

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

XV^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2021-2022

Séances du vendredi 22 octobre 2021

Compte rendu intégral



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

SOMMAIRE GÉNÉRAL

1 ^{re} séance	9003
2 ^e séance	9043
3 ^e séance	9093

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2021-2022

26^e séance

Compte rendu intégral

1^{re} séance du vendredi 22 octobre 2021

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



**PREMIER
MINISTRE** Direction de l'information
légale et administrative
*Liberté
Égalité
Fraternité*

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

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. MARC LE FUR

1. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 (*suite*) (p. 9006)

TROISIÈME PARTIE (*SUITE*) (p. 9006)

Article 16 (p. 9006)

M. Jean-Pierre Door

Mme Agnès Firmin Le Bodo

Amendement n° 329

M. Thomas Mesnier, rapporteur général de la commission des affaires sociales

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée chargée de l'autonomie

Amendements n°s 551, 1509, 1510, 1512, 1624, 1625, 1755, 1699

Après l'article 16 (p. 9008)

Amendements n°s 2261 rectifié, 1065, 1045, 468, 1185, 2060, 1530, 1989

Article 17 (p. 9011)

M. Jean-Pierre Door

Mme Valérie Six

M. Olivier Dussopt, ministre délégué chargé des comptes publics

Amendements n°s 1700, 439, 517, 865

Article 18 (p. 9013)

Amendements n°s 1701, 1702

Après l'article 18 (p. 9014)

Amendements n°s 285, 1703, 286

Article 19 (p. 9015)

M. Thibault Bazin

Amendement n° 469

Articles 20, 21 et annexe C et 22 (p. 9015)

Article 23 et annexe B (p. 9015)

Amendements n°s 287, 1707, 1744

VOTE SUR L'ENSEMBLE DE LA TROISIÈME PARTIE (p. 9017)

QUATRIÈME PARTIE (p. 9017)

Article 24 (p. 9017)

Mme Isabelle Valentin

Amendements n°s 1100, 1580

M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé

Amendements n°s 1232, 1101, 1102, 1104, 1105, 1106, 2057, 1108, 1109, 1110, 1111, 1112, 1113, 1115, 1116, 1117, 1118, 1119, 1148, 408, 1480, 180, 1121, 1173, 1122, 1204, 1511, 1205, 1203, 1123, 1124, 1126, 1202, 1513, 1127, 1128, 1129, 1198, 1199, 1200, 1201, 1397, 288, 868

Après l'article 24 (p. 9021)

Amendements n°s 1537, 1950, 667, 668

Article 25 (p. 9021)

Amendements n°s 1329, 440, 518, 578, 1304, 1388, 1498, 1331, 1330, 441, 471, 1496, 1332, 1333, 1334, 442, 472, 1497, 1335, 1336, 1337, 1338, 1339, 1340, 1341, 1342, 1708, 1709, 2163

Après l'article 25 (p. 9024)

Amendements n°s 1711, 2187, 1760, 2186

Article 26 (p. 9025)

Mme Isabelle Valentin

Amendements n°s 2162, 1712, 1343, 232, 1260, 233, 340, 474, 1030

Article 27 (p. 9031)

Mme Isabelle Valentin

Mme Anne Brugnera

Amendement n° 1344

Après l'article 27 (p. 9032)

Amendements n°s 1244, 343, 2156, 1582, 386, 225, 345, 1713, 1301, 2181, 2068, 647

Article 28 (p. 9035)

Amendements n°s 1717, 2161, 1715, 758, 760, 2198, 1547, 2215, 2013, 764, 765, 1714, 1716

Article 29 (p. 9037)

Mme Isabelle Valentin

Mme Valérie Six

Mme Mireille Robert

M. Pierre Dharréville

Amendement n° 1614

Mme Caroline Janvier, rapporteure de la commission des affaires sociales

Amendements n°s 1615, 1618, 1621

Après l'article 29 (p. 9039)

Amendement n° 410

Article 30 (p. 9039)

M. Boris Vallaud

Mme Valérie Six

M. Philippe Vigier

M. Paul Christophe

M. François Ruffin

M. Bruno Bonnell

M. Pierre Dharréville

M. Cédric Villani

M. Thibault Bazin

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 9042)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. MARC LE FUR

vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à neuf heures.)

1

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2022 *(suite)*

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 (n^{os} 4523, 4568, 4572).

Troisième partie (suite)

M. le président. Hier soir, l'Assemblée a poursuivi la discussion des articles de la troisième partie du projet de loi, s'arrêtant à l'article 16.

Article 16

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

M. Jean-Pierre Door. Fixer chaque année le seuil de déclenchement sur un plafond de taux de croissance des entreprises du médicament relève de la variable d'ajustement, comme on le dit depuis une dizaine d'années. C'est une vision assez déconnectée de la réalité du marché.

En 2018 et 2019, la croissance du marché était proche de 1 % mais, aujourd'hui, les entreprises du médicament nous annoncent que la croissance a été tirée vers le haut, en dehors du covid, notamment à cause des thérapies géniques, et qu'elle pourrait atteindre entre 8 et 9 %. Les entreprises ont donc gagné des parts de marché avec les technologies médicales modernes.

Plusieurs critères doivent intéresser la représentation nationale. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est fixé à 2,7 %, et le taux d'évolution des dépenses pour les médicaments à 2,4 % sur trois ans : c'est ce qui a été décidé, au mois de juin dernier, par le Conseil stratégique des industries de santé (CSIS), créé sous le parrainage du Président de la République. D'autre part, la croissance des entreprises du médicament pourrait atteindre entre 8 et 9 % alors que, depuis dix ans, elle était située entre moins 1 % et 1 % – on était à la limite de zéro. Et la croissance, dans les prochaines années, sera probablement

plus soutenue encore. Troisième et dernier critère à prendre en compte : le niveau des remises, autrement dit de la clause de sauvegarde.

Il convient probablement de retrouver un dispositif de régulation des prix, car le risque est réel de briser la croissance dans le domaine du médicament, indispensable à notre pays. Je rappelle aussi que ce secteur, qui compte de nombreuses entreprises, représente 100 000 emplois. La croissance liée aux nouveaux médicaments doit donc se poursuivre grâce à l'innovation et aux nouvelles technologies médicamenteuses, en particulier les thérapies géniques, qui vont se développer.

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

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Je veux rebondir sur les propos de Jean-Pierre Door. Nous sommes à la croisée des chemins en ce qui concerne l'industrie du médicament. Il faut réfléchir à dissocier la croissance liée aux produits innovants, qui coûtent très cher, et la croissance réelle des produits dit matures. Nous verrions alors qu'il y a bien deux croissances parallèles, mais que l'une affecte tellement l'autre qu'elle ne permet pas d'avancer.

M. le président. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n^o 329.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il vise à exclure les médicaments génériques et biosimilaires de l'assiette de la clause de sauvegarde des médicaments. En effet, pour eux c'est la double peine : ils participent à l'économie sur les médicaments et, en plus, on leur impose une clause de sauvegarde.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission a repoussé cet amendement qui, en excluant les médicaments biosimilaires et génériques de la clause de sauvegarde, affaiblit la portée et la cohérence du dispositif.

M. le président. La parole est à Mme la ministre déléguée chargée de l'autonomie, pour donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement n^o 329.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée chargée de l'autonomie. Même avis.

(L'amendement n^o 329 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n^{os} 551 et 1509, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Cendra Motin, pour soutenir l'amendement n^o 551 de la commission des finances.

Mme Cendra Motin. Pour améliorer la transparence sur la clause de régulation, mon collègue Michel Lauzzana propose, à travers cet amendement, qu'une étude soit menée par l'assurance maladie sur la régulation qui s'applique aux médicaments et aux dispositifs médicaux. Cette étude serait transmise au ministère de la santé, au ministère de l'économie et des finances ainsi qu'au Parlement: elle leur permettrait d'analyser les facteurs de la clause de sauvegarde et d'en tenir compte pour son calcul, y compris pour lui apporter des correctifs si nécessaire. De fait, comme on vient de le souligner, les évolutions des besoins de santé reflètent aussi des changements organisationnels, sanitaires ou technologiques du système de santé.

M. le président. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 1509.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'amendement de la commission des finances, celui que je présente et l'amendement n° 1863 de M. Grelier sont le corollaire de ce que j'ai dit tout à l'heure. Le dispositif proposé permettrait de savoir quelle est la part des dispositifs médicaux, des médicaments matures et des médicaments dits innovants qui coûtent très cher, et d'avoir une réelle visibilité sur ce monde qui est en pleine mutation.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La commission a donné un avis favorable à l'amendement n° 551 de la commission des finances et a repoussé l'amendement n° 1509.

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

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. L'amendement n° 551 est satisfait. Je ne puis donc qu'émettre un avis défavorable à ces deux amendements, pour plusieurs raisons.

Je partage bien évidemment votre volonté de connaître précisément la part des éléments qui peuvent influencer la hausse du chiffre d'affaires remboursable des produits de santé en France, et qui peuvent déclencher, le cas échéant, la clause de sauvegarde. Ces différents facteurs sont analysés à divers niveaux et font l'objet de plusieurs rapports. Par exemple, la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) présente les mesures de maîtrise médicalisée et leurs impacts, ainsi que les pathologies qui représentent la plus grande part des dépenses de soins au sein de son rapport annuel « Charges et produits ». Quant aux effets de structure et de volumes que vous mentionnez dans l'exposé sommaire de l'amendement, ils sont explicités au sein du rapport d'activité annuelle du Comité économique des produits de santé (CEPS). Enfin, le suivi des dépenses des produits de santé réalisé dans le cadre du suivi de l'ONDAM donne lieu à plusieurs productions au cours de l'année, notamment l'annexe 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) que nous avons simplifiée.

(Les amendements n° 551 et 1509, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 1510.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Selon le même principe, mais sur d'autres secteurs, notamment les dispositifs médicaux, il s'agit d'exclure les dispositifs très innovants, notamment en chirurgie orthopédique et cardiovasculaire, de l'assiette de la clause de sauvegarde.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Défavorable.

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

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. Même avis.

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

M. Jean-Pierre Door. On passe malheureusement un peu vite sur ces amendements, et je veux soutenir celui de Mme Firmin Le Bodo. Madame la ministre déléguée, vous avez parlé des annexes, mais nous ne les avons pas lors de l'examen du texte en commission, et M. le rapporteur général non plus. Il serait bon qu'on les reçoive en temps utile.

M. Thibault Bazin. Ce n'est plus En marche, c'est En panne!

M. Jean-Pierre Door. À combien est fixée la clause de sauvegarde? Grâce au CSIS, sa croissance sera comprise entre 1 et 2 %. Si le marché du médicament augmente de 7 à 8 % dans l'année grâce aux produits innovants, cela veut dire que la remise des laboratoires est égale à 8 % moins 2 %, soit 6 %. On bride de plus en plus l'entreprise pharmaceutique française, qui n'aura aucun intérêt à développer des médicaments sur le territoire national.

M. Thibault Bazin. Il a raison!

(L'amendement n° 1510 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 1512.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Cela fait des années – pas seulement quatre! – que nous disons que l'entreprise pharmaceutique va mal car elle est la variable d'ajustement des comptes de la sécurité sociale. On observe ici un effet ciseaux, car la clause de sauvegarde pénalise à la fois les médicaments dits matures et les médicaments innovants. Dans quelques années, nous en serons ainsi réduits à dire que nous n'avons peut-être pas pris la mesure du problème quand il le fallait.

Le présent amendement vise à instituer un abattement pour les entreprises qui développent les dispositifs les plus innovants, notamment en chirurgie orthopédique et en chirurgie cardiovasculaire.

(L'amendement n° 1512, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Les amendements n° 1624 et 1625 de M. le rapporteur général sont rédactionnels.

(Les amendements n° 1624 et 1625, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir les amendements n° 1755 et 1699, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

Mme Caroline Fiat. Il semble que les industriels du médicament se transforment en financiers et que le regard de leurs dirigeants soit exclusivement tourné vers la rémunération du capital plutôt que vers la recherche et le travail. Il serait donc sage que cette assemblée demande aux industriels de rééquilibrer leurs ambitions. Ce n'est pas à nos systèmes de santé de restaurer leurs marges et leurs budgets de recherche et développement, mais bien à leurs actionnaires de modérer leurs appétits. Tel est l'objet de l'amendement n° 1755.

Malgré le manque de transparence qui caractérise le versement d'aides massives aux entreprises, comme le crédit d'impôt recherche (CIR), nous savons désormais que l'industrie pharmaceutique, en raison de ses activités de recherche et développement, en est l'un des principaux secteurs bénéficiaires, ce qui ne l'empêche pas de détruire des emplois en France, comme le fait allègrement Sanofi, pourtant grand bénéficiaire du CIR. Non seulement le CIR n'a pour l'instant aucun effet significatif sur l'emploi, mais pour ce qui nous occupe ici, il ne semble pas non plus infléchir de quelque manière que ce soit la politique tarifaire pour le moins agressive des industriels vis-à-vis de l'assurance maladie. Or il serait tout à fait cohérent que soit intégré dans le calcul du taux du chiffre d'affaires l'ensemble des ressources perçues par l'entreprise. C'est l'objet de l'amendement n° 1699.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Autant je n'ai pas souhaité, avec les amendements précédents, qu'on affaiblisse la clause en trouant son assiette, autant il me semble que les montants choisis reflètent fidèlement les engagements pris au CSIS devant le secteur pour trouver un bon équilibre entre l'innovation et la nécessaire maîtrise des dépenses. Relever le niveau des clauses, comme vous le proposez, reviendrait à méconnaître ces engagements mais aussi, plus fondamentalement, à revoir les objectifs stratégiques qui les sous-tendent. Avis défavorable.

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

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. Même avis.

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

Mme Caroline Fiat. Vous vous doutez bien, monsieur le rapporteur général, que je ne suis pas d'accord avec votre réponse. Je prendrai un exemple tout simple : pendant la crise sanitaire, Sanofi a continué à licencier des chercheurs alors qu'il bénéficiait du CIR. Résultat des courses : qui ne nous a pas proposé de vaccin contre la covid en temps et en heure ? Sanofi.

Ils ont le droit de bénéficier du crédit d'impôt recherche et licencient des chercheurs en pleine pandémie ! On marche sur la tête !

Mme Cendra Motin. Ça n'a rien à voir !

M. Sylvain Maillard. Vous mélangez les torchons et les serviettes !

Mme Caroline Fiat. D'où cet amendement, qui vise à ce que ces licenciements soient pris en compte lors du versement du crédit d'impôt recherche.

(Les amendements n° 1755 et 1699, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

(L'article 16, amendé, est adopté.)

Après l'article 16

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n°s 2261 rectifié et 1065, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Audrey Dufeu, pour soutenir l'amendement n° 2261 rectifié.

Mme Audrey Dufeu. Cet amendement, qui émane du rapport que M. Jean-Louis Touraine, M. Pierre Dharréville et moi-même avons rendu dans le cadre de la mission d'information de la commission des affaires sociales sur les médicaments, vise les *short liners*. En effet, un petit nombre des grossistes-répartiteurs dont nous avons évoqué hier la situation ont des pratiques non réglementaires et ne respectent pas leurs engagements d'intérêt public, avec une politique consistant à acheter des médicaments peu cher en France et à les exporter en grande quantité pour bénéficier de marges importantes. En outre, ils ne respectent pas le délai de vingt-quatre heures dans lequel ils doivent livrer les établissements, ce qui provoque parfois des difficultés d'accès à ces médicaments et des pénuries. Des amendes sont déjà prévues et l'amendement vise à en instaurer une, en cas de récidive, à hauteur de 10 % du chiffre d'affaires annuel le plus élevé des trois années précédant la constatation des faits.

M. le président. La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 1065.

M. Pierre Dharréville. Cet amendement, qui participe du même esprit, est de repli. Je ne répéterai pas ce qui a été dit hier et que vient de rappeler à juste titre Audrey Dufeu, mais nous ne pouvons laisser cette situation perdurer sans réagir. Il n'est pas certain que cette mesure suffira, mais elle semble au moins nécessaire pour faire face aux pratiques dont nous parlons.

Je saisis cette occasion pour soutenir – un peu tard, hélas ! – la position de ma collègue Caroline Fiat, qui a justement rappelé que le groupe Sanofi a supprimé cette année 300 postes de chercheur, après en avoir déjà supprimé 300 l'année précédente. Nous ne pouvons pas continuer à financer ainsi la recherche – si même on peut parler de recherche en pareil cas.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Ils visent à sanctionner les grossistes-répartiteurs qui méconnaissent leurs obligations de service public, les *short liners*, que nous avons évoqués hier. Je tiens à saluer, à cette occasion, le travail réalisé par Audrey Dufeu et Jean-Louis Touraine sous la présidence de Pierre Dharréville.

La commission préfère l'amendement n° 2261 rectifié de Mme Dufeu tendant à prévoir une sanction à hauteur de 10 % du chiffre d'affaires français, qui a le mérite d'être proportionné et de se fonder sur une sanction qui existe déjà dans la pratique de l'ANSM, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, ainsi que dans le code. J'émet donc un avis favorable à cet amendement et propose le retrait de l'amendement n° 1065.

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

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. Même avis que le rapporteur général. Je demande à M. Dharréville de bien vouloir retirer son amendement au profit de celui de

Mme Dufeu, auquel le Gouvernement est tout à fait favorable. C'est en effet pour nous aussi une constante que de sanctionner les pratiques abusives, notamment parce qu'elles sont préjudiciables et même anticoncurrentielles en termes de qualité.

M. Thibault Bazin. Des sanctions, des sanctions! On ne parle que de sanctions!

M. le président. La parole est à Mme Audrey Dufeu.

Mme Audrey Dufeu. L'argent perçu au titre de cette amende imposée en cas de récidive sera fléché vers l'ANSM. Il est très important, en effet, de doter cette agence de ressources suffisantes pour exercer sa mission de contrôle, car le manque de moyens l'en empêche parfois.

M. le président. La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Cet amendement va dans le bon sens pour lutter contre les abus. Nous devons cependant veiller, dans notre discours, à ne pas généraliser les cas évoqués à l'ensemble des grossistes-répartiteurs. En effet, la plupart de ceux qui, historiquement, remplissent leur mission de service public...

M. Pierre Dharréville. Ne sont pas concernés.

M. Thibault Bazin. Ne sont pas concernés, en effet, il importe de le rappeler. Cependant, de nouveaux arrivants cherchent plutôt à faire de l'export et tentent de vendre directement aux officines, ce qui crée un problème. Or les sanctions ne régleront pas tout car, pour sanctionner, il faut pouvoir contrôler et, pour contrôler, il faut pouvoir suivre, notamment durant la première année, les pratiques de ces acteurs nouvellement arrivés. Tout ne dépend donc pas de la loi, mais aussi de la politique mise en œuvre par l'ANSM et, à travers elle, de la vigilance exercée par le ministère à l'endroit de ces acteurs. En tout cas, eu égard à tous les salariés des grossistes-répartiteurs historiques qui font leur boulot et s'efforcent de remplir leur mission de service public, il importe d'éviter les amalgames.

(L'amendement n° 2261 rectifié est adopté; en conséquence, l'amendement n° 1065 tombe.)

M. le président. L'amendement n° 1045 de M. Pierre Dharréville est défendu.

(L'amendement n° 1045, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements, n°s 468, 1185, 2060 et 1530, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 468, 1185 et 2060 sont identiques.

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 468.

M. Thibault Bazin. Cet amendement, que nous avons déjà évoqué en commission, porte sur les médicaments dérivés du sang, qui font partie, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, des spécialités exclues de l'assiette de la contribution sur le chiffre d'affaires versée par les entreprises pharmaceutiques au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie, comme certains médicaments génériques et orphelins. Ces médicaments, pour la plupart sans alternative thérapeutique, sont destinés au traitement de

maladies rares et graves – nous connaissons tous, dans notre entourage, des personnes ayant été atteintes de telles maladies.

Le législateur a voulu exonérer ces produits afin que l'approvisionnement du marché français ne soit pas perturbé, dans l'intérêt des malades. Depuis plusieurs années, en effet, la France connaît des risques de pénurie de médicaments dérivés du sang en raison de l'accroissement de la demande mondiale en immunoglobulines et de la rareté de la matière première qui compose ces médicaments: le plasma sanguin. La crise sanitaire a renforcé ce risque du fait de l'effondrement de la collecte induit par les confinements. Je saisis cette occasion de saluer le travail réalisé dans nos territoires par les bénévoles du don du sang et les salariés de l'EFS, l'Établissement français du sang, fortement investis.

La situation est devenue intenable pour les patients et les professionnels, car seuls certains médicaments dérivés du sang sont exonérés de la contribution sur le chiffre d'affaires. L'amendement vise donc à les en exonérer tous, afin de renforcer l'accès aux soins pour les patients.

M. le président. La parole est à Mme Valérie Six, pour soutenir l'amendement n° 1185.

Mme Valérie Six. En France, seuls certains médicaments dérivés du sang sont exclus de l'assiette des contributions sur le chiffre d'affaires versées par les entreprises pharmaceutiques au profit de la CNAM. Cet amendement tend à exclure de cette assiette tous les médicaments dérivés du sang, afin de renforcer l'attractivité du marché français et de favoriser l'accès des patients aux soins.

Le besoin de médicaments dérivés du sang est un problème sanitaire peu connu des Français. Notre pays est en effet déficitaire en matière d'immunoglobulines, de telle sorte que nous sommes aujourd'hui contraints de nous fournir sur des marchés étrangers, auprès de pays qui ne sont pas toujours soumis aux mêmes règles éthiques que celles qui sont en vigueur en France.

Madame la ministre déléguée, il s'agit là d'un enjeu de santé publique. Je voterai donc pour ces amendements.

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Touraine, pour soutenir l'amendement n° 2060.

M. Jean-Louis Touraine. Cet amendement identique vise en effet à favoriser l'accès aux médicaments dérivés du plasma sanguin, qui sont pour la plupart sans alternative thérapeutique. Comme d'autres médicaments orphelins, de nombreux produits dérivés du sang ne sont pas assujettis à la contribution sur le chiffre d'affaires. Malheureusement, cela ne vaut pas pour d'autres produits comparables. Ainsi sont exclus de cet avantage les produits sanguins obtenant une autorisation de mise sur le marché – AMM – centralisée européenne, ce qui représente une grande partie des médicaments aujourd'hui présents sur le marché français. Cette situation pénalise les malades français, menacés de ruptures d'approvisionnement. En effet, cette discrimination entre des produits identiques issus du plasma et indispensables à nos malades n'a guère de justification et comporte d'importants effets adverses, signalés par les professionnels comme par les associations de patients.

