout en augmentant leurs prix, faisant ainsi répercuter la taxe sur les consommateurs, ou encore à ceux qui ont remplacé le sucre par de l'aspartame pour ne pas payer la taxe et ne pas modifier le goût de leurs produits. Pourtant l'objectif est bien de changer les habitudes alimentaires et de réapprendre à consommer moins sucré. À la suite de cette première année d'application, je souhaiterais connaître précisément, Madame la ministre, les effets de cette taxe sur la réduction du sucre dans les boissons. Par ailleurs, comment s'assurer que tous les industriels mettent en place cet objectif de réduction ?

**Mme Monique Iborra.** Dispose-t-on d'éléments sur la parution éventuelle du décret concernant les médecins coordonnateurs dont on parle déjà depuis quelque temps ? Dispose-t-on aussi des conclusions du groupe de travail mis en place par les conseils départementaux, relatifs à l'aide sociale à l'hébergement ?

Enfin, concernant les impayés de pension alimentaire, j'ai interrogé hier le directeur de la CAF. Il semble que cette disposition mise en place depuis 2016 ait connu une montée en charge plutôt lente. Quelles dispositions pourraient être prises pour donner un coup d'accélérateur à cette disposition que le ministère et vous-mêmes souhaitez vivement développer ?

**M. Jean-Hugues Ratenon.** Madame la ministre, comme partout en France, La Réunion a connu la grève. Nos services de soins sont à l'agonie. Les bâtiments, notamment dans le sud de l'île, sont en partie vétustes et indignes. Partout le personnel hospitalier est en sous-effectif, épuisé, lessivé, ce qui peut avoir de graves conséquences sur leur propre santé et sur les malades.

Vous avez annoncé, la semaine dernière, vouloir octroyer une prime mensuelle de risque de 100 euros aux personnels des urgences. Madame la ministre, pensez-vous que c'est simplement une histoire de prime ou ne pensez-vous pas que notre pays a besoin de milliers de personnels soignants supplémentaires correctement rémunérés et bien traités pour remédier aux sous-effectifs et augmenter l'accompagnement des malades ? Madame la ministre, comment comptez-vous agir pour répondre aux revendications des soignants à La Réunion ? Êtes-vous favorable à une augmentation du coefficient géographique injustement gelé depuis plus de dix ans sur l'unique territoire de La Réunion ?

**Mme Christine Cloarec.** Madame la présidente, Monsieur le rapporteur, Mesdames les ministres, jusqu'alors, les personnes éligibles à l'aide pour une complémentaire santé devaient choisir leur niveau de contrat et faire valoir leurs droits auprès de la complémentaire. Le taux de recours a été évalué entre 35 et 51 % de la population éligible à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). L'objectif de l'article 52 du PLFSS pour 2019 apporte une réponse au renoncement aux soins et une simplification pour les démarches administratives.

Vous connaissez mon attachement à l'accessibilité aux droits. Nous avons eu, lors des auditions, quelques réponses quant au dispositif d'information et d'accompagnement pour les assurés éligibles : une campagne d'information pour les bénéficiaires actuels de l'ACS à partir de cet été, une communication renforcée mi-octobre, avant l'entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> novembre et la mise en ligne d'éléments d'information sur le site internet du fonds

CMU-C. Pour autant, pouvez-vous préciser les modalités de cette campagne d'information ? Que comptez-vous mettre en place pour informer les personnes éligibles qui n'ont pas accès à internet ?

Par ailleurs, en ce qui concerne les articles 69 et 70 du PLFSS pour 2019, relatifs au complément de mode de garde, j'aimerais connaître la date de publication des décrets.

**Mme Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la santé.** Je me suis moi-même inquiété, Mme Albane Gaillot, de la montée en charge relativement lente des consultations de télémedecine, téléconsultations ou téléexpertises, alors que la télémedecine était entrée dans le droit commun en termes de remboursements en septembre 2018 et la téléexpertise, en janvier. Les équipes sur le terrain m'ont expliqué que cela nécessitait de s'organiser, d'acheter du matériel, de se former, de réserver des plages horaires. Dans les maisons de santé pluriprofessionnelles ou dans les centres de santé, ils dégagent des plages horaires dédiées. Cette organisation explique que cela ne soit pas simple et immédiat. Il ne s'agit pas seulement de répondre au téléphone, il faut aussi former des infirmiers dans les EHPAD.

