

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- 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), audition de 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 3
- Présences en réunion 23

Mercredi
19 juin 2019
Séance de 11 heures

Compte rendu n° 74

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

**Présidence de
Mme Brigitte Bourguignon,
Présidente,**



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 19 juin 2019

La séance est ouverte à onze heures cinq.

(Présidence de Mme Brigitte Bourguignon, présidente)

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. 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. 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^{er} 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^{er} 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^{er} 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^{er} 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^{er} 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 limites 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 référencions et labellisions 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 répartir 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 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 pourrions-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. 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 télé médecine, un certain nombre de parlementaires ont été sensibilisés par des groupes industriels qui veulent développer une autre forme de télé médecine. 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 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 télémédecine. 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'avons 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 télémedecine 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^{er} 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.

La séance est levée à douze heures quarante-cinq.

Présences en réunion

Réunion du mercredi 19 juin 2019 à 11 heures

Présents. – M. Joël Aviragnet, Mme Delphine Bagarry, M. Belkhir Belhaddad, M. Julien Borowczyk, Mme Brigitte Bourguignon, Mme Marine Brenier, Mme Blandine Brocard, M. Sébastien Chenu, M. Gérard Cherpion, Mme Christine Cloarec, Mme Josiane Corneloup, M. Dominique Da Silva, M. Marc Delatte, M. Pierre Dharréville, M. Jean-Pierre Door, Mme Audrey Dufeu Schubert, Mme Nathalie Elimas, Mme Catherine Fabre, Mme Agnès Firmin Le Bodo, Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel, Mme Albane Gaillot, M. Jean-Carles Grelier, Mme Claire Guion-Firmin, Mme Monique Iborra, M. Cyrille Isaac-Sibille, Mme Caroline Janvier, Mme Fadila Khattabi, M. Mustapha Laabid, Mme Fiona Lazaar, Mme Geneviève Levy, Mme Monique Limon, M. Gilles Lurton, M. Sylvain Maillard, M. Thomas Mesnier, M. Jean-Philippe Nilor, M. Bernard Perrut, M. Laurent Pietraszewski, Mme Claire Pitollat, M. Adrien Quatennens, M. Alain Ramadier, M. Jean-Hugues Ratenon, Mme Stéphanie Rist, Mme Mireille Robert, Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, M. Jean-Louis Touraine, Mme Élisabeth Toutut-Picard, Mme Isabelle Valentin, M. Boris Vallaud, Mme Laurence Vanceunebrock-Mialon, Mme Michèle de Vaucouleurs, M. Olivier Véran, M. Francis Vercamer, Mme Annie Vidal, Mme Corinne Vignon, M. Stéphane Viry

Excusés. – Mme Ramlati Ali, Mme Ericka Bareigts, Mme Justine Benin, M. Guillaume Chiche, Mme Caroline Fiat, Mme Carole Grandjean, M. Brahim Hammouche, Mme Charlotte Lecocq, Mme Nadia Ramassamy, Mme Nicole Sanquer, M. Aurélien Taché, Mme Hélène Vainqueur-Christophe

Assistaient également à la réunion. – Mme Emmanuelle Anthoine, M. Thibault Bazin, Mme Gisèle Biémouret, Mme Anne Blanc, Mme Danielle Brulebois, Mme Annie Chapelier