Comme cela a déjà été évoqué, la collecte de plasma, déjà insuffisante en temps normal dans notre pays, s'est effondrée durant la crise sanitaire. Cette situation conjoncturelle aggrave une situation de pénurie structurelle qui existe

depuis une quinzaine d'années. Il est donc important d'y remédier, et nous proposons à cette fin une exonération homogénéisée pour l'intégralité des produits provenant du sang.

M. le président. La parole est à Mme Michèle de Vaucouleurs, pour soutenir l'amendement n° 1530.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Cet amendement de mon collègue Philippe Berta poursuit le même objectif, dans une rédaction un peu différente.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Nous avons déjà eu ce débat au cours des dernières années. Je rappelle d'abord que l'assiette de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques connaît, en réalité, très peu d'exonérations et qu'en principe l'ensemble des médicaments remboursables et remboursés sont concernés par cette contribution : ce n'est donc pas parce qu'il est utile qu'un médicament est exonéré.

Quant aux médicaments dérivés du sang, ils sont déjà exclus de l'assiette de cette taxe lorsqu'ils satisfont à un certain cadre éthique. Ces garanties n'ont cependant pas d'équivalent au niveau de l'AMM européenne.

Reste enfin à prouver que les problèmes évoqués par les auteurs des amendements sont liés à l'existence de cette taxe et au fait que certains ne respectent pas le cadre éthique à la française. Je rappelle à cet égard que la taxe représente 1,6 % du chiffre d'affaires sur les médicaments remboursés ou non, et 0,18 % de taxe additionnelle sur le chiffre d'affaires lié aux médicaments remboursés. On peut légitimement douter que l'exonération puisse, à elle seule, remédier au risque de pénuries. Comme l'année dernière, l'avis de la commission est donc défavorable.

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

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. Comme vous l'avez dit, les pénuries sont mondiales et nous n'avons évidemment pas attendu le débat parlementaire pour revaloriser le prix des immunoglobulines depuis le 1^{er} octobre. Nous souhaitons, en revanche, protéger le modèle français de don éthique, et des travaux sont actuellement en cours avec l'ensemble des parties prenantes, notamment les laboratoires qui font appel aux dons rémunérés.

Nous essayons également d'apporter des réponses structurées pour faire face à cette pénurie d'approvisionnement pour les patients français. Ces travaux ne doivent cependant pas conduire à fragiliser le modèle français de don éthique du sang, auquel nous sommes tous attachés et qui revêt un caractère très sensible pour les associations de donneurs, pour les fournisseurs de matière première et pour les associations de malades. Compte tenu des travaux en cours et des efforts financiers que nous avons réalisés pour améliorer l'attractivité, je vous demande de bien vouloir retirer ces amendements. À défaut, l'avis sera défavorable.

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

M. Pierre Dharréville. La question des immunoglobulines est importante. Il y a en effet des difficultés d'approvisionnement et la manière dont nous nous fournissons aujourd'hui pour pouvoir produire ces médicaments est déjà problématique, comme cela vient d'être expliqué. Il faudrait donc agir pour nous permettre de fournir dans notre pays, à partir du don, la matière suffisante pour

produire ces médicaments. Or la proposition qui figure dans le projet de loi ne résoudra pas ce problème. À l'inverse, elle favorisera une ouverture sur le marché mondial et, au lieu que les médicaments soient issus du don, ils le seront de plus en plus souvent de la vente et de l'achat, ce qui ne correspond pas au modèle éthique que nous devons développer.

Rappelons que nous disposons en France de plusieurs outils. Certes, l'Établissement français du sang se heurte, pour collecter les dons, à des difficultés, qui sont d'ailleurs les mêmes partout dans le monde. Il y a aussi le laboratoire de fractionnement et des biotechnologies (LFB) à l'orientation duquel nous devons réfléchir afin qu'il soit vraiment en mesure de répondre à nos besoins au lieu d'être tourné vers l'achat de produits recueillis ailleurs, selon des modalités ne correspondant pas à notre modèle éthique.

Le problème des immunoglobulines doit être traité, mais je ne pense pas que la solution que vous lui apportez soit la bonne.

M. le président. La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Je rejoins les préoccupations exprimées par Pierre Dharréville. Nous sommes très attachés au modèle du don du sang à la française et à ses fondements éthiques. Face aux difficultés actuelles, nous considérons que la solution pour répondre aux besoins ne peut pas être uniquement fiscale. Les propositions que nous faisons n'ont pas toutes été retenues car des amendements ont été jugés irrecevables – et c'est bien le problème de ce débat sur le PLFSS. Mais nous voyons bien que c'est l'ensemble du modèle qui est remis en question.

Madame la ministre déléguée, vous nous avez indiqué travailler sur ces questions, et je pense qu'il est important que vous associiez les membres de la représentation nationale car, dans nos circonscriptions, nous sommes au contact d'associations de don du sang composées de bénévoles fortement investis dans la mobilisation autour de cette grande cause nationale. Il importe notamment de sensibiliser les nouvelles générations aux besoins croissants en produits sanguins, enjeu dont notre société n'a pas toujours pris conscience.

Je retire l'amendement n° 468 mais, je le répète, face à ce défi, il importe que nous soyons en mesure d'apporter une réponse collective qui assure l'effectivité du principe de la gratuité du don.

(L'amendement n° 468 est retiré.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. L'enjeu est d'importance car il y va de la survie de quelques milliers de patients dans notre pays. Il n'est pas question, bien sûr, de fragiliser le don éthique à la française, mais soyons réalistes : la majeure partie des immunoglobulines administrées aux enfants souffrant de déficits immunitaires graves ou d'autres maladies proviennent de l'étranger depuis toujours. Il est impossible de corriger cet état de fait dans les prochaines années, quels qu'aient été les efforts déployés sur le long terme par les différents laboratoires concernés.

Il nous faut donc constater que, si nous ne faisons rien pour améliorer l'approvisionnement, quelques milliers de malades, notamment des enfants, seront privés d'un médicament essentiel à leur survie. Chaque année, pour faire face à

cette nécessité, le ministère de la santé émet une dérogation afin d'autoriser l'achat d'immunoglobulines à l'étranger. Nous souscrivons à cette démarche, dans l'intérêt des patients prioritaires.

(Les amendements identiques n^{os} 1185 et 2060 ne sont pas adoptés.)

(L'amendement n^o 1530 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n^o 1989.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il s'agit d'un amendement essentiel pour la recherche, et je remercie les services du ministère d'y avoir travaillé avec moi. Il concerne les comités de protection des personnes (CPP), instances auxquelles je m'intéresse depuis le début de la législature. Ces comités occupent une place majeure dans la recherche car tout projet de recherche impliquant la personne humaine, qu'il relève du domaine de la recherche interventionnelle ou non-interventionnelle, doit leur être soumis.

Une de mes propositions de loi, adoptée par notre assemblée, a permis de simplifier les procédures et de réduire les délais de réponse des CPP aux organismes de recherche : ils sont passés à trois mois contre six à dix mois auparavant.

Les membres des CPP et des comités d'éthique évaluent les dossiers bénévolement et il me paraît important de valoriser leur travail. C'est le but de ce long amendement par lequel je propose, en outre, de préciser les modalités d'agrément, de composition et de fonctionnement des comités d'éthique locaux chargés d'assurer l'évaluation de la dimension éthique des recherches non interventionnelles, de manière à garantir les conditions d'impartialité. Il rappelle également le principe de représentation des usagers.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je tiens à souligner la qualité de la rédaction du long amendement de notre collègue Isaac-Sibille, qui semble prêt pour la prochaine rentrée littéraire. *(Sourires.)* Avis très favorable.

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

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. Favorable, monsieur le président.

(L'amendement n^o 1989 est adopté.)

Article 17

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

M. Jean-Pierre Door. L'article 17 suscite plusieurs questions auxquelles j'aimerais que vous m'apportiez des réponses, madame la ministre déléguée.

Tout d'abord, on note un transfert de 0,44 point de taxe sur les salaires de la branche famille vers la branche autonomie dès 2022, alors que l'exposé des motifs laissait penser qu'il y aurait un transfert de la branche maladie vers la branche autonomie pour contribuer au financement du dispositif d'accueil des adultes français en situation de handicap dans les établissements belges. Cela signifie-t-il que l'on fait supporter à la branche famille cette dépense liée au handicap ?

Par ailleurs, en 2023, il est prévu que la branche famille se voie réaffecter une part de la taxe sur les salaires, mais seulement à hauteur de 6,45 points, ce qui ne correspond pas à la fraction totale qui doit lui revenir. La branche maladie conservera 1,3 point de taxe sur les salaires au détriment de la branche famille, soit plus de 200 millions d'euros, sans justification de charges correspondantes dans la branche famille.

J'aimerais avoir des éclaircissements avant que nous n'abordions les amendements. Ces opérations de tuyauterie sont source d'opacité.

M. le président. La parole est à Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. L'article 17 prévoit de transférer 1 milliard d'euros de la branche famille vers d'autres branches de la sécurité sociale. Or nous considérons que le Gouvernement ne devrait pas faire en sorte de tenir certains de ses engagements au détriment de la politique familiale. Rappelons que, depuis 2015, le taux de natalité en France n'a cessé de baisser. Le fait que de moins en moins d'enfants naissent constitue un vrai danger pour le fonctionnement de notre société. Nous ne saurions affronter le défi démographique que constitue le vieillissement considérable de la population sans un taux de natalité fort.

La politique familiale a longtemps été un atout majeur de notre pays par rapport à ses voisins européens. Ce n'est plus le cas aujourd'hui. Les seules mesures à mettre au crédit de votre quinquennat ont été le versement de la prime de naissance avant la naissance de l'enfant et l'allongement du congé de paternité, avancées que nous soutenons avec force. Cela ne vous exonère toutefois pas d'agir pour la politique familiale car le taux de natalité continue de décroître dans notre pays.

Pour alimenter votre réflexion, nous vous invitons à vous inspirer de l'excellent rapport parlementaire de Nathalie Elimas, aujourd'hui membre du Gouvernement.

M. le président. La parole est à M. le ministre délégué chargé des comptes publics.

M. Olivier Dussopt, ministre délégué chargé des comptes publics. Madame Six, je ne suis pas surpris par votre intervention que je vois comme un rappel du positionnement de votre groupe.

Monsieur Door, j'aurai à vous faire une réponse plus technique. Les établissements belges que vous évoquez étaient financés par la branche maladie à partir d'un des sous-objectifs de l'ONDAM. La mise en place de la cinquième branche a bien évidemment modifié la prise en charge de l'autonomie : désormais, ces établissements feront l'objet d'un conventionnement avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). C'est la raison pour laquelle nous organisons assez durablement ce transfert, même partiel : nous voulons qu'ils continuent à être financés par la même recette ; simplement, le conventionnement ne dépendra plus de la branche maladie mais de la branche autonomie, à travers la CNSA.

Je confirme donc la lecture que vous faites, mais j'explique ce transfert par un jeu de périmètre dû au changement dans le mode de financement.

M. Jean-Pierre Door. Eh oui !

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement de suppression n^o 1700.

Mme Caroline Fiat. Il s'agit d'un amendement d'appel car, étant favorable à l'article 17, je ne souhaite pas qu'il soit supprimé. Je le retirerai donc après avoir entendu la réponse du Gouvernement.

Je tiens à appeler l'attention sur la fameuse taxe sur les salaires versée par les hôpitaux publics : 4 milliards d'euros de ressources en moins, ce n'est pas rien dans leur budget ! Je sais, monsieur le rapporteur général, que vous nous répondez systématiquement que si les hôpitaux ne s'acquittaient pas de cette taxe, ce serait 4 milliards de recettes en moins dans les caisses de la sécurité sociale. Pour notre part, nous considérons qu'à tout problème, il y a une solution : nous vous avons proposé hier de créer une contribution de solidarité sur la fortune qui rapporterait précisément 4 milliards d'euros.

M. Sylvain Maillard. Avec vous, ce n'est pas « 1 jeune, 1 solution », mais « 1 problème, 1 taxe » !

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis défavorable. Comme le dit mon bon collègue Maillard, vous, votre solution systématique, c'est de proposer des taxes quand il y a un problème.

M. Pierre Dharréville. Et vous des exonérations !

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

M. Olivier Dussopt, ministre délégué. Même avis.

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

M. Pierre Dharréville. Je le redis avec le micro ouvert : vous, chaque fois qu'il y a un problème, votre solution, c'est l'exonération. Peut-être pourrions-nous trouver d'autres solutions pour essayer de se sortir de ces difficultés ?

La réponse que vient de faire M. le ministre délégué à M. Door conforte les appréciations que j'avais portées sur la création de la cinquième branche : il y a bien un redécoupage des périmètres, qu'il s'agisse de la branche famille ou de la branche maladie. Il serait bon de discuter de la logique qui sous-tend ces opérations de tuyauterie.

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

Mme Caroline Fiat. Je trouve très amusant que le rapporteur général nous réponde que la seule solution que nous proposons, c'est de créer des taxes. Si vous vous opposez à cette démarche, supprimez donc la taxe sur les salaires dans les hôpitaux : c'est exactement ce que je suis en train de vous demander, monsieur le rapporteur général.

(L'amendement n° 1700 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n°s 439, 517 et 865.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 439.

M. Jean-Pierre Door. Monsieur le ministre délégué, vous m'avez répondu mais, comme vous le savez, le diable se cache dans les détails.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Ça, c'est vrai !

M. Jean-Pierre Door. Cet amendement du groupe Les Républicains, issu d'un travail avec l'Union nationale des associations familiales (UNAF), vise simplement à revenir

sur la ponction effectuée sur la branche famille – notre ancien collègue Gilles Lurton, qui était un de ses fervents défenseurs, doit aujourd'hui trembler en voyant quelles opérations de tuyauterie vous lui faites subir. La politique familiale est déjà suffisamment en difficulté !

M. le président. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 517.

M. Thibault Bazin. Pourquoi procéder à des transferts de ressources depuis d'autres branches pour relever les défis de la branche autonomie ? Ce n'était pas son ambition initiale. Cela revient à déshabiller Pierre pour habiller Thomas, ce qui n'est pas très bon. *(Rires et exclamations sur divers bancs.)*

J'ai une question très concrète, madame la ministre déléguée. Certains départements ont lancé des expérimentations pour accueillir des personnes en situation de handicap hébergées dans des structures en Belgique. Nous savons, monsieur le ministre délégué, que des crédits existent pour cela : ils sont prévus dans le projet de loi de finances au titre des dépenses à l'international. Quitte à faire de la tuyauterie, pourquoi n'avoir pas transféré ces sommes plutôt que de ponctionner la branche famille ?

J'aurai en outre deux questions, complémentaires de celles posées par mon collègue Jean-Pierre Door.

L'exposé des motifs de l'article 17 précise qu'il s'agit d'ajuster les ressources des branches en cohérence avec les charges qui leur reviennent. Les indemnités journalières (IJ) dérogatoires pour garde d'enfants, en lien avec la crise de la covid, doivent dans cette logique être prises en compte par la branche famille. Le dispositif a connu un pic dans les versements en 2020, à hauteur de 1 milliard d'euros, et s'il a été prolongé jusqu'au 30 septembre 2021, il a été activé dans une moindre mesure cette année puisque les écoles sont restées ouvertes. Pourquoi, dès lors, prévoir une affectation de recettes en 2022 alors que le fait générateur de la dépense se situe les deux années précédentes ?

Deuxième question : dans l'annexe B du PLFSS, il est indiqué que les dépenses liées à la prestation de compensation du handicap (PCH) parentalité, d'environ 0,2 million d'euros, seront financées par un transfert de la branche famille vers la branche autonomie. Or aucun article n'y fait référence dans le présent PLFSS. Qu'en est-il ?

M. le président. La parole est à Mme Valérie Six, pour soutenir l'amendement n° 865.

Mme Valérie Six. Pour défendre cet amendement identique, je serai moins technique que notre collègue Bazin et axerai davantage mon propos sur le nécessaire soutien de la politique familiale, que j'ai déjà évoqué en m'exprimant sur l'article 17 et qui, pour notre groupe, justifie que l'on revienne sur la coupe budgétaire opérée par cet article.

Il nous semble important que la protection de la famille soit au cœur de nos politiques publiques, car le coût de la vie reste le principal frein pour nombre de nos concitoyens qui souhaiteraient fonder ou agrandir une famille. Pour ma part, je suis persuadée que notre modèle de protection sociale ne peut fonctionner sans un renouvellement des générations. Sans ce renouvellement, qui va payer nos retraites, les prestations destinées à nos aînés, les indemnités de chômage des personnes sans emploi et les indemnités maladie ? Tout le monde se pose ces questions, notamment les Français

désireux de fonder une famille, et nous devons faire en sorte de restaurer leur confiance afin de les soutenir dans leur démarche.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Défavorable.

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

M. Olivier Dussopt, ministre délégué. Défavorable. Je veux dire à M. Bazin que, pour ce qui est du transfert de 1 milliard d'euros de la branche famille vers la branche maladie, nous considérons qu'il doit être effectué maintenant parce que nous disposons de chiffres stabilisés à la fois sur la réalité du coût des indemnités journalières dérogatoires pour garde d'enfant en 2020-2021, c'est-à-dire durant la crise, et sur le niveau d'excédent de la branche famille. Sur ce point, je renvoie à une idée qui peut nous opposer sur le fond et que j'ai évoquée lors de la discussion générale, selon laquelle la solidarité interbranche peut constituer une piste en vue de l'amélioration du pilotage des finances sociales. C'est précisément le principe que nous avons choisi de mettre en œuvre avec l'article 17, en nous appuyant sur la similarité entre les indemnités journalières pour garde d'enfant, qui relèvent d'une politique familiale en ce qu'elle permet un accompagnement des familles face à la crise de la covid, et les prestations relevant habituellement de la branche famille.

Pour ce qui est de la PCH, objet de votre seconde question, je rappelle que si les flux financiers sont organisés dans le présent PLFSS, la technique sur laquelle ils sont fondés a été déterminée en son principe dans le cadre du PLFSS pour 2021 : c'est ce qui explique que vous ne trouviez dans le PLFSS pour 2022 que des articles financiers, et pas l'article de principe que vous appelez de vos vœux.

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il est effectivement permis de s'interroger sur l'opportunité d'effectuer des coupes sur une branche famille, même excédentaire, dans un contexte marqué par le déclin démographique. Cela dit, nous ne devons pas avoir une vision trop limitée de la famille : celle-ci comprend les enfants, mais aussi les parents et les grands-parents, et nos concitoyens sont sans doute autant préoccupés par le sort des uns que par celui des autres. Dès lors, il ne me semble pas anormal d'opérer un transfert de la branche famille vers la branche maladie.

M. le président. La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Monsieur le ministre délégué, nous ne sommes pas là uniquement pour faire de la comptabilité, mais aussi pour construire et pérenniser notre système de protection sociale. Si l'on peut comprendre et peut-être même adhérer à l'idée d'une solidarité interbranche, on ne peut s'empêcher de se demander si cette solidarité est destinée à ne jouer que de façon temporaire ou si elle répond à une exigence structurelle. Force est de constater que la politique familiale n'est pas aussi efficace qu'on le souhaiterait et que les parents ne se sentent pas aussi soutenus qu'ils devraient l'être, puisqu'il y a un écart significatif entre le taux de désir d'enfant – 2,3 – et le taux de natalité – 1,8 – et qu'on a perdu 100 000 naissances par an depuis 2014. Dès lors, l'excédent de la branche famille ne devrait-il pas servir à rétablir une politique familiale plus ambitieuse ? Ce n'est pas le choix qui est fait, et notre groupe est en désaccord avec vous sur ce point.

Nous devons construire quelque chose ensemble pour assurer la pérennité de notre système de protection sociale. En effet, comme vous le savez, monsieur le ministre délégué, si les générations ne se renouvellent pas, nous aurons à faire face à un véritable problème pour financer les retraites et l'autonomie – en d'autres termes, pour relever le grand défi du vieillissement de la population. Pour nous, c'est en investissant dans la politique familiale que nous serons en mesure de relever ce défi.

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

Mme Caroline Fiat. J'entends dire depuis un moment que le faible taux de natalité en France s'expliquerait par une insuffisance du niveau des allocations familiales. En réalité, si les allocations familiales suffisaient à élever un enfant, cela se saurait, et je ne pense donc pas que ce point soit vraiment déterminant. Il peut jouer un rôle pour certaines familles, mais le plus souvent quand un couple souhaite concevoir un enfant, cela correspond à un désir profond : il le fait par amour, et non parce qu'il sait qu'il percevra une allocation. Sincèrement, il me semble qu'on exagère l'importance donnée au rôle que peuvent avoir les allocations familiales sur la natalité.

(Les amendements identiques n° 439, 517 et 865 ne sont pas adoptés.)

(L'article 17 est adopté.)

Article 18

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 1701.

Mme Caroline Fiat. Les exonérations de cotisations se multiplient, à des fins incitatives. Par exemple, l'article 29 de la loi sur l'avenir professionnel a créé un système de bonus-malus à destination des entreprises faisant trop usage de contrats courts. La participation et l'intéressement sont exonérés de cotisations. Les cotisations sociales ne sont plus majoritaires dans le financement de la sécurité sociale. J'insiste, monsieur le rapporteur, sur le fait que c'est une cotisation, et non une taxe, que nous demandons. *(M. Sylvain Maillard rit.)*

M. Pierre Dharréville. Eh oui, ils ne font pas la différence !

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Par cet amendement, vous proposez que le Gouvernement puisse revenir sur des exonérations que le Parlement aurait votées, ce qui revient à dessaisir le législatif au profit de l'exécutif. Avis défavorable.

(L'amendement n° 1701, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 1702.

Mme Caroline Fiat. Par cet amendement, nous proposons que les conséquences sociales et sanitaires des exonérations de cotisations sociales soient explicitées de manière pédagogique

sur les bulletins de salaires, afin que chacun puisse comprendre que certaines augmentations de salaire coûtent cher au service public de notre pays.

(L'amendement n° 1702, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

(L'article 18 est adopté.)

Après l'article 18

M. le président. La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 285.

M. Pierre Dharréville. Monsieur le rapporteur général, tout à l'heure vous avez repris à votre compte les propos de notre collègue Sylvain Maillard, qui disait que, chaque fois qu'apparaissait un problème, notre groupe proposait de créer une taxe. Je vous avais alors répondu que, de votre côté, vous aviez le réflexe pavlovien de créer une exonération. Notre amendement vise précisément cette situation, en l'occurrence les pertes de recettes pour la sécurité sociale liées à la non-compensation par l'État des mesures d'exonération de cotisations sociales, lesquelles ont atteint près de 3 milliards d'euros en 2020, notamment en raison de la désocialisation des heures supplémentaires.