J'ai bon espoir d'une accélération. C'est ce qu'observe aujourd'hui l'assurance maladie. Le nombre de téléconsultations augmente de semaine en semaine, ce qui montre bien que les professionnels se sont outillés et formés progressivement et que cela entre dans le droit commun. Certains demandent une extension beaucoup plus large du remboursement de la télémedecine, indépendamment du fait que la personne derrière l'écran ou le téléphone soit le médecin référent. Certains demandent le remboursement d'actes de télémedecine fournis par des prestataires, voire des sociétés privées qui embaucheraient un certain nombre de médecins. Je suis dubitative sur cette proposition, pour deux raisons.

En premier lieu, nous n'arrêtons pas de prôner un parcours de soins coordonné. Nous voulons donc que les citoyens aient accès à des professionnels de santé qui les connaissent, qui connaissent les dossiers, qui puissent correspondre entre eux. Simplement accéder à une consultation médicale en ligne ne permettra pas une bonne articulation de la prise en charge du patient dans son territoire, avec des acteurs de santé du territoire qui les connaissent, voire une réorientation appropriée vers des professionnels ou des urgences spécialisés en fonction de la pathologie. Je ne suis pas sûr que le service rendu soit excellent au regard de la nécessité d'organiser un parcours de soins coordonné inscrit dans le territoire.

En second lieu, si nous voulons que des médecins généralistes aillent dans des zones « sous-denses », si nous développons ce type de facilité et que nous n'inscrivons pas la télémedecine comme une plateforme territoriale qui aide les professionnels à offrir du soin, toute une génération de médecins privilégiera le salariat dans ce genre d'institutions privées et n'auront plus aucune vocation à aller s'installer et à voir des malades. Je crains vraiment qu'on participe à la désertification médicale.

Je préfère que chaque territoire propose la mise en œuvre d'une télémedecine ancrée avec des professionnels qui se connaissent. C'est la raison pour laquelle j'ai demandé aux ARS d'accompagner les projets de télémedecine territoriaux. Les échelles peuvent être variées selon les territoires et les populations à couvrir, mais je tiens à cet ancrage territorial et au lien avec le médecin référent. Il existe des dérogations. Quand les patients n'ont pas de médecin référent, ils peuvent tout de même accéder à des plateformes. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) peuvent être un très bon outil pour prendre en charge les malades par télémedecine.

Madame Toutut-Picard, le quatrième plan national santé environnement (PNSE4) est en préparation. En cours de consultation publique, il devrait être publié dans le courant de

l'année 2019. Par ailleurs, le Gouvernement conduit une politique globale de réduction des risques environnementaux, d'accompagnement et de transition écologique qui visera également à améliorer l'état de santé des Français. Tout est mis en œuvre afin que la santé environnementale prenne une place prépondérante dans nos politiques de prévention. Vous pouvez compter sur nous.

Madame Cruzet, vous vous inquiétez de ce que les industriels ont réduit les tailles des contenants et augmenté les prix. Cela participe tout de même à la réduction de la quantité absorbée. Quand les bouteilles sont plus petites ou les prix plus élevés, je comprends que c'est un biais mais à l'arrivée, de facto, on consomme moins. D'autres industriels ont réduit la teneur en sucre. Je puis difficilement évaluer dès aujourd'hui cette politique, car elle a été mise en œuvre en juillet 2018. J'aurai des résultats dans le courant de l'année 2020, mais les chiffres vont dans le bon sens. Le rendement de 85 millions d'euros qui était attendu est réel. Les résultats sont conformes aux prévisions. On est sur une trajectoire de diminution de la consommation. Un suivi sera fait en 2020.

