

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, audition de Mme Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la santé, et de Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des Solidarités et de la santé..... 3
- Présences en réunion 33

Mercredi
19 juin 2019
Séance de 16 heures 30

Compte rendu n° 75

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

Présidence de
Mme Brigitte Bourguignon,
Présidente,



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 19 juin 2019

La séance est ouverte à seize heures trente.

(Présidence de Mme Brigitte Bourguignon, présidente)

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 pouvons 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 velléités 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 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'apparaîtrait 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'aviez 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 appliquons 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 remodifier 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^{er} 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'arrêtait 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

Ile-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'épuration 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^{er} 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^{er} 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 des recettes. 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^{er} 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 suivrons 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 Lecoq. Mesdames les ministres, la haute autorité de santé semble avoir donné un avis allant dans le sens du déremboursement 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 déremboursement ?

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 m'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 Gérard 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 Lecoq, 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 poserai 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 Élimas. 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^{er} 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 nicotiques, 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^{er} 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^{er} 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 Verhaerghé, 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^{er} 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 décloisonner 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^{er} 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

télémédecine, téléconsultations ou téléexpertises, alors que la télémédecine 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 télémédecine, indépendamment du fait que la personne derrière l'écran ou le téléphone soit le médecin référent. Certains demandent le remboursement d'actes de télémédecine 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 le 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 télémédecine 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 télémédecine ancrée avec des professionnels qui se connaissent. C'est la raison pour laquelle j'ai demandé aux ARS d'accompagner les projets de télémédecine 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 télémédecine.

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 Crouzet, 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^{er} 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^{er} 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.

La séance est levée à dix-huit heures trente.

Présences en réunion

Réunion du mercredi 19 juin 2019 à 16 heures 30

Présents. – M. Joël Aviragnet, Mme Delphine Bagarry, M. Belkhir Belhaddad, Mme Justine Benin, Mme Brigitte Bourguignon, Mme Marine Brenier, M. Gérard Cherpion, M. Paul Christophe, Mme Christine Cloarec, M. Marc Delatte, M. Jean-Pierre Door, Mme Jeanine Dubié, 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, M. Brahim Hammouche, Mme Monique Iborra, M. Cyrille Isaac-Sibille, Mme Fiona Lazaar, Mme Monique Limon, M. Gilles Lurton, M. Bernard Perrut, Mme Michèle Peyron, M. Laurent Pietraszewski, Mme Claire Pitollat, M. Adrien Quatennens, 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, Mme Annie Vidal

Excusés. - Mme Ramlati Ali, Mme Ericka Bareigts, Mme Caroline Fiat, Mme Carole Grandjean, Mme Charlotte Lecocq, M. Jean-Philippe Nilor, Mme Nadia Ramassamy, Mme Nicole Sanquer, Mme Hélène Vainqueur-Christophe

Assistaient également à la réunion. - M. Éric Alauzet, Mme Gisèle Biémouret, Mme Bénédicte Pételle