Alors qu'un principe de compensation intégrale est institué depuis 1994 par loi Veil afin de garantir l'autonomie financière de la sécurité sociale, les lois de financement de la sécurité sociale pour 2019 et 2020 ont prévu une entorse à ce principe, ce que nous regrettons. Certaines pertes de recettes liées à des mesures d'exonération de cotisations sociales n'ont plus besoin de faire l'objet d'une intervention législative en LFSS et échappent ainsi à la représentation nationale. Nous estimons que la sécurité sociale ne doit pas être la variable d'ajustement des politiques économiques du Gouvernement. Si celui-ci décide d'exonérer les heures supplémentaires ou d'abaisser le taux de CSG – contribution sociale généralisée –, par exemple, c'est l'État qui doit en supporter le coût.

Cet amendement prévoit donc que toute nouvelle dérogation au principe de non-compensation institué par la loi Veil de 1994 fasse l'objet d'un vote de la part des caisses de sécurité sociale. Son adoption permettrait d'introduire un peu de démocratie sociale et de freiner ainsi une étatisation qui progresse d'année en année.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je pense que votre intention est en grande partie satisfaite. En effet, les lois de financement de la sécurité sociale disposent du monopole organique sur les exonérations non compensées, et les caisses sont précisément saisies des projets de loi de financement de la sécurité sociale avant que ceux-ci nous soient soumis.

La seule exception...

M. Pierre Dharréville. Ah !

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. ...concerne les exonérations non compensées adoptées par amendement gouvernemental ou parlementaire, mais faire voter les caisses de sécurité sociale sur les amendements reviendrait à réduire drastiquement le droit d'amendement.

Enfin, je vous rappelle que, dans le cadre de la proposition de loi organique dont je suis l'auteur – et qui est actuellement en navette –, les caisses disposeront de plus de temps qu'actuellement pour examiner les PLFSS qui leur sont soumis, ce dont bénéficieront la démocratie sociale et la démocratie parlementaire.

Je vous propose donc le retrait de cet amendement et émettrai, à défaut, un avis défavorable.

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

M. Olivier Dussopt, ministre délégué. Après les arguments très judicieux que vient d'exposer M. le rapporteur général, je veux pour ma part insister sur une réalité que vous reconnaissez vous-même dans l'exposé des motifs de votre amendement. La dernière exonération non compensée remonte au PLFSS pour 2020 – elle portait sur les heures supplémentaires, et avait donné lieu à un long débat. En tant que secrétaire d'État auprès du ministre de l'action et des comptes publics, j'avais alors pris l'engagement que plus aucune exonération ne soit non compensée avant la fin du quinquennat. Nous respectons cette ligne de conduite : j'en veux pour preuve que tous les projets de loi de finances rectificative (PLFR) que vous avez adoptés en 2020 et 2021 prévoient la compensation à la sécurité sociale des exonérations accordées dans le cadre de la lutte contre la crise de la covid – je pense notamment aux exonérations de cotisations patronales accordées aux entreprises des secteurs S 1 et S 1 bis.

Vous avez rappelé les lois de financement de la sécurité sociale pour 2019 et 2020, mais je rappelle tout de même que, depuis l'adoption de la loi Veil de 1994, plus d'une quinzaine d'exonérations sont restées non compensées. Je pense notamment à une taxe sur l'apprentissage adoptée au cours du quinquennat précédent, qui se traduit par un coût annuel de près de 2 milliards d'euros.

Il nous paraît inutile d'inscrire dans le PLFSS une disposition comme celle que vous proposez. Comme l'a dit M. le rapporteur général, la proposition de loi organique faisant l'objet de la navette parlementaire ouvre la perspective d'une nouvelle gouvernance où les caisses verront leur rôle accru. Par ailleurs, votre amendement est satisfait dans son intention dans la mesure où, depuis 2019, le Gouvernement veille à ce que toutes les exonérations soient bien compensées. Je suis donc défavorable à cet amendement.

M. Pierre Dharréville. Seulement les nouvelles exonérations !

M. Olivier Dussopt, ministre délégué. Ce n'est déjà pas si mal !

(L'amendement n° 285 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n° 1703 et 286, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 1703.

Mme Caroline Fiat. Puisque nous avons repris par cet amendement une proposition du groupe GDR, je vais rendre à César ce qui est à Pierre. *(Sourires.)*

M. le président. La parole est donc à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 286.

M. Pierre Dharréville. Bien que je ne sente pas un état d'esprit très favorable à ce type d'amendement, je vais quand même le défendre.

Il s'agit de limiter l'inflation des niches sociales qui fragilise le financement de la sécurité sociale. J'ai déjà expliqué combien le fait que ces dispositifs prospèrent fragilise non seulement les finances, mais également la logique même de sécurité sociale. Essayons de revenir à la raison et arrêtons de faire de la cotisation une variable d'ajustement de plus en plus mitée.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La commission avait l'année dernière déjà émis un avis défavorable sur cet amendement en raison des problèmes qu'il pose. Je vous proposerais plutôt d'attendre, là encore, l'examen de la proposition de loi organique, qui doit permettre une évaluation triennale de toutes les exonérations et, surtout, une limitation dans le temps des exonérations votées en dehors des lois de financement de la sécurité sociale, au bénéfice de nos débats et des comptes sociaux. L'avis est donc défavorable.

(Les amendements n^{os} 1703 et 286, repoussés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Article 19

M. le président. La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Je dois préciser mes propos sur la politique familiale puisqu'ils semblent avoir été mal compris, en tout cas d'une façon un peu réductrice.

Le recul continu de l'âge de la première grossesse en France devrait nous alerter sur la nécessité de mieux favoriser l'accueil de l'enfant. Or cela ne semble pas être réellement une priorité du Gouvernement, et nous le déplorons.

Cet article en est un nouvel exemple puisqu'il prévoit un rééquilibrage entre les différentes branches au détriment de la branche famille, à laquelle on demande de consentir un effort de 1 milliard d'euros. Certes, les branches maladie et vieillesse sont déficitaires, mais la branche famille est importante. Des objectifs tels que la compensation des charges de famille à un moment où on sait combien la question du pouvoir d'achat est importante, le renouvellement des générations, la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle sont essentiels.

Certes, les crédits de la branche famille augmentent de 300 millions dans ce PLFSS, mais le congé de paternité compte pour 230 millions dans cette augmentation. Alors que notre pays est devenu moins-disant en matière de congé de maternité, il serait urgent d'allonger ce congé de deux semaines pour mieux aider les mères. Depuis 2012, notre pays compte 117 000 naissances en moins chaque année, et on ne peut se contenter de la réponse que vous nous faites régulièrement que cela serait dû à la baisse du nombre de femmes en âge de procréer. Investir dans la nouvelle génération n'est pas qu'une question comptable : c'est préparer l'avenir de la nation. Être une nation jeune, dynamique devrait faire partie aussi des objectifs de votre plan France 2030.

C'est pourquoi nous vous proposons de ne pas toucher à la branche famille et d'utiliser l'excédent pour améliorer la politique familiale pour tous les parents, qui en ont besoin.

M. le président. La parole est à nouveau à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n^o 469, tendant à la suppression de l'article.

M. Thibault Bazin. Des tuyauteries comme celles de l'article 19 deviennent structurelles : on prend l'habitude de ponctionner systématiquement les excédents de la branche famille. Je ne suis pas sûr que ça soit une solution à long terme. Alors que la branche autonomie a besoin de financements propres, vous avez fait l'impasse, pour le moment, sur la loi grand âge, qui devait nous permettre de répondre à ce défi. Il ne faut pas que ça vous énerve, madame la ministre déléguée !

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. Nous ne faisons pas l'impasse sur le financement !

M. Thibault Bazin. Mais si, puisque vous déshabillez Pierre pour habiller Paul ! Et c'est fondamental, monsieur le rapporteur général !

Il est donc clair pour notre famille politique – je sais combien elle vous est chère, monsieur le président ! –, qu'il faut rétablir la politique familiale, quand vous avez fait le choix de vous inscrire dans la continuité du quinquennat socialiste : vous avez raboté le quotient familial, vous avez réduit le montant de la prestation d'accueil du jeune enfant aux familles dont les deux parents sont au SMIC. Voilà la réalité, et on en voit le résultat aujourd'hui !

C'est pourquoi nous vous invitons instamment à rétablir une véritable politique familiale. Sur cette question, qui est une ligne de fracture entre la droite et la gauche, votre gouvernement s'inscrit très clairement à gauche.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Défavorable.

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

M. Olivier Dussopt, ministre délégué. Même avis, avec mes remerciements ! *(Rires.)*

M. le président. Pour la continuité, j'imagine ?

M. Olivier Dussopt, ministre délégué. Exactement !

(L'amendement n^o 469 n'est pas adopté.)

(L'article 19 est adopté.)

Articles 20, 21 et annexe C et 22

(Les articles 20, 21 et annexe C et 22 sont successivement adoptés.)

Article 23 et annexe B

M. le président. La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n^o 287.

M. Pierre Dharréville. Je me permets, monsieur le président, d'exprimer des doutes quant à la pertinence des analyses politiques de notre collègue Bazin : pour moi la majorité penche du côté opposé à ce qu'il vient de dire, et ce

PLFSS le confirme, en particulier cet article 23, qui présente la trajectoire pluriannuelle des comptes de la sécurité sociale entre 2022 et 2025.

Celle-ci resterait fortement déficitaire en 2025, notamment la branche maladie, en raison d'une insuffisance de recettes et de la nécessité d'assumer des dépenses de santé en hausse suite à la crise sanitaire et aux engagements du Ségur de la santé. Parallèlement, les dépenses de base de l'assurance maladie continueraient d'être compressées pour les quatre prochaines années, avec la fixation d'un ONDAM hors covid à 2,3 %, soit un niveau bien inférieur à la progression tendancielle des dépenses de santé évaluée à 4 % par la commission des comptes de la sécurité sociale.

Outre des dépenses compressées, ce rapport entérine un renoncement à faire des efforts sur les recettes pour financer notre système de protection sociale. Votre refus d'agir contre la prolifération des exonérations en témoigne. Il est exclu pour vous d'augmenter les impôts et les cotisations sociales. Il en résulte une dégradation des comptes de la branche maladie de 15 milliards d'euros et de la branche vieillesse de 7,6 milliards d'euros à l'horizon 2025. Il est à craindre que votre mise en scène du retour du « trou de la sécu » ne prélude à de futures mesures d'austérité en matière de prestations maladie et de prestations retraite.

D'autres choix étaient possibles, notamment grâce aux ressources dédagées à compter de 2024 et de l'extinction de la dette sociale ou la remise à plat des 68 milliards d'exonérations de cotisations sociales. À l'inverse, vous avez préféré jouer la montre en transférant la dette covid à la CADES – Caisse d'amortissement de la dette sociale – en attendant le retour probable de mesures d'économies.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Les débats qui nous opposent régulièrement sur ce point montrent que nous avons là une différence d'appréciation : maîtriser l'ONDAM, en faisant des économies sur le médicament et en renforçant la pertinence des soins, je n'appelle pas cela une compression. Si le CEPS ne négociait pas les prix du médicament, vous nous le reprocheriez, et vous auriez raison.

M. Pierre Dharréville. Il n'y a qu'à voir les dividendes de la *big pharma* pour constater à quel point ça marche !

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Si nous tolérions certains dysfonctionnements de notre système de santé, qui le conduisent parfois à produire des actes inutiles, voire deux fois le même acte, vous nous le reprocheriez aussi, et vous auriez encore raison.

L'évolution tendancielle des dépenses s'apprécie année après année. La commission des comptes de la sécurité sociale a d'ailleurs affiné sa méthode cette année. Nous verrons ce qu'il en sera lorsque la crise ne sera plus qu'un mauvais souvenir car elle pollue encore les chiffres de cette année, et lorsque les réformes structurelles que nous avons engagées au travers de la loi santé de 2019, du Ségur de la santé et des diverses lois de financement de la législature auront porté leurs fruits en termes d'efficacité et d'organisation du système de soins.

De manière plus générale, garantir que les comptes de la sécurité sociale s'éloignent le moins possible de l'équilibre, c'est garantir sa soutenabilité et le consentement des assurés,

génération après génération, à maintenir un principe de solidarité dont ils pourront bénéficier. Pour ces raisons, l'avis est défavorable.

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

M. Olivier Dussopt, ministre délégué. Même avis.

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

M. Pierre Dharréville. Vous peignez le tableau en rose ! Vous me parlez d'économies en oubliant toujours de toucher à la question des recettes. Il existe sans doute des actes inutiles, et il faut les traquer ; il y a des mesures de contrôle à mettre en œuvre, et nous soutiendrons des propositions en ce sens, mais il ne s'agit pas de ça. Vous me parlez d'économies sur le médicament, mais vous avez vu les profits des multinationales du médicament ? Vous trouvez qu'on est efficace pour réduire cette dépense-là ? Franchement je ne le crois pas, et il n'y a pas besoin d'aller très loin pour avoir les chiffres. L'équilibre s'apprécie des deux côtés de la balance.

(L'amendement n° 287 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 1707.

Mme Caroline Fiat. Le rapport sur l'évolution à venir du financement de la sécurité sociale que l'on nous demande d'approuver est inquiétant, pour ne pas dire révoltant. On aurait pu espérer que le Gouvernement tire une quelconque leçon de la crise, que le « quoi qu'il en coûte » de M. Macron soit autre chose qu'une figure de style. Pour notre part, nous ne sommes malheureusement pas surpris.

L'évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie est, hors covid, en très nette baisse, passant de 6,6 à 3,8 %, soit une baisse de 42 %. Pire encore, le rapport annonce une évolution de 2,4 % en 2023, puis 2,3 % au-delà. La commission des comptes de la sécurité sociale estime que pour répondre à l'évolution strictement naturelle, notamment due au vieillissement, l'ONDAM devrait augmenter de 4 %. C'est donc une dégradation de l'offre de soins qu'on nous annonce : le « quoi qu'il en coûte » est définitivement enterré. Fini le monde d'après : retour au vieux monde de la marchandisation de la santé et de l'austérité.

La branche autonomie, promesse réitérée tout au long du mandat, est elle aussi enterrée avec la loi grand âge : son financement sera bien au-dessous des estimations les plus basses des besoins en la matière et uniquement assuré par la CSG et non par des cotisations.

Nous proposons donc de refuser la potion amère de l'austérité que ce PLFSS tente de nous administrer.

(L'amendement n° 1707, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 1744.

Mme Caroline Fiat. Par cet amendement d'appel, nous voulons dénoncer le déficit de financement de la branche autonomie et sa dépendance à la CSG.

L'annexe B du projet de loi présente les recettes et les dépenses du régime général branche par branche d'ici 2025. Concernant la branche autonomie, nouvellement créée à partir de fonds déjà existants, deux éléments sont à relever.

D'une part, cette branche concentre la quasi-totalité des recettes de CSG, l'un des impôts qui réduit le moins les inégalités. D'autre part, avec des recettes qui s'élèvent à 31,8 milliards d'euros, cette branche est sous-financée par rapport aux dépenses, censées s'élever à 32,3 milliards selon vos prévisions, mais surtout par rapport aux besoins.

Dans notre rapport de 2018, Monique Iborra et moi-même préconisons d'abonder de 20 milliards d'euros le budget des EHPAD. Je ne parle même pas des besoins du secteur du handicap et de l'aide à domicile. En choisissant de ne pas augmenter les financements à destination des personnes en perte d'autonomie, vous vous rendez complices d'une offre publique indigente qui fait la part belle au secteur privé et à toutes les inégalités qui en découlent. Par cet amendement d'appel, nous dénonçons ces manœuvres.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Défavorable.

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

M. Olivier Dussopt, ministre délégué. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Boris Vallaud.

M. Boris Vallaud. Je voudrais réitérer la question que j'ai posée au début de l'examen du texte et qui n'a pas eu de réponse. Je me faisais l'écho du désir du ministre Véran que l'ONDAM ne soit pas seulement un outil de pilotage des finances publiques, mais un outil de politique de santé ; et, ce faisant, j'ai formulé plusieurs questions auxquelles j'aimerais qu'il soit répondu pour éclairer la représentation nationale : comment va évoluer en ville et à l'hôpital le volume de soins dont vont bénéficier nos concitoyens ? Cette évolution est-elle cohérente avec le vieillissement de la population et les progrès thérapeutiques ? Comment vont évoluer, en ville et à l'hôpital, les effectifs qui vont dispenser ces soins ? Le Gouvernement prévoit-il des augmentations de productivité ou envisage-t-il de réduire l'intensité du travail ? Comment vont évoluer les rémunérations des soignants ? Les soignants connaîtront-ils une évolution de revenus cohérente avec celle de la population générale ?

C'est à toutes ces questions très concrètes que je souhaiterais voir apporter une réponse permettant à la représentation nationale de se prononcer en conscience sur l'évolution pluriannuelle de l'ONDAM.

(L'amendement n° 1744 n'est pas adopté.)

(L'article 23 et l'annexe B sont adoptés.)

VOTE SUR L'ENSEMBLE DE LA TROISIÈME PARTIE

M. le président. Je mets aux voix l'ensemble de la troisième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

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

Quatrième partie

M. le président. Nous abordons la quatrième partie du projet de loi, concernant les dispositions relatives aux dépenses de la sécurité sociale pour l'année 2022.

Article 24

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Valentin.

Mme Isabelle Valentin. L'article 24 porte sur la télésurveillance médicale,...

M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé. C'est bien, la télésurveillance ! C'est très bien !

Mme Isabelle Valentin. ...forme de télémédecine définie par le code de la santé publique et expérimentée depuis plusieurs années dans le cadre du programme ETAPES – expérimentation de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé. Elle permet aux professionnels de santé d'interpréter à distance des données recueillies sur le lieu de vie d'un patient requérant un suivi médical, donc d'adapter rapidement le traitement.

Cette pratique constitue un enjeu essentiel de la transformation de notre système de santé. Par conséquent, l'article vise à définir les modalités de la transition du modèle expérimental vers une prise en charge de droit commun par l'assurance maladie, ainsi que l'architecture d'ensemble et les paramètres de ce nouveau financement. Du reste, si l'entrée de la télésurveillance dans le droit commun est une bonne chose, on peut s'étonner que le Gouvernement ait décidé que les tarifs de consultation et le remboursement seraient fixés par voie réglementaire et non conventionnelle.

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n° 1100 et 1580, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 1100 de M. le rapporteur général est rédactionnel.

L'amendement n° 1580 de M. Cyrille Isaac-Sibille est défendu.

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

M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé. Favorable à l'amendement du rapporteur général.

(L'amendement n° 1100 est adopté ; en conséquence, l'amendement n° 1580 tombe.)

M. le président. Pas de chance, monsieur Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je ne comprends pas !

M. le président. L'adoption du précédent amendement modifie la rédaction de l'article et fait donc tomber le vôtre, qui portait sur l'ancienne rédaction. C'est l'usage depuis toujours – aussi simple que cela !

L'amendement n° 1232 de M. le rapporteur général est un amendement de coordination juridique.

(L'amendement n° 1232, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Les amendements n°s 1101, 1102, 1104, 1105 et 1106 de M. le rapporteur général sont rédactionnels.

(Les amendements n°s 1101, 1102, 1104, 1105 et 1106, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 2057 de M. le rapporteur général est défendu.

(L'amendement n° 2057, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Les amendements n°s 1108, 1109, 1110, 1111, 1112, 1113, 1115, 1116, 1117, 1118, 1119 et 1148 de M. le rapporteur général sont rédactionnels.

(Les amendements n°s 1108, 1109, 1110, 1111, 1112, 1113, 1115, 1116, 1117, 1118, 1119 et 1148, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n°s 408, 1480 et 180, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Sylvia Pinel, pour soutenir l'amendement n° 408.

Mme Sylvia Pinel. Puisque l'article prévoit l'intégration au droit commun du dispositif ETAPES, précieux outil de lutte contre les ruptures de parcours de soin dues à la crise sanitaire et de facilitation de ces mêmes parcours dans un contexte où les ressources humaines sont limitées, cet amendement dû à Paul Molac vise à garantir l'interopérabilité des dispositifs et la communication des données aux patients.

M. le président. Les amendements n°s 1480 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et 180 de Mme Béatrice Descamps sont défendus.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je me permettrai seulement de préciser que, parmi mes amendements qui viennent d'être adoptés, le n° 2057 visait à s'assurer que les activités de télésurveillance incomberaient aux offreurs de soins et ne tomberaient pas aux mains de plateformes à but lucratif.

Quant aux amendements en discussion commune, je partage les préoccupations de leurs auteurs : l'interopérabilité jouera évidemment un rôle clé dans le développement de la télésurveillance. Pour autant, en préciser les référentiels relève plutôt du niveau réglementaire. Je demande donc le retrait de ces amendements ; à défaut, avis défavorable.

(Les amendements n°s 408, 1480 et 180, ayant reçu un avis défavorable du Gouvernement, sont retirés.)

M. le président. Les amendements n°s 1121, 1173, 1122 et 1204 de M. le rapporteur général sont rédactionnels.

(Les amendements n°s 1121, 1173, 1122 et 1204, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 1511.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il vise à préciser que le professionnel de santé concerné bénéficie de la prise en charge de la télésurveillance nonobstant les autres actes éventuellement nécessaires.

(L'amendement n° 1511, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Les amendements n°s 1205, 1203, 1123, 1124 et 1126 de M. le rapporteur général sont rédactionnels.

(Les amendements n°s 1205, 1203, 1123, 1124 et 1126, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés ; en conséquence, les amendements identiques n°s 1514 et 1866 tombent.)

M. le président. L'amendement n° 1202 de M. le rapporteur général est rédactionnel.

(L'amendement n° 1202, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 1513.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'intérêt de la télésurveillance en vue du suivi des pathologies est évident. Dès lors, cet amendement vise à étendre son usage au-delà des seules affections de longue durée (ALD).

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'amendement étant satisfait, je demande son retrait ; à défaut, avis défavorable. Je rappelle d'ailleurs que les expérimentations de télésurveillance dites « article 51 » portent déjà sur des pathologies que n'inclut pas la liste des ALD.

(L'amendement n° 1513, ayant reçu un avis défavorable du Gouvernement, est retiré.)

M. le président. Les amendements n°s 1127, 1128 et 1129 de M. le rapporteur général sont rédactionnels.

(Les amendements n°s 1127, 1128 et 1129, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

M. le président. Les amendements n°s 1198 et 1199 de M. le rapporteur général visent à corriger des erreurs de références.

(Les amendements n°s 1198 et 1199, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 1200 de M. le rapporteur général est rédactionnel.

(L'amendement n° 1200, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1201 de M. le rapporteur général vise à corriger une erreur de référence.

(L'amendement n° 1201, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour soutenir l'amendement n° 1397.

Mme Isabelle Valentin. Le prolongement jusqu'au 31 décembre du remboursement intégral des téléconsultations par la sécurité sociale va dans le bon sens, mais risque de se révéler contre-productif s'il n'est pas mieux encadré. Les opérateurs responsables de la télémédecine, de même que les médecins qui ont pris le virage du numérique, ont avant tout besoin d'une stabilisation du cadre réglementaire et législatif, non d'une accélération sans raison économique ni technologique.