Madame Iborra, l'agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires (ARIPA) a été créée en 2017, donc c'est tôt pour tirer des conclusions. Beaucoup de femmes ne la connaissent pas. Elles ne sont pas forcément orientées. L'arrivée du sujet dans le Grand débat a mieux fait connaître le dispositif. On est passé de 800 à 1 200 appels par jour, ce qui prouve bien qu'il y avait une méconnaissance du dispositif. L'objectif, c'est de prévenir les impayés, donc d'être dans une intermédiation. Nous souhaitons qu'il y ait une agence d'intermédiation, à la demande du juge, après un impayé pour éviter les récidives. Ce seront les deux modes d'entrée dans ce dispositif que nous allons mettre en œuvre dès 2020.

Monsieur Ratenon, vous me demandez si la situation dans les urgences est une question de primes. Non, ce n'est pas une question de primes. Ce n'est pas la prime qui peut améliorer la situation et la qualité de vie au travail des urgentistes. Pour autant, c'est une revendication du collectif. Ils demandent plus d'argent. J'entends aussi la revendication de prise en compte de leurs difficultés, notamment les incivilités auxquelles ils font face. La prime de risque répond à cela. Je propose la stratégie « Ma santé 2022 », un plan d'amélioration des locaux, une prise de risque, une prime de coopération et des budgets pour recruter des remplaçants, notamment en période estivale. Enfin, je lance une mission flash pour me faire des propositions dont je tiendrai compte.

Le plan est global, mais vous avez raison, je ne pense pas qu'une prime règle la situation des urgences. J'entends peut-être de votre part que je n'aurais pas dû la donner ?

**M. Jean-Hugues Ratenon.** Non !

**Mme Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la santé.** Madame Cloarec, il y aura une campagne grand public sur la CMU-C contributive avant l'entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> novembre. Les informations seront sur internet mais aussi dans toutes les maisons France services qui pourront informer les personnes, ainsi, évidemment, que dans 100 % des CPAM. Nous allons utiliser tous les relais associatifs, ainsi que les relais des mutuelles qui participeront au dispositif. Nous sommes en train de réfléchir à un changement de nom pour le dispositif afin de le rendre plus lisible, plus accessible et plus convivial.

Le décret sur la CMG pour les enfants handicapés est en cours de rédaction. Il sera publié à temps pour l'entrée en vigueur de la réforme, qui est prévue au 1<sup>er</sup> novembre 2019.



**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Je tiens vraiment à vous remercier au nom des commissaires des affaires sociales pour nous avoir permis de conclure ce printemps de l'évaluation.

Je remercie également M. le rapporteur général, à qui je donne la parole pour un mot de conclusion.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Madame la présidente, Madame la ministre, nous comprenons bien que l'expérimentation est un pied dans la porte, un premier pas. Il n'est pas facile de lâcher du lest sur un cadre très structuré, très évalué, qui apporte énormément de sécurité, mais dans les territoires, je le répète, nous avons l'opportunité exceptionnelle, la chance inouïe d'avoir des professionnels de santé qui ont envie de changer. Ils nous en parlent. Je n'ai jamais entendu autant d'acteurs de santé parler d'un article de loi en particulier, surtout un article budgétaire. Quand vous allez à l'hôpital ou en médecine de ville, tout le monde connaît l'article 51. Il y a une vraie envie et une vraie volonté. Nous comprenons parfaitement la volonté de maîtriser le cadre pour éviter de partir dans tous les sens, mais nous avons la chance extraordinaire d'avoir la confirmation de l'ambition des professionnels de participer à l'organisation et à la réforme des soins.

Nous serons très vigilants, nous viendrons sans doute vous embêter tous les trois mois pour voir si on est passé de dix à vingt ou de dix à douze. Si on est passé de dix à douze, nous vous proposerons de revenir dans quelques mois pour vérifier que la cadence s'est accélérée.

Merci beaucoup pour votre venue et merci à l'ensemble des administrations qui relèvent de votre ministère et qui ont accepté de jouer le jeu de cette évaluation.