Le fait de téléconsulter directement depuis un smartphone ne garantit pas cet encadrement, qui devrait faire intervenir une maison de santé pluridisciplinaire, une officine ou une collectivité. Ne laissons pas passer l'occasion de le créer : il procurerait à la télémédecine la stabilité dont, encore une fois, elle a besoin pour répondre aux attentes des médecins et des patients. En outre, une telle disposition serait conforme aux engagements pris lors du Ségur de la santé.

(L'amendement n° 1397, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 288.

M. Pierre Dharréville. Il prévoit la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement afin d'évaluer, entre autres, les conditions de recours à la télésurveillance médicale par les assurés, les apports de cette pratique pour les patients, ses modalités de prise en charge par l'assurance maladie et le respect de la confidentialité des données de santé transmises aux opérateurs.

La télésurveillance peut en effet constituer un outil extrêmement utile en vue du suivi d'un certain nombre de patients, mais elle n'en soulève pas moins des questions. L'augmentation du nombre des objets connectés qui nous entourent, y compris en matière de santé, conduit à s'interroger sur leurs avantages réels. J'ai corédigé, il y a quelque temps, le rapport de la mission d'information relative aux dispositifs médicaux : je n'ignore pas qu'un certain nombre d'opérateurs cherchent à réaliser des profits par leur intermédiaire, alors même que leur efficacité n'est guère évaluée. Il conviendrait donc que le recours à la télésurveillance demeure maîtrisé ; tout le monde n'a pas besoin de connaître à tout moment son taux de je ne sais quoi !

M. Olivier Véran, ministre. Bien sûr !

M. Pierre Dharréville. Comment la puissance publique et la sécurité sociale contrôlent-elles donc les usages de la télésurveillance afin que celle-ci soit véritablement utile et ne débouche pas sur une marchandisation de la santé ?

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Défavorable. De même que notre commission a créé la mission d'information que vous évoquiez, monsieur Dharréville, elle pourrait se saisir habilement de ces sujets – surtout dans le cadre du Printemps de l'évaluation – sans qu'il soit besoin d'un rapport du Gouvernement.

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

M. Olivier Véran, ministre. Nous sommes presque au terme de l'examen de l'article consacré à la télésurveillance : c'est pourquoi je souhaiterais en dire un mot.

Nous nous apprêtons à introduire dans le droit le concept d'un financement des professionnels de santé afin qu'ils s'emparent des outils numériques déjà expérimentés, pour la plupart en milieu hospitalier. Ces outils permettent en effet d'améliorer fondamentalement la prise en charge des malades chroniques – que ceux-ci soient éloignés ou proches des structures de soins. Je vais vous dire les choses : si un patient qui souffre d'insuffisance cardiaque est conduit aux urgences à la suite d'une décompensation, c'est un échec du parcours de soins. Aujourd'hui, compte tenu des moyens dont nous disposons, ce patient devrait être équipé d'une balance connectée. S'il prend deux kilos en deux jours, ce n'est sans doute pas qu'il se nourrit trop bien, mais que de l'eau s'accumule dans ses tissus, crée des œdèmes dans ses jambes, se loge dans ses poumons ; à moins qu'on ne lui administre un diurétique, tout cela finira par un œdème pulmonaire, d'où détresse respiratoire et départ pour les urgences. C'est à éviter cela que sert la surveillance, qui n'a rien d'un flicage, au contraire !

Les malades, les dispositifs, la capacité de traiter les données existent déjà : il ne manquait que la petite impulsion nécessaire pour que les soignants, je le répète, s'emparent de cet outil. Il faut les y inciter financièrement, d'autant que ces pratiques constituent des actes médicaux à part entière. Le suivi des malades chroniques à leur domicile s'en trouvera considérablement renforcé. Pour autant, monsieur Dharréville, vous imaginez bien que si nous créons des modalités de financement, cela suppose des indications de la Haute Autorité de santé (HAS) et par la suite des contrôles de l'assurance maladie. De l'argent public est en jeu ; la maîtrise médicalisée ne va pas disparaître avec le déploiement du numérique en matière de santé.

Comptez donc sur les organismes concernés pour opérer ces contrôles : leur suivi inscrit dans la durée, en vue d'accompagner la montée en puissance des dispositifs et de s'assurer du bon fonctionnement de la machine, sera bien plus opérationnel qu'un rapport remis en *one shot* au Parlement. Par conséquent, je demande le retrait de l'amendement ; à défaut, avis défavorable.

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

Mme Caroline Fiat. J'ai bien entendu vos explications, monsieur le ministre, mais je voudrais rappeler que lorsque nous avons décidé, avec Agnès Buzyn, d'expérimenter la télémédecine et la télésurveillance, nous avons acté la présence d'un soignant de chaque côté du dispositif. Or cela n'est plus prévu pour la télésurveillance. Ne serait-il pas bénéfique qu'un soignant – une infirmière, par exemple – soit présent auprès du patient ? Il est important en effet que les patients soient aguerris à cette technologie, ce qui n'est pas le cas de tous.

Vous savez par ailleurs, monsieur le ministre, que la sécurisation des données de santé est un sujet qui me tient à cœur : souvent, on ne sait pas où elles sont envoyées. Alors que vous parlez de balances ou de tensiomètres connectés, il devient vraiment nécessaire d'encadrer le système car on a pu constater, durant la crise du covid, que les données pouvaient s'envoler.

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

M. Jean-Pierre Door. Je vous dis bonjour, monsieur le ministre, puisque vous venez d'arriver. Vous tombez bien : nous parlons d'un sujet important, la télémédecine. Nous confortons aujourd'hui un système qui existe depuis plusieurs années, et vous avez pris sur ce sujet le relais de Mme Buzyn.

Je défends pour ma part la télémedecine depuis très longtemps, vous le savez. J'ai même fait installer des postes de télémedecine dans des communes rurales où, en l'absence de medecin, ils constituent une première avancée.

M. Olivier Véran, ministre. C'est vrai!

M. Jean-Pierre Door. Aujourd'hui, la télémedecine est entrée dans le droit commun – en grande partie grâce à Nicolas Revel, qui avait œuvré en ce sens. Or l'avenant n° 9 à la convention médicale de 2016, signé avec les medecins, évoque la télémedecine : il en détermine notamment les tarifs et fixe le pourcentage d'actes de télémedecine pouvant être réalisés par les cabinets médicaux directement ou, dans le cadre de la coordination, avec l'aval des communautés territoriales professionnelles de santé (CPTS) ou des maisons de santé. Ma question est simple, monsieur le ministre : pourquoi l'article 24 prévoit-il la fixation réglementaire du tarif de la consultation de télémedecine, alors que ce tarif devait être déterminé dans le cadre des relations conventionnelles entre les représentants des professionnels de santé et ceux de l'assurance maladie?

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je vous remercie, monsieur le président, de me laisser m'exprimer ! Nous nous apprêtons à voter un très bel article, comme l'a rappelé M. le ministre.

M. Olivier Véran, ministre. Eh oui !

M. Cyrille Isaac-Sibille. La télémedecine va en effet contribuer à simplifier le parcours du patient et à améliorer son confort ; elle sera également bénéfique pour les professionnels de santé dans la mesure où le suivi pourra être assuré par toute une équipe, ce qui permettra aussi d'éviter des hospitalisations.

Vous avez évoqué le suivi, monsieur le ministre, en soulignant que le mot « surveillance » n'était pas très beau. Je reviens sur ce point, même s'il relève du domaine réglementaire, car il me semblerait intéressant, pour éviter de s'égarer, de parler de télésuivi plutôt que de télésurveillance. C'est ce qu'estiment également l'ensemble des intervenants des tables rondes auxquelles j'ai participé ou que j'ai organisées. Il s'agit d'un point réglementaire mais je sais que vous y serez sensible, monsieur le ministre. Dans la mesure où la pratique va entrer dans le droit commun et qu'on en parlera de plus en plus souvent, autant employer directement le terme de télésuivi.

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

M. Pierre Dharréville. J'aurais dû préciser tout à l'heure que j'apporterais mon suffrage à l'article 24, la question n'est pas là. Le débat est intéressant et il est bien que nous ayons pris quelques minutes pour échanger sur ces technologies qui sont en plein développement.

M. Olivier Véran, ministre. Bien sûr !

M. Pierre Dharréville. Vous avez raison, monsieur le ministre : la télémedecine peut apporter un confort et une qualité de suivi indéniables à un certain nombre de patients. Il faut donc en permettre l'accès dans de bonnes conditions et prévoir une vraie rémunération des professionnels de santé qui pratiquent ces actes.

Je reste tout de même convaincu, en voyant la façon dont se développe le secteur des dispositifs médicaux – on vous vend un outil, puis le service qui va avec, puis l'abonne-

ment... –, de la nécessité d'une approche publique. C'est une question qui va nous poursuivre car les possibilités vont sans doute se multiplier et s'accompagner de la mise sur le marché de nouveaux outils. Nous devons donc aussi étudier la façon dont des outils publics, y compris numériques, peuvent nous permettre d'organiser correctement le suivi des patients – par exemple, en passant par l'hôpital plutôt qu'en ayant systématiquement recours à des solutions externalisées. Certaines questions mériteraient ainsi une analyse plus approfondie ; elles n'enlèvent rien à ce sur quoi nous sommes d'accord, mais il est certain qu'elles reviendront dans le débat.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Olivier Véran, ministre. Je voudrais rappeler, en réponse à M. Door et à Mme Fiat, qu'il y a une différence entre télésurveillance et téléconsultation.

M. Thibault Bazin. Évidemment !

M. Olivier Véran, ministre. La télémedecine, c'est à la fois la téléconsultation, la télésurveillance et le télésoin. Les actes de télésoin et de téléconsultation nécessitent la présence de professionnels de santé des deux côtés, mais ce n'est pas le cas des actes qui relèvent de la télésurveillance. Si vous souffrez d'une insuffisance cardiaque, madame Fiat – ce que je ne vous souhaite pas –, vous n'avez pas besoin qu'une aide-soignante ou une infirmière vienne tous les matins vous peser. Vous vous pesez vous-même chez vous et la balance connectée envoie directement les données sur le logiciel.

S'agissant de la sécurisation, ne confondons pas non plus la sécurisation des systèmes d'information dans le cadre de l'espace numérique « Mon espace santé » à partir du 1^{er} janvier, et de l'ensemble des dispositifs inhérents à la télémedecine au sens large, avec la sécurisation des systèmes d'information mis en place en urgence pour faire face à la crise du covid, qui ne répondent pas aux mêmes critères et aux mêmes normes. Le niveau de sécurisation des systèmes d'information de « Mon espace santé » numérique sera ainsi supérieur à celui du système de paiement des impôts, qui est déjà lui-même hypersécurisé. Ce système public de gestion des données de santé hypersécurisé, blindé à tous les étages, va d'ailleurs soulever la question de notre niveau d'exigence vis-à-vis des organismes privés qui participent aujourd'hui de l'offre de soins et pourraient continuer à l'avenir : je considère que ce niveau d'exigence devra être au moins égal à celui que nous avons vis-à-vis des acteurs publics.

(L'amendement n° 288 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Valérie Six, pour soutenir l'amendement n° 868.

Mme Valérie Six. Nous arrivons à la fin de la discussion d'un bel article ; je m'en réjouis et notre groupe le votera, bien sûr. L'article 24 prévoit que la télésurveillance, qui était auparavant un dispositif expérimental, soit désormais pleinement intégrée dans le droit commun. Nous savons néanmoins qu'elle ne pourra pas être la solution unique pour lutter contre les déserts médicaux. Au travers de cet amendement, nous demandons au Gouvernement d'évaluer l'accessibilité des dispositifs de télésurveillance sur l'ensemble du territoire national, au-delà de leur impact sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale. Il est important, en effet, que nous disposions d'une évaluation sur le déploiement de cet outil dans les territoires identifiés comme des

déserts médicaux, afin de déterminer la façon dont nous pouvons en faire bénéficier l'ensemble de nos concitoyens, sur tout le territoire.

(L'amendement n° 868, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

(L'article 24, amendé, est adopté.)

Après l'article 24

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 1537 et 1950, portant article additionnel après l'article 24.

La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 1537.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Le Gouvernement fait actuellement un effort important pour aider les éditeurs de logiciels dans la réalisation des mises à jour. Nous proposons que lorsque les éditeurs ne tiennent pas suffisamment leurs engagements à cet égard ou qu'ils ne respectent pas la certification, celle-ci puisse leur être retirée. C'est un principe assez simple, visant à ce que l'ensemble des éditeurs jouent le jeu. Monsieur le ministre, pourriez-vous par ailleurs me répondre sur la question de l'utilisation du terme télésuivi au lieu de télésurveillance? C'est un point qui me semble important.

M. le président. La parole est à M. Julien Borowczyk, pour soutenir l'amendement n° 1950.

M. Julien Borowczyk. Il est identique à celui de M. Isaac-Sibille. Considérés comme des dispositifs médicaux, les logiciels seront désormais soumis à une norme CE. Or il s'agit de logiciels d'aide à la dispensation et à la prescription. Il me semble important que l'on améliore la sécurité de prescription, ce qui est le but de cet amendement.

S'agissant de la télésurveillance, je voudrais évoquer rapidement un exemple, pour souligner l'importance de ce dispositif. Le meilleur exemple que j'ai en tête concerne l'apnée du sommeil: la télésurveillance, mise en place il y a très longtemps, a permis d'accroître la sécurité dans l'utilisation du matériel, mais aussi de faire des économies en matière de frais de santé grâce à une meilleure prise en charge. La télésurveillance a donc selon moi beaucoup d'avenir.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je suis d'accord avec vous: les logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation sont des outils clés pour promouvoir la qualité et la sécurité des soins. Néanmoins, je ne suis pas favorable à la suppression de la pénalité due en cas de retard de la mise à jour d'un logiciel certifié ou de non-respect des éléments de certification. En effet, cette pénalité est utile pour assurer que les logiciels suivent les référentiels mis à jour et ne deviennent pas obsolètes. L'objectif n'est d'ailleurs pas que la Haute Autorité de santé publie de nouveaux référentiels tous les six mois; il est de disposer de nouveaux référentiels tous les ans, voire tous les deux ans, ce qui me semble compatible avec la dynamique d'évolution des logiciels. J'émet donc un avis défavorable.

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

M. Olivier Véran, ministre. Je voudrais compléter l'avis du rapporteur général en soulignant que, certifiés ou non, les logiciels ne sont pas remboursés. La question n'est donc pas

là. En revanche, lorsqu'un logiciel est certifié, les prescripteurs – les médecins notamment – bénéficient d'une incitation financière pour s'équiper. Cela confère de fait un avantage concurrentiel aux logiciels certifiés par rapport à ceux qui ne le sont pas. C'est la raison pour laquelle la logique est celle de la pénalité financière: on retire l'équivalent de l'avantage financier qui est conféré au logiciel lorsqu'il est certifié. C'est tout à fait cohérent. Le retrait de la certification serait plus complexe, notamment vis-à-vis de la HAS, comme l'a très bien expliqué le rapporteur général. Je propose donc le retrait des amendements; à défaut, avis défavorable.

(Les amendements identiques n°s 1537 et 1950 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Les amendements n°s 667 et 668 de M. Éric Bothorel sont défendus.

Quel est l'avis de la commission?

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Défavorable.

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

M. Olivier Véran, ministre. Même avis.

(Les amendements n°s 667 et 668 sont retirés.)

Article 25

M. le président. L'amendement n° 1329 de M. le rapporteur général est rédactionnel.

(L'amendement n° 1329, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de six amendements identiques, n°s 440, 518, 578, 1304, 1388 et 1498.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 440.

M. Jean-Pierre Door. Il vise simplement à décaler d'un an l'entrée en vigueur de la réforme du ticket modérateur pour les établissements d'hospitalisation privés. Leurs représentants vous l'ont expliqué dans un courrier ou au cours d'une rencontre, je crois: la réforme est intéressante mais les empêchera pendant quelques mois d'accomplir leur mission correctement. Pour des raisons liées aux logiciels qu'ils utilisent comme à leurs ressources humaines, ils vont en effet avoir quelques difficultés à se mettre en ordre de marche. Ils nous ont fait passer cet amendement, c'est vrai, tout en nous précisant qu'ils vous l'avaient également transmis. Il s'agit donc de repousser l'entrée en vigueur de la réforme de 2022 à 2023.

M. le président. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 518.

M. Thibault Bazin. J'apporterai quelques arguments complémentaires, comme notre règlement m'y autorise. Nous l'avons constaté au sujet d'autres articles du PLFSS, avec le ministre délégué chargé des comptes publics: il y a parfois besoin de temps pour mettre en œuvre les réformes touchant aux systèmes d'information. Le projet de décret relatif à la réforme du ticket modérateur doit faire l'objet d'une concertation. Une préparation technique est prévue, car il s'agit d'une réforme complexe. Il est donc important qu'une simulation puisse avoir lieu. Une adoption du PLFSS

juste avant Noël laissera trop peu de temps aux établissements pour se retourner. Il serait donc intéressant, monsieur le ministre, de décaler la réforme dans le temps, sans la remettre en cause. Nous vous proposons, au travers de cet amendement, de la reporter d'un an.

M. le président. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 578.

Mme Emmanuelle Ménard. Je serai très brève car il est difficile d'ajouter quelque chose après que MM. Door et Bazin se sont exprimés ! Je me fais l'écho de leur demande et de celle des établissements d'hospitalisation privés, qui souhaiteraient bénéficier d'un sursis d'un an, en quelque sorte, avec un report de 2022 à 2023 de l'entrée en vigueur de la réforme du ticket modérateur : cela leur permettra de mieux se préparer.

M. le président. La parole est à M. Philippe Vigier, pour soutenir l'amendement n° 1304.

M. Philippe Vigier. Je crois que tout a été dit. Il ne s'agit pas de reculer de plusieurs années mais de trouver un délai d'aménagement pour apporter un peu de souplesse. Le but est de réussir la réforme du ticket modérateur, qui est attendue. Je ne suis pas certain que toutes les concertations aient été conduites avec les fédérations hospitalières. Vous savez que j'ai plaidé hier, monsieur le ministre, pour que l'échéance du programme d'investissement dans les hôpitaux, ramenée de 2030 à 2028, soit encore avancée. On ne peut donc pas nous reprocher de vouloir retarder la mise en place de la réforme du ticket modérateur : il faut la faire. Mais une respiration de quelques mois ou d'un an permettrait, me semble-t-il, d'assurer sa réussite.

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour soutenir l'amendement n° 1388.

Mme Isabelle Valentin. Tout a déjà été dit. J'insiste sur le fait que les acteurs de terrain, les équipes et les éditeurs de logiciels ne sont pas prêts techniquement à l'entrée en vigueur de cette réforme. Ils auraient donc besoin d'un délai supplémentaire.

M. le président. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 1498.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Comme l'ont souligné mes collègues, il ne s'agit pas de remettre en cause la réforme,...

M. Olivier Véran, ministre. Si !

Mme Agnès Firmin Le Bodo. ...mais bien de soulever un problème technique qui empêcherait sa bonne application. Par conséquent, accordons aux acteurs concernés le délai supplémentaire qu'ils réclament.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Même si je comprends vos inquiétudes sur la réforme du ticket modérateur, dont on sait qu'elle aura des effets sur les revenus de certains établissements, la décaler une nouvelle fois alors que le sujet est en suspens depuis 2004 poserait problème. L'année dernière, nous avons déjà reporté cette réforme d'un an, afin de permettre les adaptations techniques nécessaires. L'article 25 prévoit l'application d'un coefficient de transition pour les activités des trois secteurs, afin de lisser les effets pour les établissements. Comme vous le soulignez, il est nécessaire que ces nouvelles règles s'appliquent en même

temps que les réformes du financement de la psychiatrie et des SSR – soins de suite et de réadaptation. Je suis donc défavorable à ces amendements.

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

M. Olivier Véran, ministre. L'argument qui consiste à dire qu'il ne s'agit pas de remettre en cause la réforme mais que les établissements ont besoin de temps pour l'appliquer est faux. La Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) conteste l'existence même de la réforme depuis dix ans. Souvenez-vous des premiers épisodes : nous souhaitions l'instaurer en 2017, puis en 2018 ; elle a été repoussée en 2019, puis en 2020 ; l'année dernière, nous ne disposions pas des simulations d'impact, dans la mesure où les données nécessaires n'avaient pas été transmises par les établissements concernés ; nous avons par conséquent accordé un délai supplémentaire d'un an, d'autant que nous étions en période de crise sanitaire.

Pour ce qui concerne la réforme du financement de la psychiatrie, non seulement les données ont été transmises, mais les simulations ont été communiquées dès le mois de juillet : chaque établissement sait donc quelle sera précisément l'évolution des modèles de financement. C'est une question d'équité entre les secteurs et les territoires. Nous pourrions ainsi créer une dynamique dans les deux domaines sanitaires fondamentaux que sont la psychiatrie et la rééducation, en ouvrant ou développant des établissements sur l'ensemble du territoire.

La FHP s'inquiète, car elle a peur de perdre au change. La Fédération hospitalière de France (FHF) considère, quant à elle, que la réforme lui permettra enfin de bénéficier de modalités de financement concurrentielles avec le privé, ce qui est juste sur le fond dans la mesure où l'hôpital public pourra, lui aussi, développer des structures de SSR et de psychiatrie.

Nous avons examiné les conséquences de la réforme établissement par établissement du secteur privé et avons gommé tous les effets qui auraient pu entraîner une incidence financière négative : 85 % des structures de SSR et quasiment 80 % de celles dédiées à la psychiatrie seront gagnantes. Nous injectons de l'argent pendant quatre ans pour nous assurer qu'il n'y ait pas de perdants, de façon à lisser, accompagner et garantir le dispositif. Mais à un moment donné, il faut arrêter de reculer, à moins que l'on veuille abandonner la réforme et ne rien changer à la psychiatrie et aux SSR. Dans cette hypothèse, il faudra l'expliquer aux hôpitaux publics qui n'arrivent plus à ouvrir d'unités de rééducation, notamment dans les zones rurales – je sais que vous êtes mobilisés contre les déserts médicaux –, et qui attendent l'entrée en vigueur de la réforme. Les garanties sont sur la table, alors allons-y !

Ce sera donc un avis défavorable sur tous les amendements qui, par ailleurs, dans leur rédaction – je le précise dans l'éventualité où, malgré mes explications, vous seriez tentés de les adopter – embarquent aussi l'ensemble de la réforme du ticket modérateur dans le secteur public, qui ne concerne même pas la FHP, et qui auraient des conséquences constitutionnelles puisque nous sommes au pied du mur pour réformer la prise en charge du ticket modérateur des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Si vous adoptiez ces amendements, ils feraient donc tomber tous les dispositifs de ticket modérateur au sein de l'hôpital public.

M. le président. La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Je concède volontiers qu'au cours de ces années de report de la réforme, des adaptations ont été opérées de manière à en lisser les effets et à garantir le dispositif. Une inquiétude demeure cependant s'agissant de la dotation transitoire pour les nouveaux établissements, pour les nouvelles autorisations ou pour les extensions. Pouvez-vous nous assurer que le dispositif, tel que vous l'imaginez dans le cadre du PLFSS pour 2022, n'aura pas un effet négatif sur ces derniers? Il est en effet important de pouvoir tenir compte des nouveaux projets dans les territoires.

M. le président. La parole est à Mme Perrine Goulet.

Mme Perrine Goulet. Nous ne disons pas, monsieur le ministre, que la réforme ne doit pas avoir lieu; nous sommes persuadés du contraire. En revanche, grâce aux dispositions votées il y a quelques semaines dans cet hémicycle dans le cadre de la loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, j'ai assisté mercredi dernier à la réunion du conseil de surveillance du centre hospitalier spécialisé de ma circonscription: force est de constater que ces établissements ne disposent pas de l'information qu'ils sont censés connaître, comme vous le prétendez.

M. Olivier Véran, ministre. Mais si, elle est connue!

Mme Perrine Goulet. Tous ceux qui participaient au conseil de surveillance s'en sont inquiétés, dans la mesure où ils n'ont pas de visibilité pour 2022. C'est pourquoi nous défendons le présent amendement, non pas pour annuler la réforme mais pour leur laisser le temps de disposer des informations nécessaires. Je ne conteste pas votre bonne foi lorsque vous affirmez qu'ils sont informés – ce sont sans doute les remontées dont vous disposez –, mais je vous délivre la réalité du terrain: mercredi dernier, il y a deux jours seulement, mon centre hospitalier spécialisé n'avait pas l'information.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Olivier Véran, ministre. Je persiste et signe: l'information est parfaitement connue. Vous connaissez le proverbe: « Qui veut noyer son chien l'accuse de la rage. » Lorsqu'on ne veut pas d'une réforme, on affirme qu'on n'est pas préparé et qu'on n'a pas les éléments pour l'appliquer. J'ai été le premier, l'année dernière, à proposer de la reporter d'un an parce que nous ne disposions pas des simulations et estimions que son instauration nécessitait du temps. Désormais, les simulations sont disponibles. En revanche, nous attendons toujours que la FHP nous transmette la liste des vingt-huit établissements dont elle dit qu'ils pourraient être potentiellement perdants. Mais vous savez bien, madame la députée, comment cela fonctionne.

Mme Perrine Goulet. C'est le directeur de l'établissement qui le dit!

M. Olivier Véran, ministre. Lorsqu'un directeur d'établissement privé n'a pas envie d'une réforme, il affirme qu'il n'a pas eu connaissance des informations – dont acte. Au nom de l'administration hospitalière, de mon cabinet, des équipes et des dialogues contractuels que nous menons en permanence avec les structures représentant les cliniques, je peux vous affirmer que ces informations sont connues depuis plusieurs mois mais que, en retour, nous restons dans l'attente des données précises concernant les établissements qui pourraient

être mis en difficulté, de manière à les accompagner. Je vous assure que l'information circulera très bien et que nous trouverons des solutions. Alors, allons-y.

M. le président. La parole est à M. Boris Vallaud.

M. Boris Vallaud. Pour ce qui nous concerne, nous ne soutiendrons pas ces amendements mais cela ne signifie pas que nous souscrivons aux articles 25 et 26. J'en profite pour poser plusieurs questions: l'année dernière, nous avons adopté l'article 57 du PLFSS pour 2021 qui prévoyait une dotation socle venant se substituer, sur demande optionnelle des établissements, à la tarification à l'activité (T2A). J'aimerais savoir où en est cette disposition. Les décrets d'application ont-ils été publiés et êtes-vous en mesure, avec le recul d'un an, d'évaluer le nombre et le profil des établissements qui, selon vous, opteraient pour cette dotation? Nous savons bien que ceux dont l'activité est en déclin ou peu dynamique auront plutôt intérêt à choisir la dotation socle, tandis que d'autres auront intérêt à maintenir la T2A.

(Les amendements identiques n^{os} 440, 518, 578, 1304, 1388 et 1498 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Les amendements n^{os} 1331 et 1330 de M. le rapporteur général sont rédactionnels.

(Les amendements n^{os} 1331 et 1330, acceptés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n^{os} 441, 471 et 1496.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 441.

M. Jean-Pierre Door. Monsieur le ministre, vous semblez dire que la Fédération hospitalière privée est contre la réforme.

M. Olivier Véran, ministre. Oui!

M. Jean-Pierre Door. Ce n'est pas vrai!

M. Olivier Véran, ministre. Si!

M. Jean-Pierre Door. Je conteste votre remarque. L'année dernière, lors de l'examen du PLFSS, nous en avons reporté l'application à 2022.

M. Olivier Véran, ministre. À ma demande!

M. Jean-Pierre Door. Cependant, tout au long de cette année, la gestion des conséquences de l'épidémie de covid-19 a probablement gêné la réforme au sein des établissements, que ce soit dans le domaine de la psychiatrie ou des SSR. Nous n'allons pas rejouer le match. Les établissements sont prêts à une réforme adaptée, tant au niveau de la gestion des ressources humaines que des logiciels ou des restructurations nécessaires. Je vous engage, monsieur le ministre, à rencontrer dès demain les représentants de la FHP. Ils vous confirmeront qu'ils y sont favorables, mais qu'ils ont besoin de quelques mois, maintenant que la situation sanitaire s'améliore, pour appliquer cette réforme, par ailleurs satisfaisante et attendue. Simplement, il faut parfois savoir donner un peu de temps.

M. le président. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n^o 471.

M. Thibault Bazin. Il est important de ne pas opposer les uns aux autres, mais d'assurer la concertation avec l'ensemble des acteurs, parce que nous aurons besoin de tout le monde au vu des défis à relever, notamment en matière de psychiatrie. Sur d'autres sujets, monsieur le ministre, vous nous avez déjà assuré que tout allait bien : je pense notamment à la loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, dite loi RIST, et à la question des médecins « mercenaires ». Nous sommes alertés en ce moment dans nos circonscriptions sur le fait que cela ne se passe pas si bien que vous le prétendiez. Il y a une forme de panique et de peur au sein de certains établissements.

Vous nous dites, ici, que tout se passera bien. Je vous ai posé une question très concrète concernant les établissements en cours d'extension qui nécessiteront de nouvelles autorisations ou les nouveaux établissements. Comment les traiterez-vous dans le courant de 2022 ?

M. le président. L'amendement n° 1496 de Mme Agnès Firmin Le Bodo est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Il n'est pas question, monsieur Bazin, d'opposer les uns aux autres ; il s'agit au contraire d'instaurer un modèle de financement commun. J'avais déjà regretté l'année dernière que nous soyons contraints, pour des raisons techniques, de reporter la réforme d'un an. Il est temps de la conduire. Avis défavorable.

(Les amendements identiques n° 441, 471 et 1496, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Les amendements n° 1332, 1333 et 1334 de M. le rapporteur général sont rédactionnels.

(Les amendements n° 1332, 1333 et 1334, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

M. le président. Les amendements identiques n° 442 de M. Jean-Pierre Door, 472 de M. Thibault Bazin et 1497 de Mme Agnès Firmin Le Bodo sont défendus.

(Les amendements identiques n° 442, 472 et 1497, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Les amendements n° 1335, 1336, 1337, 1338, 1339, 1340, 1341 et 1342 de M. le rapporteur général sont rédactionnels.

(Les amendements n° 1335, 1336, 1337, 1338, 1339, 1340, 1341 et 1342, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir les amendements n° 1708 et 1709, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

Mme Caroline Fiat. Il s'agit de deux demandes de rapport – et ne me répondez pas qu'une mission d'information en a déjà rendu !

M. Olivier Véran, ministre. Si !

Mme Caroline Fiat. Je n'ai pas d'autre occasion d'évoquer un sujet qui me tient à cœur, puisque mes amendements ont été jugés irrecevables en application de l'article 40 de la Constitution. Vous judiciairez l'isolement et la contention en psychiatrie. Pour notre part, nous demandons qu'il y ait

davantage de personnel dans ces services, car plus il y a de personnes pour entourer les patients, plus les crises peuvent être évitées, et moins l'isolement ou la contention sont nécessaires. Dans un de mes amendements – qui a malheureusement disparu entre la commission et la séance –, je lançais une alerte concernant les unités de vie protégées (UVP) dans les EHPAD : par manque de personnel, les contentions y deviennent systématiques. Rappelons que quand on ferme un pyjama à l'arrière, au motif de protéger le patient, c'est une contention. S'il y avait davantage de personnel, nous pourrions faire porter aux résidents des pyjamas normaux. Prenons garde de ne pas faire de la contention la règle.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je n'aborderai pas ici l'isolement et la contention, puisque nous en traiterons à l'article 28. Vous avez produit un rapport sur la psychiatrie, et vous lancez un appel par le biais de vos amendements ; or nous débattons plus loin du financement de la psychiatrie et de l'ONDAM afférent. Mon avis est donc défavorable.

(Les amendements n° 1708 et 1709, repoussés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Gisèle Biémouret, pour soutenir l'amendement n° 2163.

Mme Gisèle Biémouret. Nous demandons au Gouvernement d'établir un rapport complet sur les vertus et les limites de la tarification à l'activité dans les principaux établissements de soins, notamment dans les hôpitaux et les EHPAD.

(L'amendement n° 2163, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

(L'article 25, amendé, est adopté.)

Après l'article 25

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 1711.

Mme Caroline Fiat. Par cet amendement d'appel, nous vous alertons sur le phénomène des dépassements d'honoraires dans les hôpitaux publics. En 2016, les médecins ayant exercé une activité privée dans des hôpitaux publics ont facturé 70 millions d'euros à ce titre. L'abus est particulièrement manifeste pour 7 % de médecins ; vous me répondez qu'ils sont minoritaires, mais ils ont tout de même facturé plus de 450 000 euros de dépassements. Cette tendance ne disparaît pas ; elle gagne même les hôpitaux de proximité, et n'est évidemment pas conforme aux exigences du service public. Par conséquent, il est nécessaire de renforcer la régulation de l'exercice libéral dans les établissements de santé publics.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Bien que nous en ayons déjà débattu en commission, vous mentionnez une fois encore les 7 % de médecins qui exercent en secteur 2 à l'hôpital public. Leur proportion est faible, et vous conviendrez que le problème est ailleurs – d'autant que le taux moyen des dépassements d'honoraires des praticiens hospitaliers a largement diminué ces dernières années. Nous

devons surtout avoir pour priorité de favoriser l'attractivité de l'exercice et des carrières à l'hôpital public – ce que nous faisons dans le cadre du Ségur de la santé. Avis défavorable.

(L'amendement n° 1711, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Hélène Vainqueur-Christophe, pour soutenir l'amendement n° 2187.

Mme Hélène Vainqueur-Christophe. Par cet amendement, je tente de revenir une fois de plus sur les coefficients géographiques des outre-mer, afin d'améliorer le financement de nos établissements de santé, qui sont en grande souffrance. Le sujet n'est pas nouveau : il y a deux ans, grâce à un amendement de notre collègue Justine Benin demandant la remise d'un rapport au Parlement sur ce sujet, l'Assemblée insérait une disposition à l'article 33 dans le PLFSS pour 2020. Le rapporteur général d'alors, aujourd'hui ministre, avait voté en faveur de cette initiative. À ma connaissance, et d'après le bilan annuel de l'application des lois au 31 mars 2021, ce rapport n'est toujours pas paru. Aussi proposons-nous de réviser les coefficients géographiques tous les trois ans – vous aurez compris que nous lançons là un appel, et même un appel à l'aide pour assurer le financement de nos structures de santé.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Le rapport sur les coefficients géographiques nous a été remis hier ; nous en prendrons connaissance au plus tôt. Par ailleurs, je ne suis pas convaincu qu'une révision des coefficients géographiques tous les trois ans soit la meilleure piste, car les facteurs pris en considération – l'isolement et l'insularité – sont particulièrement stables. Je demande donc le retrait de l'amendement ; à défaut, mon avis sera défavorable.

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

M. Olivier Véran, ministre. Même avis. Consécutivement à la remise du rapport, la DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) a été chargée de piloter une étude de faisabilité détaillée, en vue de réactualiser les coefficients géographiques à la fin 2022 ou en 2023. Nous y sommes donc presque !

M. le président. La parole est à Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. À titre personnel, je soutiens l'amendement de ma collègue Hélène Vainqueur-Christophe ; je la remercie de l'avoir déposé, puisqu'il nous permet d'apprendre que le rapport tant attendu a été rendu hier.

(L'amendement n° 2187 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 1760.

Mme Caroline Fiat. Je le défendrai malgré les réponses que vous venez d'apporter, car il tient à cœur à M. Ratenon, son auteur. Par cet amendement, nous demandons la revalorisation du coefficient géographique des établissements de santé de La Réunion, de Guadeloupe, de Martinique, de Guyane et de Mayotte.

Le coefficient géographique de La Réunion s'élève à 31 %. Il ne permet pas aux hôpitaux de l'île de faire face aux charges liées à l'éloignement, à l'insularité, à l'étroitesse du marché intérieur et aux risques naturels, sans oublier les facteurs sociaux locaux : 39 % de la population vit sous le seuil de

pauvreté, et 17 % de la population active est au chômage. Ce coefficient, qui majore environ 65 % des recettes des hôpitaux, est appliqué aux régions d'outre-mer, à la Corse et à l'Île-de-France pour tenir compte des surcoûts structurels de leurs établissements de santé. Je suppose que le rapport qui vient d'être remis reprend ces mêmes chiffres : il est temps de réagir.

(L'amendement n° 1760, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Hélène Vainqueur-Christophe, pour soutenir l'amendement n° 2186.

Mme Hélène Vainqueur-Christophe. L'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a organisé une réforme des modalités de financement des activités de soins psychiatriques, en instaurant un ONDAM spécifique. Au vu des difficultés budgétaires que rencontrent les établissements des zones rurales, de montagne et d'outre-mer, mon amendement propose de tenir compte de leur éloignement par rapport aux établissements des régions limitrophes dans la répartition des dotations liées aux soins en psychiatrie.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. En matière de psychiatrie, plus encore qu'à l'éloignement géographique, les spécificités ultramarines tiennent aux caractéristiques sociodémographiques des populations et à l'hétérogénéité de l'offre. Comme vous l'avez souligné, la loi votée il y a deux ans impose déjà que la dotation populationnelle de psychiatrie prenne en considération la démographie, les caractéristiques et les besoins de la population, ainsi que les caractéristiques de l'offre de soins sur le territoire – notamment le nombre d'établissements publics ou privés –, tout en intégrant un objectif de péréquation entre les régions. Cette disposition me semble répondre à votre demande. Je demande donc le retrait de votre amendement ; à défaut, mon avis sera défavorable.

(L'amendement n° 2186, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Article 26

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Valentin, inscrite sur l'article 26.

Mme Isabelle Valentin. La réforme du financement des urgences repose sur trois piliers : une dotation populationnelle, une dotation complémentaire de qualité et des recettes liées à l'activité. Quels qu'ils soient, les services d'urgence saturent, monsieur le ministre. Le surcoût de l'intérim médical est inacceptable, et doit être encadré de façon territorialisée.

M. Olivier Véran, ministre. Mais non !

Mme Isabelle Valentin. De nombreux services d'urgences menacent de fermer dans les territoires les plus ruraux, faute de personnel et d'urgentistes. Il est urgent de prendre des mesures fortes, adaptées à chaque bassin de vie et fondées sur un système de péréquation ou d'incitation. L'article 26 ne prévoit rien en la matière : c'est bien dommage.

M. le président. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement de suppression n° 2162.

M. Joël Aviragnet. Il vise à supprimer la réforme du financement des services d'urgences proposée par le Gouvernement. En effet, cette réforme ne répond pas à l'enjeu que constitue la diminution des services de garde en amont et des moyens en personnel affectés. Elle aggrave de surcroît la politique de modération de la demande de soins par des hausses tarifaires, qui a pourtant prouvé son inefficacité, comme l'a démontré la Cour des comptes : cette politique entraîne notamment des reports de soins qui aggravent l'état de santé des patients.

Nous avons parlé plus tôt de télésurveillance et de télé-médecine : quel que soit le domaine considéré, il faut du personnel médical pour interpréter les documents. Or nous subissons une grave désertification médicale qui angoisse toute la population. Même les maisons de santé, dans les communautés de communes, ne sont pas suffisamment dotées en personnel médical. Il faut s'emparer de la répartition des médecins sur le territoire. Nous vous en alertons sans cesse et la population s'en émeut en permanence. Quoi qu'on fasse, le problème demeure : tous les territoires de France ont besoin de médecins. Voilà pourquoi nous devons y revenir.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Par cet amendement, vous ne proposez pas de supprimer le dispositif que nous avons adopté l'année dernière ; vous contestez plutôt les ajustements que nous lui apportons cette année pour en améliorer l'application. Pour rappel – nous avons eu de vifs débats à ce sujet l'année dernière –, il n'est absolument pas question de rendre le passage aux urgences payant, mais simplement de lisser le reste à charge qui s'applique déjà, qui est déjà pris en charge par les complémentaires santé, et qui le restera. Il s'agit de gagner en lisibilité et en efficacité, pour assurer le remboursement et le bon financement des établissements.

La réforme a été conçue dans le cadre de la mission qui m'a été confiée sur la situation plus globale des urgences ; elle vise justement à faire régresser les inégalités de financement des services d'urgences entre les territoires. Elle ne tardera pas à avoir un effet favorable et gommera progressivement les inégalités.

Par ailleurs, il est vrai que nous peinons à recruter des médecins, madame Valentin, car nous n'en avons pas formé assez. C'est la raison pour laquelle nous avons supprimé le *numerus clausus*. Nous avons aussi pris des mesures dans le cadre de la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, défendue par notre collègue Stéphanie Rist – le ministre y reviendra certainement. Le Premier ministre s'est également exprimé sur ce sujet il y a deux semaines, lors des questions au Gouvernement.

Nous devons prendre à bras-le-corps le sujet de l'intérim médical : il a un coût et pose des questions éthiques. Dès qu'il entrera en vigueur, le dispositif que nous avons voté permettra d'agir partout sur le territoire – je dis bien partout, car le traitement de l'intérim médical ne doit pas être territorialisé : cela inciterait les intérimaires qui se comportent en mercenaires à délaisser les zones où les conditions seraient strictes au profit de celles où les conditions de rémunération seraient plus favorables. En la matière, et plus globalement s'agissant des enjeux de santé, le traitement doit être national. Aussi mon avis est-il défavorable.

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

M. Olivier Véran, ministre. En complément des propos de notre excellent rapporteur général, qui connaît parfaitement la médecine d'urgence, j'ajouterai que le Gouvernement est pleinement conscient des difficultés de fonctionnement des services d'urgences, notamment dans la période actuelle. Dans certains territoires, il devient très difficile de maintenir toutes les lignes de garde, voire de maintenir l'ouverture de nuit de certains services d'urgences. Nous en avons bien conscience, et nous agissons avec détermination,...

M. Joël Aviragnet. On le voit !

M. Olivier Véran, ministre. ...aux côtés des fédérations, des conférences et des administrations centrales, pour identifier tous les problèmes et leur trouver, à chacun, des solutions.

Ces solutions ne sont pas simples. Les origines des problèmes sont multifactorielles. Le rapporteur général a évoqué la démographie médicale : le système a été tellement dénaturé que, fatalement, on manque désormais de médecins pour exercer, d'où le débat en cours sur cette question.

Une autre réforme de la médecine d'urgence me semble néanmoins devoir être réinterrogée, quelques années après sa mise en œuvre. Il a été considéré, à une époque – et je partage cet avis sur le principe –, que seul un médecin urgentiste diplômé, ayant suivi une formation *ad hoc*, pouvait exercer dans de bonnes conditions dans un service d'urgence. Ce choix a été fait pour restaurer l'attractivité d'une discipline qui semblait en manquer. Or, quelques années plus tard, on constate la lassitude des médecins diplômés en médecine d'urgence pour exercer leur spécialité, laquelle fait l'objet d'un turnover important. Les raisons en sont faciles à comprendre : la lourdeur de la permanence des soins, les gardes difficiles, l'insécurité qui caractérise parfois les services ou encore l'augmentation de la charge de travail rendent cette spécialité très difficile à exercer dans la durée.

Certains urgentistes abandonnent donc l'exercice de la médecine d'urgence. Or, dans notre pays inventeur des jardins à la française, tout avait été planifié pour affecter le nombre requis d'urgentistes dans un nombre donné de services d'urgence. Du fait des déperditions importantes de médecins urgentistes constatées en pratique, des difficultés se font jour.

Dans le même mouvement, la loi Mattei du 4 mars 2002 a mis fin à l'obligation de garde qui s'imposait aux médecins libéraux. Par la suite, les médecins hospitaliers ont progressivement intégré le fait qu'il ne leur incombait plus d'assurer la permanence des soins dans les services d'urgence, en partie parce que nombre d'entre eux assuraient déjà des gardes dans leur propre service – cardiologie, hématologie, neurologie, psychiatrie ou gériatrie. Lorsque les urgentistes viennent à manquer, il devient parfois plus difficile de recruter des médecins hospitaliers afin qu'ils effectuent des gardes à leur place. Chacun sait que ce n'est pas un problème de moyens : des postes sont ouverts et nous encourageons le recrutement d'urgentistes partout où il en manque. Force est de constater que nous sommes probablement parvenus au bout de cette logique.

Face à cette situation, il y a deux façons d'agir. La première consiste à répondre à l'urgence et à trouver des solutions partout où c'est nécessaire. Ce n'est pas simple. Il faut parfois avoir recours à la solidarité territoriale. On peut également appeler les médecins libéraux à contribuer davantage à la permanence des soins, mais on ne peut pas les y forcer.

Il existe aussi des solutions plus structurelles. Je m'engage à réfléchir, avec les professionnels et les administrations, à la médecine d'urgence de demain et aux moyens de construire une médecine d'urgence de grande qualité, garantissant la sécurité des patients grâce à la mobilisation de médecins diplômés spécialistes, tout en ouvrant la possibilité de recourir davantage aux médecins lorsque les urgentistes viennent à manquer. Cette réflexion a été reportée maintes fois. Nous ne pouvons plus la repousser davantage. Je l'affirme sans avoir d'opinion arrêtée sur le système qu'il conviendrait de construire : je suis ouvert à la discussion. Nous devons nous mettre autour de la table pour avancer sur cette question relativement consensuelle, qui me semble pouvoir réunir le plus grand monde.

Pour répondre très rapidement sur l'intérim, ce phénomène aggrave le problème en même temps qu'il apporte localement des solutions transitoires. Il accentue les difficultés, car des médecins épuisés par leur métier et les contraintes qu'il implique peuvent, s'ils sont rémunérés 2 000 euros ou 2 500 euros pour une garde de vingt-quatre heures, toucher en trois journées l'équivalent de leur salaire mensuel, qui s'élève, avec un contrat classique, à 6 000 euros ou 7 000 euros par mois. L'intérim encourage donc des praticiens hospitaliers à réduire considérablement leur temps de travail plutôt que de rester à temps plein.

En même temps, il apporte des solutions transitoires dans certains territoires, car ces intérimaires peuvent être recrutés au débotté pour faire tourner un service d'urgence en manque d'effectifs. Ce phénomène est toutefois devenu si répandu et a causé tellement d'absences dans les équipes qu'il n'est désormais plus – ou quasiment plus – un remède, mais bien une des causes principales des manques dont souffrent certaines disciplines dans les hôpitaux et les cliniques.

Ce problème est clairement identifié. J'avais rédigé un rapport sur cette question dès 2013. Plusieurs solutions opérationnelles, à la portée croissante, ont été identifiées et appliquées. Vous avez adopté il y a quelques mois la loi Rist, qui prévoit un dispositif imparable : la fixation d'un plafond – élevé – de rémunération qui ne saurait en aucun cas être dépassé, afin de dissuader les urgentistes de pratiquer l'intérim à temps plein et surtout afin de réduire le surcoût subi par l'hôpital. Croyez-moi, je suis déterminé à appliquer cette règle : c'est un combat que je livre depuis bientôt dix ans.

Nous traversons néanmoins une période dans laquelle l'épidémie de covid se conjugue à celles de bronchiolite et de grippe. Nous avons évoqué les difficultés dont souffrent les hôpitaux en cette phase de sortie de la crise liée au covid : des soignants, après avoir tenu bon pendant la crise, choisissent désormais d'arrêter, de se reposer ou de changer d'activité. Ces décisions, si elles sont compréhensibles, nous placent dans une situation encore plus tendue sur le plan des ressources humaines, alors même que nous abordons une période très difficile. J'en veux pour preuve le fait que 30 % des lits de pédiatrie sont occupés par des patients relevant de la pédopsychiatrie ; que plus de 2 000 enfants ont déjà été accueillis aux urgences pour des cas de bronchiolite, avant même le début du mois de novembre ; ou encore que l'épidémie de grippe s'annonce forte et intense, raison pour laquelle j'ai décidé, à titre exceptionnel, de faire débiter la campagne de vaccination antigrippale dès aujourd'hui, afin de protéger très rapidement les personnes fragiles et de préserver les hôpitaux, lesquels doivent en plus reprogrammer toutes les activités reportées pendant la pandémie.

J'ai beau être déterminé, je ne suis ni aveugle, ni buté. J'ai donc préféré prendre en considération tous ces facteurs et nous donner un peu de temps en repoussant de quelques semaines l'application opérationnelle de la mesure d'encadrement de l'intérim. Ce délai sera mis à profit pour établir, pour la première fois, une cartographie précise de l'intérim médical, détaillant, par établissement, les surcoûts générés, le nombre de médecins concernés, ou encore les pratiques observées. Le moment venu, quand la situation sanitaire dans les hôpitaux sera quelque peu apaisée, le décret qui paraîtra s'appuiera ainsi sur des éléments concrets.

En clair, je suis conscient comme vous de la complexité de la situation et de la difficulté à laquelle nous sommes tous confrontés dans nos territoires respectifs – et que j'affronte comme ministre. Croyez en ma détermination et en mon ouverture d'esprit : ma porte est ouverte pour travailler avec vous sur toutes ces questions.

M. le président. La parole est à M. Boris Vallaud.

M. Boris Vallaud. Je ne doute évidemment pas de votre détermination et nous observerons avec attention les décisions que vous prendrez dans les prochaines semaines. Pour notre part, nous ne pouvons que regretter le fait que notre amendement visant à interdire l'intérim médical et à créer un corps de praticiens hospitaliers remplaçants ait été considéré comme un cavalier législatif,...

M. Olivier Véran, ministre. Nous avons déjà voté cette création !

M. Boris Vallaud. ...comme s'il n'avait pas sa place dans ce débat. Il l'a évidemment.

Je suis heureux de vous entendre évoquer la loi Mattei, la permanence des soins et les gardes médicales, qui posent évidemment de grandes difficultés. La question, toutefois, ne se limite pas aux médecins. Elle concerne également les infirmières : nous payons actuellement le resserrement des entrées dans les écoles d'infirmières décidé il y a trois ans. De la même façon que nous avons mis fin au numerus clausus, il sera donc nécessaire de rouvrir très rapidement – en tout cas dans les prochaines années – des places et de prendre des engagements très fermes en matière de formation et de recrutement d'infirmières,...

M. Olivier Véran, ministre. Oui !

M. Boris Vallaud. ...notamment d'infirmières exerçant en pratique avancée, qui devront elles aussi bénéficier de revalorisations.

M. Olivier Véran, ministre. Oui !

M. Boris Vallaud. Une partie d'entre elles pourraient l'être à travers la validation des acquis de l'expérience (VAE). Étudions cette possibilité.

Je veux vous interroger sur la clinique d'Aire-sur-l'Adour, située dans ma circonscription, aux confins des Landes et du Gers, qui fait face à d'importantes difficultés pour trouver des médecins urgentistes. Des témoignages décrivent des intérimaires qui, tels des traders, appellent la clinique le matin, alors même qu'ils sont inscrits au tableau de garde, pour lui faire savoir qu'un autre établissement leur propose 500 euros supplémentaires et lui demander de s'aligner. Évidemment, la clinique n'a d'autre choix que de s'exécuter. Cette façon de faire est insupportable.

Lorsque nous nous battons pour conserver un service d'urgence dans cette zone très éloignée d'Auch, de Pau et de Mont-de-Marsan, l'agence régionale de santé explique que la réglementation lui impose de faire fonctionner les urgences vingt-quatre heures sur vingt-quatre tant que le décret autorisant les services d'urgence à fonctionner seulement douze heures, en cours de préparation, n'a pas paru. Réfléchissez-vous réellement à la possibilité de ne laisser fonctionner les urgences que douze heures sur vingt-quatre ? Si tel était le cas, vous comprendrez que, dès lors que personne ne choisit à quelle heure il aura besoin de se rendre aux urgences, nous jugerions une telle réponse inadaptée.

M. le président. La parole est à M. Éric Coquerel. Je précise que je ne laisserai pas intervenir un représentant de chaque groupe, même si je ne doute pas que chacun aurait des témoignages à partager.

M. Boris Vallaud. Convenez que je ne parle pas souvent d'Aire-sur-l'Adour !

M. Éric Coquerel. Vous avez indiqué que des soignants et des médecins avaient fini par quitter l'hôpital en raison de la dureté de l'expérience qu'ils avaient vécue, dans leur vie personnelle comme dans leur activité professionnelle, pendant la crise liée au covid – que nous souhaiterions tous voir derrière nous. Mais ces départs ne sont pas dus à la pandémie. Ils sont le résultat d'une situation préexistante, que la crise épidémique a révélée et que nous dénonçons, pour notre part, depuis des années : celle de l'hôpital public, à propos de laquelle les soignants et les médecins tirent depuis longtemps la sonnette d'alarme. Ce ne sont pas les difficultés dues au covid qui font partir les soignants : ce sont leurs rémunérations trop faibles et leurs conditions de travail depuis longtemps insupportables. Le covid fut en quelque sorte la goutte d'eau qui a fait déborder le vase.

Il est donc nécessaire de changer radicalement la logique qui sévit depuis de trop nombreuses années à l'hôpital et dans les services d'urgence. À lire le PLFSS et à vous entendre, je crains malheureusement que vous ne soyez pas prêt à changer de philosophie.

M. le président. La parole est à M. Pierre Dharréville, même si la règle voudrait que nous nous limitions à deux orateurs. Je sais que chacun se sent concerné par ces questions et pourrait relater des témoignages, à commencer par moi.

M. Pierre Dharréville. Merci pour votre sollicitude, monsieur le président.

Je me permets d'intervenir, car les amendements que nous avons déposés ont été jugés irrecevables. Or cette discussion mérite d'avoir lieu dans l'hémicycle, sans quoi je ne sais pas quand nous pourrions la mener.

Je tiens à vous faire part de ce qui me semble constituer, au-delà d'un simple exemple, un symptôme des difficultés actuelles. J'ai reçu hier soir un communiqué de presse publié par dix responsables de services d'urgence de Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), qui constatent la dégradation de la situation. Comme je l'ai indiqué pendant la discussion générale, je ne suis pas un fervent défenseur de l'intérim médical ni de toutes les dérives auquel il donne lieu. On constate toutefois que certaines des dispositions adoptées récemment causent des dégâts. Il convient donc de prendre des mesures supplémentaires et peut-être d'en suspendre ou d'en ajuster d'autres.

Les chefs des services d'urgence de la région PACA demandent deux choses : un moratoire sur le plafonnement de la rémunération pour tenir compte de la situation actuelle, dans l'attente d'une amélioration de l'attractivité des carrières hospitalières, et la valorisation des heures supplémentaires réalisées dans l'établissement à la hauteur de la prime de solidarité territoriale.

J'ajoute que j'ai formulé des propositions susceptibles d'aider à régler la situation actuelle. La première consiste à étendre le plafonnement de rémunération au secteur privé : le fait que ce ne soit pas prévu actuellement crée des distorsions. La deuxième consiste à ne pas appliquer la mesure lorsqu'une carence des effectifs supérieure à 20 % est constatée, sous peine de ne pas répondre aux besoins.

Je pense comme vous qu'il faut lutter contre l'intérim médical et contre les dérives qui lui sont associées, mais la mesure qui a été prise semble tout de même poser de graves problèmes en matière de continuité des soins.

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur. Merci, monsieur le ministre, de consacrer du temps à cette question. Il faut distinguer deux types d'urgences médicales : les urgences vitales, qui nécessitent une hospitalisation, et les autres. J'avais déposé une proposition de loi visant à répondre à la demande des patients par la création de points d'accueil pour soins immédiats (PASI). Elle prévoyait de permettre, grâce à la création d'un plateau technique simple, à la médecine de ville de traiter une partie des urgences. J'y vois là une piste intéressante. Puisque vous vous montrez ouvert au dialogue, je reviendrai vers vous avec cette proposition.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Olivier Véran, ministre. Je tiens à répondre brièvement sur ces questions fondamentales.

Monsieur Vallaud, le décret relatif aux urgences fonctionnant douze heures sur vingt-quatre a été soumis au Conseil d'État. Il sera donc signé bientôt. (*M. Boris Vallaud s'exclame.*) Je pensais que vous y verriez plutôt une bonne nouvelle.

M. Boris Vallaud. Cela n'est pas une bonne nouvelle, puisque des urgences ne fonctionneront plus que douze heures par jour au lieu de vingt-quatre heures !

M. Olivier Véran, ministre. Pas du tout : le décret définit les conditions selon lesquelles un service peut continuer à être reconnu comme un service d'urgence, même s'il ne fonctionne pas vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Ce débat a déjà eu lieu. Je ne reviendrai pas sur ce point.

Le corps de praticiens hospitaliers remplaçants existe déjà. Sa création a été votée pendant le quinquennat précédent – j'étais alors député. Seulement, il ne porte pas ses fruits. Ce qui fonctionnera très bien, en revanche, c'est la prime de solidarité territoriale, qui sera instituée par un texte à paraître au début du mois de décembre, et qui permettra aux hôpitaux dont l'activité est nécessaire à la continuité du service public de payer les médecins s'acquittant de missions exceptionnelles à un niveau supérieur au plafond de rémunération de l'intérim.

M. Pierre Dharréville. Dans leur propre établissement ?

M. Olivier Véran, ministre. Oui, sous certaines conditions. Attention, toutefois : il ne s'agit pas non plus de quadrupler la rémunération des médecins. Nous ne nous alignerons pas sur les niveaux de rémunération actuellement pratiqués dans l'intérim.

M. Pierre Dharréville. Bien sûr !

M. Boris Vallaud. Nous sommes d'accord !

M. Olivier Véran, ministre. Vous expliquez d'ailleurs, monsieur Coquerel, que les médecins quittent l'hôpital car ils ne sont pas assez payés. Sans vouloir tomber dans la provocation, n'est-ce pas le candidat Mélenchon qui disait : « au-delà de 4 000 euros, je prends tout » ? Voilà qui va renforcer l'attractivité des métiers à l'hôpital...

M. Éric Coquerel. Quel rapport ? Vous ne pouvez donc pas cesser de faire de la polémique ?

M. Olivier Véran, ministre. Vous soutenez un candidat qui veut plafonner les rémunérations à 4 000 euros.

M. Éric Coquerel. De quoi parlez-vous ? Le candidat Mélenchon n'a jamais dit qu'au-delà de 4 000 euros, il prendrait tout !

M. Olivier Véran, ministre. Or, alors qu'actuellement, un urgentiste est payé largement plus que cette somme, vous considérez qu'il ne gagne pas assez. Je vous mets donc face à vos contradictions. Vous me pardonnerez ce petit plaisir, même si je sais que cela vous énerve !

Dans le cadre du Ségur de la santé, des augmentations de salaire ont été décidées pour les métiers du soin – infirmiers, aides-soignants ou encore médecins. Nous avons travaillé sur la question de l'attractivité en faisant en sorte que le travail garde tout son sens. Les solutions proposées depuis la crise du covid-19 sont multiples : nous avons modifié les modalités de gouvernance, relancé la création de services au sein des établissements organisés en grands pôles et mis en avant l'engagement collectif.

Vous le savez, nous avons mis sur la table plus de 10 milliards d'euros pour les augmentations de salaire et lancé un plan d'investissement, à hauteur de 19 milliards, destiné à la reconstruction des hôpitaux, notamment la rénovation des services d'urgences, ce qui permettra d'offrir un outil de travail beaucoup plus opérationnel et agréable pour les urgentistes.

Nous avons pris des mesures correspondant à des solutions de long terme : construction d'hôpitaux, modernisation des établissements existants, revalorisation des métiers, y compris sur le plan de la rémunération, et surtout suppression du numerus clausus.

Monsieur Vallaud, vous avez demandé s'il ne fallait pas former davantage de soignants. Sachez que les instituts de formation comptent 6 000 places supplémentaires d'infirmiers et 6 600 d'aides-soignants par rapport à l'année dernière.

(L'amendement n° 2162 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 1712.

Mme Caroline Fiat. Tout d'abord, monsieur le ministre, je sais que vous êtes très intéressé par les propos de Jean-Luc Mélenchon mais vous ne devez pas l'écouter très attentivement car il n'a jamais dit qu'il prenait « tout au-dessus de 4 000 euros ».

M. Boris Vallaud. Je crois que le ministre a confondu avec François Hollande...

Mme Caroline Fiat. En tout cas, promis, je vous rapporte très vite un exemplaire de notre programme « L'avenir en commun » – je dois en avoir quelques-uns dans mon bureau – pour que vous puissiez le consulter.

J'en arrive à cet amendement de repli, par lequel nous exprimons notre opposition au forfait patient urgences, participation forfaitaire à la charge des patients qui passent aux urgences sans être hospitalisés. Je sais que la situation est compliquée pour les urgences mais elle l'est aussi pour les patients. En période de pandémie, il me semble souhaitable que si une personne ressent un doute concernant sa santé mais n'a pas un médecin traitant à proximité pour vérifier si elle a contracté ou non le covid-19, elle puisse passer par les urgences.

Vous le disiez, les cas de grippe, de bronchiolite ou encore de gastro-entérite commencent à se multiplier. Nous devons certes appeler chacun à maintenir les gestes barrières, y compris si l'on est vacciné et même avec un passe sanitaire. Cependant je trouve désolant de limiter l'accès aux urgences, même si nous sommes tous d'accord sur le fait que...

M. le président. Madame la députée, je vous remercie. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. J'insiste : en aucun cas nous ne limitons l'accès aux urgences, que le patient dispose d'une prescription ou non, qu'il ait appelé le service ou non, et quelle que soit sa situation financière. Nous ne faisons que simplifier le schéma de remboursement pour les établissements de santé. Il n'existe évidemment aucune barrière empêchant de se rendre aux urgences. Si vous jugez nécessaire d'y aller, qu'il s'agisse d'une urgence réelle ou ressentie – vous ne pouvez pas le déterminer vous-même, n'étant pas un professionnel de santé – vous pouvez le faire même si je vous invite à en parler d'abord à votre médecin ou à appeler le 15.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. S'agissant des épidémies de bronchiolite, de grippe et de gastro-entérite qui pourraient se développer, je suis tout à fait d'accord avec vous pour considérer que si nous maintenons bien tous les gestes barrières et le port du masque, ce qui est efficace contre le coronavirus le sera également contre les virus hivernaux.

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

M. Olivier Véran, ministre. Même avis.

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

Mme Caroline Fiat. J'entends ce que vous dites. Néanmoins je maintiens que le forfait patient urgences, qui s'applique si le patient n'est pas hospitalisé, constitue une limite à l'accès aux urgences.

Concernant le nombre de soignants, vous nous annoncez 6 000 places supplémentaires dans les écoles d'infirmières – je sais qu'elles sont désormais attribuées par la plateforme Parcoursup – et dans les écoles d'aides-soignants. Or les

instituts de formation d'aides-soignants ne font pas le plein. Les places supplémentaires que vous avez créées resteront donc vides hélas, ce sont en quelque sorte des places fantômes qui ne nous seront d'aucune aide.

J'aimerais également évoquer une question dont nous parlons souvent mais que je n'arrive jamais à faire figurer dans un amendement car on me répond toujours que c'est un cavalier. Comment permettre aux aides-soignantes de devenir infirmières plus facilement? Je rappelle que sur les trois années de formation qu'elles doivent suivre, une est consacrée à un travail d'aide-soignante qu'elles connaissent déjà. Il est dommage de ne pas régler ce problème en supprimant cette année pour les aides-soignantes, qui deviendraient ainsi infirmières en deux ans plutôt qu'en trois.

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

M. Joël Aviragnet. Je veux appuyer les propos de Mme Fiat. Il existe un problème dans les écoles d'infirmières et d'aides-soignants. Certains jeunes ne terminent pas leur formation en raison du mode d'orientation et de l'absence d'entretien préalable à la formation. Peut-être faudrait-il évaluer ce phénomène et mettre en place des entretiens afin de mesurer la motivation des candidats.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Olivier Véran, ministre. C'est une question fondamentale et je partage votre point de vue – y compris le vôtre, madame Fiat. Un changement s'impose. Il n'est pas acceptable qu'une aide-soignante, reçue au concours d'entrée à l'école d'infirmière, attende trois ans avant d'exercer car elle doit retourner à l'école pour tout reprendre depuis le début. Nous devons lui permettre de devenir infirmière en deux ans, en tenant compte de la validation des acquis de l'expérience.

Ce n'est pas une idée que j'invente, ma prédécesseure l'avait déjà formulée une semaine avant de me passer le flambeau mais la crise du covid-19 est passée par là et nous avons pris du retard, ce que je déplore. J'ai demandé à mes administrations, de façon très claire et déterminée, de prendre toutes les dispositions nécessaires au cours des prochaines semaines pour que nous puissions tenir cet engagement. La formation au métier d'infirmière passera donc de trois à deux ans pour les aides-soignantes.

Mais je veux aller plus loin car les métiers d'infirmière et d'aide-soignant ne sont pas les seuls concernés par ce problème de formation. L'hôpital public et les EHPAD sont des lieux dans lesquels l'apprentissage et l'alternance ont commencé à se développer. Nous devons aller beaucoup plus loin. De nombreuses professions hospitalières, par exemple ASH, agent de service hospitalier, ou brancardier, pourraient s'y prêter, même si c'est plus compliqué lorsqu'il s'agit, comme c'est souvent le cas, de métiers réglementés.

Je n'arrive cependant pas à concevoir que l'on puisse se former à un nombre incalculable de métiers, y compris dans des domaines très techniques et précis, grâce à l'apprentissage ou à l'alternance, mais que la situation se bloquerait et qu'il serait impossible d'avancer dès lors qu'il est question d'un métier touchant au soin. Nous devons donc développer davantage l'apprentissage et l'alternance dans les EHPAD et dans les hôpitaux. C'est un objectif que je me suis fixé

pour les semaines et les mois à venir, nous devons l'atteindre ensemble. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

(*L'amendement n° 1712 n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 1343 de M. le rapporteur général est rédactionnel.

(*L'amendement n° 1343, accepté par le Gouvernement, est adopté.*)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 232.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Il vise à préciser que le dispositif proposé entre bien en vigueur le 1^{er} janvier, en même temps que l'ensemble de la réforme.

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

M. Olivier Véran, ministre. Favorable.

M. le président. La parole est à M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. Lors de la discussion générale, je vous avais interrogé à propos de la réforme du financement des urgences, en appelant particulièrement votre attention sur la réforme des urgences pédiatriques.

M. Olivier Véran, ministre. Oui, j'en ai parlé!

M. Philippe Vigier. Vous le savez, cette réforme, qui entre en vigueur le 1^{er} janvier, prévoit des variations de forfaits considérables. Pour un enfant de 0 à 15 ans, la prise en charge s'élève à 27,90 euros alors que pour une personne de 75 ans, elle est de 50,02 euros, soit un écart de 80 %.

Vous conviendrez – d'autant plus que le rapporteur général connaît bien le métier – que les actes pédiatriques sur les plus petits nécessitent du temps et du personnel et présentent souvent une plus grande complexité que les actes pratiqués sur les adultes. Je peux d'ailleurs en témoigner pour avoir travaillé pendant quatre ans au service des urgences pédiatriques de l'hôpital Necker-Enfants malades. Je ne comprends donc pas qu'il existe un écart de 80 % pour le forfait de base.

De même, en biologie et en radiologie, le montant de la prise en charge des enfants et celle des adultes varie fortement. J'entends bien qu'avec l'âge les pathologies sont plus nombreuses. Cet écart me semble cependant terrible pour la pédiatrie – je confirme que les chiffres que j'ai indiqués sont exacts. Je vous demande de vous pencher sur cette question et de la prendre en considération.

Vous l'avez dit vous-même, ce secteur est confronté à un turnover considérable, à un niveau d'absentéisme qui atteint parfois 25 % et à des difficultés majeures de recrutement – car, à la suite des revalorisations prévues par le Ségur de la santé, de nombreuses personnes sont parties vers le secteur privé. Il est donc important de faire passer un signal fort car le maillage pédiatrique est essentiel dans ce pays. L'écart que j'ai évoqué ne se justifie pas et fragilisera les services. Vous êtes attendus sur ce sujet par les pédiatres.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je souhaite apporter quelques réponses car j'ai travaillé sur ce dossier dans le cadre de la mission sur les urgences qui m'a été

confiée. Nous avons décidé d'augmenter le forfait pour les patients plus âgés, car il faut leur consacrer davantage de temps et leur faire passer un plus grand nombre d'exams qu'aux enfants.

Nous avons cependant bien pris en considération les spécificités de la pédiatrie, c'est pourquoi des hausses de forfaits dits de spécialité pourront s'appliquer à cette branche, ce qui permettra de résoudre le problème que vous avez justement soulevé.

(L'amendement n° 232 est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1260 de Mme Delphine Bagarry est défendu.

(L'amendement n° 1260, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements identiques, n° 233, 340, 474 et 1030.

La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 233.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Lors de son examen en commission, j'avais émis un avis de sagesse sur cet amendement qui avait ensuite été adopté. Je laisserai donc les auteurs d'amendements identiques le défendre.

M. le président. La parole est à Mme Sylvia Pinel, pour soutenir l'amendement n° 340.

Mme Sylvia Pinel. Le présent article prévoit, entre autres, de prolonger les expérimentations en cours sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers.

L'article 66 de la loi du 21 décembre 2011, qui organise ces expérimentations, prévoit des évaluations portant notamment sur le gain financier, la couverture du territoire et la disponibilité de la prise en charge ambulatoire, mais ne mentionne pas l'impact sur les restes à charge des usagers. Cet amendement vise donc à intégrer cette dimension dans les prochaines évaluations qui seront menées.

M. le président. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 474.

M. Thibault Bazin. Pour compléter les propos de Mme Pinel et alors que M. le ministre a été interrogé ce matin à ce sujet au micro de Jean-Jacques Bourdin, il me semble que, face à la vive inquiétude de nos concitoyens – liée entre autres à l'augmentation du prix de l'énergie et de l'essence –, le pouvoir d'achat est une préoccupation qui doit être au cœur de toutes nos politiques publiques touchant à l'ensemble des aspects de la vie quotidienne, par exemple, en matière de santé, la question des transports sanitaires.

Voilà pourquoi nous proposons, par cet amendement, que l'impact sur le reste à charge des patients soit pleinement pris en compte dans le cadre des prochaines évaluations prévues.

M. le président. L'amendement n° 1030 de Mme Michèle de Vaucouleurs est défendu.

(Les amendements identiques n° 233, 340, 474 et 1030, acceptés par le Gouvernement, sont adoptés.)

(L'article 26, amendé, est adopté.)

Article 27

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Valentin.

Mme Isabelle Valentin. Le parc hospitalier militaire fait partie de l'offre publique de soins. Les hôpitaux d'instruction des armées sont ouverts à tous les assurés sociaux, adressés par leur médecin traitant dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Leur mission, la plupart du temps, est comparable à celle des établissements de santé. Il est naturel qu'ils puissent mettre en œuvre, au profit de leur patientèle, tant militaire que civile, les dispositifs ouverts aux établissements de santé.

Au-delà de ces considérations médicales, il est de notre devoir, en tant qu'élus de la nation, d'accorder toute la reconnaissance et les moyens nécessaires aux hôpitaux des armées pour leur permettre d'exercer les mêmes activités que les établissements de santé afin de garantir une égalité de prise en charge des patients, que ce soit en milieu civil ou militaire. Les militaires et leurs familles font preuve d'un engagement sans faille pour assurer notre sécurité en France et dans le cadre des opérations extérieures. Nous devons aujourd'hui prendre acte de l'évolution de ces hôpitaux qui effectuent un travail remarquable.

Cet article vise ainsi à leur donner la possibilité de réaliser des greffes exceptionnelles, ce qui est cohérent avec le fait que le service de santé des armées dispose de deux centres de traumatologie de niveau 1 et d'un centre de référence de traitement des brûlés, au sein desquels l'activité de recherche est très dynamique.

Les patients pris en charge par les hôpitaux des armées ne peuvent aujourd'hui bénéficier des actes ou médicaments entrant dans le domaine de l'innovation thérapeutique. Cet article vise à y remédier.

Enfin, de même que les établissements de santé peuvent désormais proposer des hébergements non médicalisés, les hôpitaux des armées pourront également, grâce à cette nouvelle disposition, prévoir ce type d'organisation, le cas échéant en déléguant la prestation à un tiers par voie de convention.

Je profite de cet article pour appeler votre attention, monsieur le ministre, sur la situation particulière et préoccupante de l'hôpital d'instruction des armées Desgenettes à Lyon, qui vit depuis plusieurs années dans l'attente d'une décision de fermeture de l'établissement. Si celle-ci se confirmait, plus de 20 000 militaires de la région lyonnaise se verraient privés d'un hôpital d'instruction, tandis que les patients civils seraient privés d'un hôpital doté d'un personnel de qualité et d'une capacité opérationnelle en cas de crise majeure. Une telle décision apparaîtrait comme injuste et incohérente alors que nos capacités militaires, opérationnelles et médicales doivent impérativement être soutenues et renforcées.

M. le président. La parole est à Mme Anne Brugnera.

Mme Anne Brugnera. Il y a eu hier des annonces concernant l'hôpital d'instruction des armées Desgenettes que Mme Valentin vient d'évoquer. Nous sommes très attentifs, avec le ministère des armées, au devenir d'un hôpital qui sera transformé en antenne hospitalière, et à celui de ses agents, qui sont tenus informés.

M. le président. L'amendement n° 1344 de M. le rapporteur général est rédactionnel.

(L'amendement n° 1344, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 27, amendé, est adopté.)

Après l'article 27

M. le président. L'amendement n° 1244 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, portant article additionnel après l'article 27, est défendu.

(L'amendement n° 1244, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 343 et 2156.

La parole est à Mme Sylvia Pinel, pour soutenir l'amendement n° 343.

Mme Sylvia Pinel. Il vise à préfigurer une large réforme du financement de l'hôpital public et à sortir des travers induits par la T2A en garantissant que la part des ressources d'un établissement liée à la T2A ne soit pas supérieure à 50 % de ses revenus.

M. le président. L'amendement n° 2156 de M. Joël Aviragnet est défendu.

(Les amendements identiques n°s 343 et 2156, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Annie Vidal, pour soutenir l'amendement n° 1582.

Mme Annie Vidal. Il vise à intégrer des indicateurs relatifs aux dispositifs mis en place pour lutter contre les erreurs médicamenteuses dans le calcul de la dotation complémentaire accordée aux établissements de santé dite IFAQ, incitation financière à l'amélioration de la qualité. Selon le guichet des erreurs médicamenteuses de l'ANSM, la moitié des événements indésirables graves associés aux soins sont liés à une erreur médicamenteuse, ce qui représente entre 10 000 et 30 000 décès évitables chaque année en France.

Au-delà du lourd préjudice humain qu'elles engendrent, les erreurs médicamenteuses ont également un coût non négligeable pour le système de soins et les établissements de santé en raison d'un allongement notable de la durée de séjour à l'hôpital.

Dans son rapport sur les erreurs associées aux produits de santé déclarées dans la base de retour d'expérience nationale des événements indésirables graves associés aux soins, la Haute Autorité de santé souligne la nécessité de déployer collectivement un plan d'action pour prévenir et limiter les erreurs médicamenteuses et leurs conséquences.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je l'ai dit en commission : la sécurité médicamenteuse fait partie de la sécurité des soins. Votre amendement me semble satisfait. À défaut d'un retrait, mon avis sera défavorable.

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

M. Olivier Véran, ministre. Même avis. L'amendement est satisfait.

(L'amendement n° 1582 est retiré.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 386.

M. Jean-Pierre Door. Le modèle actuel de financement de la radiothérapie innovante pose problème. Une expérimentation de financement forfaitaire a été lancée grâce à ce que nous avons adopté dans le cadre du PLFSS pour 2014. Mon amendement vise à inscrire dans la loi l'aboutissement programmé avant le 31 décembre 2022 de la réforme du financement de la radiothérapie innovante. Les acteurs du secteur n'attendent que cela.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. J'ai déjà sollicité le Gouvernement sur ce sujet important il y a quelques mois. Depuis plusieurs années, des travaux sont en cours pour élaborer un nouveau modèle de financement de la radiothérapie. Il a un temps été évoqué l'hypothèse que cette réforme puisse intervenir sous la forme d'une expérimentation dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018, pour évaluer le modèle avant, selon les conclusions, une éventuelle application effective en tarification pérenne. Autre hypothèse évoquée : l'introduction directe dans le droit commun.

Le dernier rapport au Parlement sur le financement des établissements de santé semble plutôt sous-entendre que cette dernière hypothèse est privilégiée, avec une échéance en 2023. Je me tourne en conséquence vers M. le ministre pour obtenir davantage d'informations sur les modifications législatives nécessaires et sur le calendrier envisagé. À la lumière des éclaircissements ainsi apportés, je demanderai le retrait de l'amendement – à défaut, mon avis sera défavorable.

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

M. Olivier Véran, ministre. Le rapporteur général me passe la balle mais il a tout dit. Les travaux en cours avancent bien. Certes, nous sommes partis de loin, mais ils devraient aboutir en 2023. Inscrire une date butoir au 31 décembre 2022, reviendrait à faire tomber un couperet qui n'aurait pas de sens avant que les modélisations se fassent en 2023. Je reconnais que le chemin est long, mais tout le monde est associé et nous toucherons bientôt au but. Je demande en conséquence le retrait de l'amendement.

M. Jean-Pierre Door. Si c'est pour 2023, je le retire !

M. Olivier Véran, ministre. Les modélisations sont pour 2023 !

(L'amendement n° 386 est retiré.)

M. le président. L'amendement n° 225 de M. Michel Lauzzana est défendu.

(L'amendement n° 225, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements, n°s 345, 1713, 1301 et 2181, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Sylvia Pinel, pour soutenir l'amendement n° 345.

Mme Sylvia Pinel. Au mois de mars 2019, la ministre des solidarités et de la santé annonçait la création d'un pack de services dit engagement maternité, visant à garantir la prise en charge des parturientes résidant à plus de quarante-cinq minutes d'une maternité.

L'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a instauré un dispositif spécifique ayant, selon les documents transmis par le ministère, « pour double ambition de garantir la qualité des prises en charge [...] et de prendre en compte les contraintes de distance en proposant une offre adaptée de suivi pré- et post-natal ».

L'amendement vise à obtenir des éléments d'évaluation du dispositif engagement maternité afin d'envisager son évolution et son adaptation aux besoins réels de chaque territoire.

M. le président. La parole est à M. Éric Coquerel, pour soutenir l'amendement n° 1713.

M. Éric Coquerel. Il tend à ce que Gouvernement remette au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi, « un rapport sur l'extension du dispositif engagement maternité à l'ensemble du territoire, son financement par une dotation populationnelle, le renouvellement des indicateurs de périnatalité nécessaires et les impacts sur les finances de la sécurité sociale d'une telle extension ».

Cela me permet de vous parler des sages-femmes et de leurs revendications. Je leur ai promis de le faire, le 7 octobre dernier, lors de leur grande manifestation parisienne qui a rassemblé 5 000 d'entre elles, soit près de 20 % de leurs effectifs. Depuis le 24, le 25 et le 26 septembre, leur mouvement de grève s'est étendu à 150 maternités et à 50 % des cabinets libéraux.

Le métier de sage-femme est de plus en plus difficile. Chacun reconnaît pourtant sa dimension universelle : nous avons quasiment tous eu affaire un jour de notre vie à une sage-femme. Leur situation, qu'il s'agisse de leurs revenus ou de leur statut par rapport aux métiers de santé, pose un problème sérieux qui explique la force de leur mobilisation, l'une des plus importantes de ces derniers temps.

Il y a un lien avec les fermetures massives des services de maternité, et notre demande de rapport n'est pas étrangère à ce problème. Plusieurs maternités ont ainsi dû fermer cet été parce qu'elles ne trouvaient pas suffisamment de sages-femmes disponibles.

Il est temps d'appliquer réellement l'engagement maternité annoncé par Agnès Buzyn car, dans les faits, il est loin d'être tenu.

M. le président. La parole est à Mme Annie Chapelier, pour soutenir l'amendement n° 1301.

Mme Annie Chapelier. Nous demandons également que le Gouvernement remette un rapport sur le dispositif engagement maternité, proposé par Mme Buzyn dans le cadre du PLFSS pour 2020. Il s'agissait à l'époque d'une réponse à la fermeture de certaines maternités où la sécurité des parturientes ne pouvait plus être assurée. L'engagement maternité offrait la possibilité de garantir à ces femmes certaines conditions de sécurité et de bien-être : elles pouvaient ainsi être logées à proximité de la maternité dans les jours précédant la date prévue de l'accouchement, et le transport entre leur domicile et la maternité pouvait être pris en charge.

Il faut faire un état des lieux des résultats de cet engagement maternité et voir de quelle façon il peut être déployé, étendu et financé.

M. le président. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 2181.

M. Joël Aviragnet. Il vise à ce que le Gouvernement rédige un rapport sur l'engagement maternité. Le rapport relatif à l'évolution de la profession de sage-femme que l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a publié le 10 septembre dénonce l'absence pour les femmes de parcours clair et formalisé dans les territoires et les graves conséquences en termes de santé publique.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'engagement maternité est un sujet important. Nous avons adopté ce dispositif, il y a deux ans, afin de permettre aux femmes enceintes résidant à plus de quarante-cinq minutes d'une maternité, de bénéficier d'un transport et d'un hébergement non médicalisé à proximité de la maternité.

Depuis, il y a eu la crise sanitaire. Il me semble en conséquence prématuré de demander un rapport avant que le dispositif ne soit réellement appliqué. L'essentiel reste d'interroger le ministre pour savoir où en sont les travaux et la mise en œuvre des textes d'application.

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

M. Olivier Véran, ministre. L'organisation du dispositif engagement maternité sur tout le territoire nécessite un gros travail. Les décrets seront très prochainement soumis au Conseil d'État, mais nous ne disposerons vraisemblablement pas des textes avant la fin de l'année 2022. Il semble donc prématuré de demander qu'un rapport soit remis dans les six mois sur l'application de décrets qui ne sont pas encore parus. Je demande donc le retrait des amendements auxquels je donnerai un avis défavorable s'ils étaient maintenus.

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

M. Pierre Dharréville. Je veux moi aussi insister sur le mouvement des sages-femmes. Au moment où nous parlons, elles sont mobilisées, dans ma circonscription : elles se trouvent devant l'hôpital de Martigues. Elles ne sont pas satisfaites des mesures prises s'agissant de leur profession dans le cadre du Ségur de la santé et elles demandent l'ouverture de négociations. Elles souhaitent qu'une discussion ait lieu sur leur situation et l'avenir de leur métier. Monsieur le ministre, engagerez-vous les négociations que les sages-femmes et leur organisation demandent ?

M. le président. La parole est à M. Éric Coquerel.

M. Éric Coquerel. Dans la continuité de ce que vient de dire mon collègue, nous sommes plusieurs à vous interroger sur votre position, monsieur le ministre, concernant les revendications des sages-femmes, et les négociations avec votre ministère qu'elles ont réclamées le 7 octobre.

M. le président. La parole est à Mme Annie Chapelier.

Mme Annie Chapelier. Je ne retirerai pas mon amendement : il prévoit un délai de douze mois pour la remise du rapport parce que les décrets ne sont pas encore parus. Nous autres parlementaires n'avons pas d'autres moyens de nous exprimer sur des dispositions adoptées par le Parlement

lorsque les décrets d'application les concernant ne sont pas publiés. Nous comprenons bien que vous avez rencontré des problèmes en raison de la crise sanitaire, mais nous avons besoin de réponses que nous espérons trouver dans ces rapports.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Olivier Véran, ministre. Je me suis déjà exprimé à plusieurs reprises sur les sages-femmes. J'ai pris connaissance de leurs revendications. La concertation a-t-elle lieu ? Oui ! Leurs représentants ont encore été reçus il y a quelques jours au ministère.

Une première revendication légitime concerne les salaires à l'hôpital. Entre le Ségur, ce que nous avons ajouté par la suite, et ce que j'ai annoncé il y a quelques semaines, nous en sommes à 80 millions de dépenses supplémentaires par an. Concrètement cela représente 4 500 euros de salaire net en plus tous les ans pour les sages-femmes de l'hôpital. Il n'y a pas beaucoup de professions – encore moins dans le secteur public – qui bénéficient d'une revalorisation de ce niveau aussi rapidement !

Deuxième revendication : que les études passent de cinq ans à six ans. La question est plus compliquée parce que certains représentants de la profession me disent qu'ils veulent en rester à cinq ans, et d'autres à six. Je leur ai annoncé il y a quelques semaines que ma collègue Frédérique Vidal et moi avons diligenté une mission flash de l'inspection générale du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et de l'inspection générale du ministère de la santé en vue de déterminer les conditions de mise en place effective de cette sixième année d'études pour les sages-femmes. Nous y avons donc aussi répondu.

La troisième revendication portait sur la réaffirmation du statut médical des sages-femmes dans la fonction publique. J'y ai répondu en identifiant une filière médicale au sein de la fonction publique hospitalière propre aux sages-femmes afin de leur reconnaître toute leur place dans le monde médical, et je me suis engagé à adresser une circulaire très ferme et très claire aux hôpitaux rappelant qu'elles font partie des professions médicales qui doivent, à ce titre, être gérées par la direction médicale du personnel et non par la direction paramédicale. Je sais que cette réponse ne fait pas consensus, et je le dis en regardant les bancs de la gauche parce que les sages-femmes hospitalières sont représentées dans le dialogue social non par des syndicats catégoriels mais par des centrales syndicales – CFDT, CGT, UNSA, FO –, sachant que les demandes ne sont pas forcément les mêmes en la matière que celles formulées par des syndicats hospitaliers ou libéraux – des libéraux représentant parfois des hospitaliers et inversement, il en va ainsi de la vie syndicale.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Exactement.

M. Olivier Véran, ministre. Je vais vous donner un exemple de la complexité de la chose : la dernière manifestation de sages-femmes. Un mot, d'abord, pour dire que je respecte cette manifestation car je respecte fondamentalement les sages-femmes, mais quand on a dit par voie de communiqué de presse que n'ayant pas mis assez d'argent, j'aurais du sang sur les mains... Cela, je ne le respecte pas parce que ce n'est pas une façon de communiquer et de procéder, et je suis très ferme là-dessus. En revanche, je respecte énormément les sages-femmes et leurs revendications pour les avoir défendues comme parlementaire sous une majorité précédente comme sous celle-ci, en étendant à chaque fois que je l'ai pu le champ de leurs compétences et en réaffirmant leur statut. Qu'on ne

me fasse donc pas le procès de ne pas m'intéresser à la question. Je ne le dis pas pour les députés qui viennent de s'exprimer, mais à destination des communiqués que je vois passer et qui sont parfois plus qu'outranciers. Mais ma porte reste ouverte, parce que je suis un homme de dialogue.

Bref, lors de la manifestation en question, sept organisations syndicales différentes étaient présentes, et il n'a pas été possible de les réunir autour d'une même table ; il a donc fallu organiser sept réunions différentes, avec parfois des revendications qui se regroupaient et parfois qui s'opposaient. Chacun peut comprendre qu'il est plus difficile de terminer une grève dans un tel contexte. Néanmoins, je reste dans le dialogue et la concertation. Les sages-femmes ont été reçues par mon ministère il y a quelques jours encore, elles le seront à nouveau, et des propositions sont sur la table, notamment en termes de personnel et de capacité de recrutement dans les maternités à fort volume d'activité, par exemple.

Cela étant dit, une sage-femme ne pousse pas toute seule et je ne peux pas en inventer : il faut du temps pour la former, et il y a parfois, comme dans les autres disciplines médicales et paramédicales à l'hôpital, des difficultés de recrutement, outre une certaine fuite vers le secteur privé quand il y a des écarts de rémunération. Mais je fais face en même temps à des demandes pour rendre plus attractif l'exercice en libéral !

Quoi qu'il en soit, j'aimerais bien qu'on arrive à reconnaître que la puissance publique consacre 100 millions d'euros annuels de plus aux salaires des sages-femmes, et sachant qu'il y a 20 000 sages-femmes dans notre pays, je vous laisse faire le calcul ; l'effort est conséquent. Je comprends qu'il ne soit pas jugé suffisant parce que les revendications des sages-femmes sont très anciennes et que, pendant des années voire des décennies, elles n'ont pas été respectées ni même entendues, mais ce n'est pas le cas de mon ministère et ce n'est pas le cas des propositions qui ont été faites et des engagements que j'ai pris, je le redis. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LaREM.*)

(*Les amendements n^{os} 345, 1713, 1301 et 2181, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

M. le président. La parole est à Mme Albane Gaillot, pour soutenir l'amendement n^o 2068.

Mme Albane Gaillot. Je me permets par cet amendement de revenir sur le sujet des sages-femmes car il reprend l'une de leurs revendications : les maisons de naissance. Lors du PLFSS pour 2021, notre assemblée a voté, moi compris, l'extension du dispositif avec l'ouverture de douze maisons de naissances supplémentaires, portant le total à vingt. Or l'ONSSF, l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes, nous alerte sur le fait que le budget n'est pas à la hauteur pour la création et le fonctionnement de nouvelles maisons de naissance : l'augmentation du budget de 2 millions avait permis de passer à 150 000 euros par maison, mais on n'en est plus aujourd'hui qu'à 100 000 euros.

Les sages-femmes, comme vous l'avez dit, monsieur le ministre, sont au cœur de la prise en charge de la santé des femmes et défendent à ce titre un accompagnement global de celles-ci, et c'est bien pourquoi la tarification des actes pose problème. Elles nous alertent également, au vu de ce qui se passe sur le terrain, sur le risque de dépassement d'honoraires, comme à la maison Le Calm, à Paris, car ces pratiques ne

correspondent pas à l'objectif premier des maisons de naissance, à savoir pallier le manque de lieux de maternité et améliorer le maillage territorial.

Je suis obligée de passer par une demande de rapport puisqu'en tant que parlementaire je ne peux proposer une mesure en ce domaine : il porterait donc notamment sur l'impact de la baisse budgétaire sur l'ouverture de nouvelles maisons de naissance.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis défavorable. Je rappelle que nous avons voté dans la dernière LFSS la pérennisation des maisons de naissance pour les développer et que cette disposition entrera en vigueur seulement le 1^{er} novembre de cette année.

M. Olivier Véran, ministre. Exactement.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Nous disposons déjà par ailleurs de bon nombre d'informations fournies par les différents rapports remis au Parlement l'année dernière et je ne vois pas ce qu'un rapport supplémentaire pourrait apporter de plus à ce stade.

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

M. Olivier Véran, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à Mme Albane Gaillot.

Mme Albane Gaillot. Monsieur le rapporteur général, vous avez bien compris qu'il s'agissait surtout d'un amendement d'appel pour vous alerter sur la revendication des sages-femmes concernant la tarification des actes et sur l'évolution du budget alloué aux maisons de naissance.

(L'amendement n° 2068 n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 647 de M. Guillaume Chiche est défendu.

(L'amendement n° 647, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Article 28

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 1717 et 2161, tendant à supprimer l'article 28.

La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 1717.

Mme Caroline Fiat. Je défendrai en même temps mes trois autres amendements sur cet article, monsieur le président, à savoir les amendements n°s 1715, 1714 et 1716, et j'espère que vous me permettrez en conséquence de dépasser un peu le temps imparti.

Par cet article, vous judiciarisez, monsieur le ministre, la contention et l'isolement dans les établissements psychiatriques. Mais on sait tous que si une personne souffrant d'une pathologie psychique était soignée en amont, avec plus de centres médico-psychologiques – CMP – par exemple, il y aurait évidemment moins de crises, et que s'il y avait plus de personnel, il y aurait moins de contention et moins d'isolement.

M. Olivier Véran, ministre. Pas en psychiatrie !

Mme Caroline Fiat. Par ces amendements, j'entends vous alerter sur la contention chimique, qui devient une habitude qu'il faut absolument perdre. Quant aux contentions systématiques dans les hôpitaux, rappelez-vous, monsieur le rapporteur général, monsieur le ministre, que quand vous étiez internes, on les interdisait puisqu'il était prohibé d'écrire dans les notes transmises : « Si besoin ». Or c'est aujourd'hui la norme pour toutes les personnes qui entrent en hospitalisation psychiatrique ou même dans les unités de vie protégées des EHPAD dans lesquelles, j'attire votre attention sur ce point, sévit une pratique de la contention préoccupante. C'est devenu une habitude alors qu'il faut absolument revenir à des discussions collectives pour savoir si on met ou non une barrière de lit, ou encore une contention

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Il y en a !

Mme Caroline Fiat. La contention n'est pas une mesure anodine, c'est au contraire une décision très importante qui doit être discutée auparavant en équipe pluridisciplinaire, avec un médecin. Vous judiciarisez le principe de la contention et de l'isolement,...

M. Olivier Véran, ministre. On n'a pas le choix !

Mme Caroline Fiat. ...mais il serait plus important d'avoir plus de personnel autour des personnes concernées.

M. le président. L'amendement n° 2161 de M. Joël Avira-gnet est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Défavorable.

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

M. Olivier Véran, ministre. Je ne dis pas que vous mélangez tout, madame Fiat, mais il s'agit tout de même de situations fort différentes. L'article concerne les hôpitaux psychiatriques et précise les possibilités de décider de l'isolement ou de la contention pour des malades en phases de bouffée délirante, par exemple, avec agitation et risque auto- ou hétéro-agressif. J'ai été interne en psychiatrie pendant six mois et c'est pourquoi j'éprouve un profond respect que vous ne pouvez imaginer pour tous les soignants qui travaillent en psychiatrie, parce que c'est une tâche particulièrement difficile et très délicate humainement.

Certains malades sont agités et déambulent, et vous aurez beau être quatre ou cinq autour, s'il s'agit d'un schizophrène en crise délirante aiguë et en agitation, cela ne va pas changer la donne ; ce n'est pas une question d'effectifs. On est bien obligé alors de prendre des mesures et les psychiatres disent eux-mêmes que la contention et l'isolement ont une dimension thérapeutique en ce qu'ils permettent d'apaiser la situation. Il est vrai qu'à la vue d'une personne isolée dans une chambre fermée ou sanglée sur un lit, on a évidemment le cœur qui se retourne, on éprouve de la sympathie, voire de l'empathie, et que l'on ne voudrait évidemment pas être à sa place, mais la réalité, madame Fiat, c'est qu'il y a des moments où aucune solution alternative n'est possible, comme lors des phases aiguës d'agitation, et il faut y recourir le temps que le traitement injecté calme la phase délirante et l'agitation, afin d'éviter que le malade ne se fasse du mal à lui-même, aux autres patients ou à l'équipe. Voilà le quotidien dont on est en train de parler.

Or aujourd'hui, il n'y a plus de vecteur juridique pour gérer les situations que j'ai évoquées puisque, suite à une question préjudicielle de constitutionnalité déposée auprès

du Conseil constitutionnel, le cadre légal qui le permettait a sauté. Allez expliquer dans une unité psychiatrique que désormais, quoi qu'il arrive, on ne peut plus placer un patient en chambre d'isolement ou mettre en place une contention, même partielle, en cas de phase d'agitation aiguë, et les soignants vous proposeront de venir passer une demi-journée avec eux, pour voir. Et une fois ressortie, vous serez convaincue qu'il faut absolument une loi.

C'est ce que nous faisons en tentant, année après année certes, de mettre les dispositions concernées en conformité avec les attendus du Conseil constitutionnel. En effet, une disposition similaire votée l'année dernière a dû être retravaillée avec l'ensemble des professionnels, l'ensemble des filières et des représentants des usagers pour identifier une solution juridiquement solide, humainement acceptable et sanitaire sécurisée pour les patients mais aussi pour les équipes qui y travaillent.

Vous abordez par ailleurs une tout autre problématique, celle des EHPAD, que l'on peut étendre aux services de neurologie. Dans un de ces services, que je connais très bien, on peut être amené à mettre des barrières de lit dans les chambres de patients en général déments – et non pas délirants – pour éviter qu'ils déambulent et entrent dans les chambres d'autres résidents, fassent absolument n'importe quoi, se mettent en danger. Ce sont des situations très compliquées à gérer mais qui, objectivement, donnent lieu – de ce que j'ai eu à en connaître, et j'ai comme vous été aide-soignant, en EHPAD puis en psychogériatrie, et neurologue à l'hôpital – à des discussions pluriprofessionnelles : un aide-soignant de nuit ne décide pas tout seul de fermer la porte d'un patient dément qui risque de déambuler, cela relève d'une décision collégiale prise par l'équipe.

Ce ne sont jamais des situations simples, il n'y a jamais de réponse unique ni pérenne, et ces décisions sont prises, dans des situations généralement assez extrêmes et très compliquées, avec beaucoup d'humanité de la part des professionnels.

Je vous propose de retirer ces amendements sur la base de mes explications, sinon il n'y aurait plus de cadre juridique pour permettre la contention et l'isolement en psychiatrie. Et je vous assure qu'il n'y a aucun scénario de substitution dans lequel ce serait tenable.

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

Mme Caroline Fiat. En réponse à M. le ministre, je précise que j'évoquais la situation déjà avant la crise. Dans le cadre de la préparation de notre rapport d'information sur la santé mentale, ma collègue Martine Wonner et moi-même avons rencontré des familles d'usagers qui nous ont dit que quand elles appelaient le CMP pour l'informer que le patient avait arrêté son traitement et que cela allait finir par une crise, elles étaient confrontées à la pénurie de moyens humains pour l'accompagner jusqu'à la reprise de son traitement. Il faut plus de personnel en amont de la crise pour précisément l'éviter.

Et puis, monsieur le ministre, dans les unités de vie protégées des EHPAD, il suffirait d'un soignant de nuit par unité puisque c'est la nuit qu'ont lieu les déambulations, pour pouvoir gérer ces situations sans avoir à faire endosser des pyjamas fermés à l'arrière, à mettre des barrières de lit ou à

fermer les portes à clef pour éviter que les patients concernés aillent déranger les autres résidents. Il suffit parfois seulement d'un peu plus de monde pour régler les problèmes.

(Les amendements identiques n° 1717 et 2161 ne sont pas adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 1715 de Mme Caroline Fiat vient d'être défendu.

(L'amendement n° 1715, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Les amendements n° 758 et 760 de la commission sont rédactionnels.

(Les amendements n° 758 et 760, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 2198.

M. Joël Aviragnet. Il s'agit d'un amendement de repli. En cas de crise aiguë d'un patient psychotique, on comprend qu'il faille le protéger et protéger les autres. Néanmoins, les droits des personnes doivent être respectés. Cet amendement insiste sur la personne de confiance, telle que définie dans le code de la santé publique, qui doit être informée. Cette personne peut, une fois informée, se charger de la saisine du juge. Car des patients peuvent parfois, en dehors de crise aiguë, être contenus, sédatisés ou autre, alors qu'il pourrait être procédé autrement. On le sait pertinemment quand on a eu accès à des personnes souffrant de maladie mentale. Il faut donc avoir ce souci de protection des droits de la personne. C'est pour cette raison que nous insistons, et je souligne que je ne parle pas des cas de crise aiguë ou de bouffées délirantes.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'amendement porte sur trois sujets différents. Tout d'abord, il me semble que saisir les commissions départementales des soins psychiatriques pour l'ensemble des mesures d'isolement et de contention ne conduirait qu'à les fragiliser davantage. L'article que nous avons adopté l'année dernière prévoit en revanche que le registre des mesures d'isolement et de contention puisse être présenté sur leur demande aux commissions départementales.

Sur le rôle de la personne de confiance, ensuite, la rédaction que je vous propose à l'amendement n° 2013, que nous examinerons dans quelques instants, permet d'englober cette personne tout en offrant une rédaction plus précise et plus opérationnelle pour les professionnels de santé.

Enfin, en ce qui concerne l'obligation faite aux médecins de prévenir les proches de leur droit au recours, je comprends là encore votre demande mais cela me semble peu opérationnel, et même inutile étant donné les délais dans lesquels le juge devra désormais intervenir systématiquement et obligatoirement.

Je vous invite donc à retirer cet amendement au profit de celui que je vous proposerai.

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

M. Olivier Véran, ministre. Même avis.

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

M. Pierre Dharréville. Nous avons eu des échanges assez nourris l’an dernier sur l’article que vous aviez déposé et nous avions indiqué qu’il posait sans doute des problèmes de constitutionnalité. Cela n’a pas manqué, le Conseil constitutionnel est passé derrière et a retoqué certaines dispositions que vous aviez prises ; il faut donc y revenir cette année. La question posée par Joël Aviragnet à l’instant est celle du respect des droits de la personne. L’amendement vise à les garantir au mieux.

J’ai le sentiment, monsieur le rapporteur général, que votre amendement n° 2013 restreint quant à lui le nombre des personnes qui doivent être informées de la situation et pourraient intervenir. Je ne comprends pas pourquoi vous vous obstinez dans cette voie alors que le Conseil constitutionnel l’a critiquée. Je pense que nous devons essayer de stabiliser un dispositif qui fonctionne et garantisse correctement les libertés.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L’amendement n° 2013 restreint en effet un peu le champ des personnes à contacter mais simplement dans la logique de rendre le dispositif plus efficace, plus pratique aussi pour les médecins qui doivent prendre ces contacts. J’ajoute que le juge doit être saisi automatiquement, ce qui n’était pas prévu dans le dispositif l’an dernier.

M. Pierre Dharréville. Tout à fait !

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je crois que le dispositif présenté cette année est beaucoup plus robuste...

M. Pierre Dharréville. C’est vrai.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. ...et permettra, avec l’amendement que je vous propose, une application plus simple pour les praticiens.

(L’amendement n° 2198 n’est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n°s 1547, 2215 et 2013, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 1547 et 2215 sont identiques.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l’amendement n° 1547.

M. Jean-Pierre Door. Le comité d’éthique du Conseil national de l’Ordre des médecins nous a saisis et souhaite absolument, pour le respect du secret professionnel, que l’information des personnes habilitées à saisir le juge incombe aux médecins.

M. le président. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l’amendement n° 2215.

M. Joël Aviragnet. J’ai relu votre amendement sur la personne de confiance, monsieur le rapporteur général. Vous écrivez : « dès lors qu’une telle personne est identifiée », mais qui l’identifie ? C’est très vague. Il faut vraiment que nous garantissons un droit au patient indépendamment du degré de dangerosité de son comportement. Il convient qu’une personne soit clairement identifiée et cela mérite d’être précisé.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l’amendement n° 2013 et donner l’avis de la commission sur les deux amendements identiques.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L’amendement n° 2013 garde la liste proposée dans la rédaction actuelle mais celle-ci est potentiellement très large et il faudrait contacter de nombreuses personnes, ce qui pose d’autres problèmes en termes de secret médical et de difficultés pour les patients. L’idée est donc, dès lors qu’on a identifié la personne qui semble la plus proche, ce qui peut être au patient de le dire, de la contacter. Avis défavorable aux deux autres amendements.

M. le président. Quel est l’avis du Gouvernement ?

M. Olivier Véran, ministre. Je demande le retrait des amendements identiques en faveur de l’amendement du rapporteur général.

(Les amendements identiques n°s 1547 et 2215 ne sont pas adoptés.)

(L’amendement n° 2013 est adopté ; en conséquence, les amendements n°s 2015 et 2093 tombent.)

M. le président. Les amendements n°s 764 et 765 de la commission sont rédactionnels.

(Les amendements n°s 764 et 765, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

M. le président. Les amendements n°s 1714 et 1716 de Mme Caroline Fiat ont déjà été défendus.

(Les amendements n°s 1714 et 1716, repoussés par la commission et le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

(L’article 28, amendé, est adopté.)

Article 29

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Valentin.

Mme Isabelle Valentin. Cet article 29 concerne l’extension de la mesure socle du Ségur au sein du secteur médico-social. C’est simplement une mesure de justice sociale. En effet, en février et en mai 2021, certaines catégories de soignants avaient été oubliées. Pire, dans un même hôpital, les personnels n’étaient pas traités de la même façon. Une infirmière coordinatrice d’un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) perdait environ 400 euros par rapport à sa collègue coordinatrice dans un service du même hôpital.

Les problèmes de formation et de recrutement dans nos hôpitaux doivent nous interroger. Il est nécessaire de proposer des perspectives de carrière ; dans cet article, une mesure permet de conserver le bénéfice du complément de traitement indiciaire lorsqu’un personnel souhaite reprendre des études de promotion professionnelle.

M. le président. La parole est à Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. L’article 29 étend le bénéfice de la revalorisation salariale du Ségur à d’autres personnels. Nous saluons cette mesure mais elle ne paraît pas suffisante. Les hausses de

salaires du Ségur devraient s'adresser à l'ensemble des professionnels car la crise sanitaire a été la révélation de leur engagement et de la faiblesse de leur rémunération.

En opérant une distinction entre professionnels et établissements éligibles et non éligibles, cette augmentation de salaire devient une source de frustration pour ceux qui en sont exclus. Les établissements exclus alertent sur les difficultés qu'ils rencontrent pour recruter du personnel, qui se tourne légitimement vers des établissements éligibles. Ces établissements, quant à eux, nous disent craindre de dépasser les plafonds de la réduction Fillon ou d'être touchés par la taxe sur les salaires.

Que comptez-vous faire, madame la ministre déléguée, pour intégrer plus largement ces professionnels dans la revalorisation salariale permise par le Ségur et pour éviter les effets qu'elle peut provoquer sur les dispositifs évoqués ?

M. le président. Sur l'article 29, je suis saisi par le groupe La République en marche d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à Mme Mireille Robert.

Mme Mireille Robert. Nous commençons avec l'article 29 l'examen des dispositions sur l'autonomie. La perte d'autonomie du grand âge n'est pas un risque, nous le savons tous, c'est la rançon de notre vieillesse, c'est le prix de l'allongement de la vie que l'état de notre société et les progrès de la médecine ont permis. La perte d'autonomie est donc l'un des grands sujets de notre siècle. Il nous revient de répondre aux défis qu'elle nous lance collectivement.

Depuis de trop nombreuses législatures, le sujet a été remis à plus tard. Nous avons fait des progrès depuis cinq ans et ce PLFSS est l'occasion d'avancées significatives. J'ai déposé un amendement pour reconduire l'expérimentation de la mise à disposition de personnels volontaires des établissements médico-sociaux que le Gouvernement a lancée en 2019 mais qui a été très perturbée par la crise du covid. Je sais que vous le regarderez avec bienveillance et je tiens à vous en remercier, mais je dois regarder aussi au-delà du texte. Avec un certain nombre de collègues, nous avons déposé des propositions de loi sur l'autonomie, fruit d'un long travail entamé dès le début de la législature.

J'ai moi-même proposé un texte sur l'accueil familial et je sais, madame la ministre déléguée, que vous y êtes très favorable. Le rapport Libault dit bien l'attente des Français pour des solutions à domicile. L'accueil familial est une très belle solution alternative, certes peu connue, qui se situe entre la résidence autonomie et l'EHPAD. Je pense que nous devons la développer. Pour ce faire, et c'est un appel que je lance au Gouvernement, il faut améliorer le statut des accueillants familiaux, notamment leur accès au chômage, leur accès au repos. Cette politique doit être menée avec les conseils départementaux, qui ont la main, mais la loi doit améliorer ce qui relève de sa compétence. Le chantier est à ses commencements. De nombreux rapports de qualité ont été remis aux pouvoirs publics ; à nous tous de nous en emparer pour apporter des solutions justes, individuelles et concrètes à nos concitoyens. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.)*

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

M. Pierre Dharréville. À plusieurs reprises, j'ai eu l'occasion ici d'évoquer la situation des oubliés du Ségur, nombreux, et je vous avais dit à cette tribune que la situation n'était pas tenable, qu'elle causerait des problèmes et que vous seriez obligés d'en venir à des mesures complémentaires, ce que vous avez décidé de faire aujourd'hui, et c'est tant mieux, même si c'est avec un retard qui s'est avéré préjudiciable.

Je souhaite à présent vous interroger, madame la ministre déléguée, sur les nouveaux oubliés du nouveau Ségur. J'ai été interpellé, comme d'autres, sur le fait, par exemple, que dans le secteur médico-social les établissements financés par les départements ne seraient pas concernés. C'est de nature à inquiéter. Je me fais ainsi le relais entre autres du président de l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI), M. Luc Gateau, qui estime que cela représente un grave danger pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap, compte tenu des difficultés à recruter.

Du point de vue des personnels concernés, cela paraît également incompréhensible. Je me permets donc de vous interroger sur cette situation précise.

J'en ajouterai une autre, madame la ministre déléguée. J'ai été interpellé par un centre médico-psycho-pédagogique de ma circonscription – un centre autonome public mais qui n'est pas rattaché à un hôpital public et dont les personnels ne sont pas concernés par les revalorisations du Ségur. Certes, il s'agit d'un cas un peu particulier, mais je pense qu'il mériterait qu'on l'examine.

M. le président. La parole est à Mme la rapporteure de la commission des affaires sociales pour l'autonomie et le secteur médico-social, pour soutenir l'amendement n° 1614.

Mme Caroline Janvier, rapporteure de la commission des affaires sociales. C'est un amendement rédactionnel.

(L'amendement n° 1614, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Les amendements n°s 1615, 1618 et 1621 de Mme la rapporteure sont également rédactionnels.

(Les amendements n°s 1615, 1618 et 1621, acceptés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

M. le président. Nous pouvons donc passer au vote sur l'article.

M. Pierre Dharréville. Avant de voter sur l'article, on aimerait entendre la réponse de Mme la ministre déléguée !

M. Boris Vallaud. Oui, nous voudrions une réponse !

M. le président. Il ne m'appartient pas d'exiger des réponses, mais puisqu'elle la demande, je donne la parole est à Mme la ministre déléguée.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. Au moins, on ne m'accusera pas d'être muette.

M. Boris Vallaud. Jamais !

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. L'article 29 s'inscrit dans le cadre des extensions du Ségur de la santé qui avaient été demandées et qui sont également le fruit d'une négociation avec les organisations syndicales ; nous n'agissons pas seuls.

Pour les autres professionnels que vous venez d'évoquer, tout dépend des secteurs. Vous ne parlez pas de salariés de branches et d'associations financées par les départements – nous y reviendrons – mais bien de personnels qui sont directement salariés par les départements. Vous admettez tout de même que nous devons mener des concertations sur les salaires et les revalorisations; elles sont en cours. Les statuts autonomes un peu particuliers que vous avez également évoqués requièrent un travail spécifique, que nous menons.

Pour les prestataires à domicile, il s'agit quasiment de contrats de droit privé entre un salarié et une personne âgée. Dans ce cadre, cela devient compliqué de modifier les tarifs. Voilà pourquoi toutes ces situations nécessitent des aménagements et un travail que nous réalisons en faveur de ces personnes qui ne seront pas des oubliés.

M. le président. Je mets aux voix l'article 29.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	48
Nombre de suffrages exprimés	48
Majorité absolue	25
Pour l'adoption	48
contre	0

(L'article 29, amendé, est adopté.)

Après l'article 29

M. le président. La parole est à Mme Sylvia Pinel, pour soutenir l'amendement n° 410.

Mme Sylvia Pinel. Cet amendement de mon collègue Michel Castellani demande au Gouvernement de remettre un rapport sur les modalités de financement, les conditions et les effets d'un élargissement du complément de traitement indiciaire à l'ensemble des agents des établissements sociaux et médico-sociaux dont le financement ne dépend pas de l'assurance maladie, mais est assuré par des fonds de l'État, le fonds d'intervention régional, le conseil départemental ou la collectivité de Corse au titre de ses compétences en matière d'action sociale.

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

Mme Caroline Janvier, rapporteure. Je voudrais juste préciser que l'ensemble des salaires des personnels soignants paramédicaux qui participent aux soins et qui sont donc financés par l'assurance maladie sont revalorisés au 1^{er} octobre ou, au plus tard, au 1^{er} janvier s'agissant du secteur privé non lucratif.

Ils sont donc tous concernés, et cela répond à la problématique soulevée par le secteur associatif concernant une forme de concurrence entre le secteur sanitaire qui avait bénéficié du Ségur et celui du médico-social, notamment le secteur du handicap, pour qui cela n'avait pas été le cas au départ.

S'agissant des personnels qui ne sont pas financés par l'assurance maladie et qui ne participent pas aux soins mais à l'accompagnement social, la problématique est différente. Comme vous le savez, les départements assurent un financement, puisque c'est une de leurs compétences. Il s'agit donc

d'en discuter avec eux. Ces négociations nécessitent des délais plus importants que ce qui est proposé, d'où l'avis défavorable de la commission.

(L'amendement n° 410, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Article 30

M. le président. La parole est à M. Boris Vallaud.

M. Boris Vallaud. Au début du quinquennat, le Gouvernement avait raison d'annoncer qu'il fallait prolonger la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement par une grande loi sur l'autonomie et le vieillissement. Nous l'avons attendue, nous l'avons espérée et nous pourrions encore l'attendre longtemps, puisqu'elle ne sera pas inscrite à l'ordre du jour du Parlement.

M. Thibault Bazin. Eh oui, c'est bien malheureux !

M. Boris Vallaud. Le PLFSS contient une disposition tendant à instaurer au niveau national un tarif plancher pour l'APA, l'allocation personnalisée d'autonomie, fixé à 22 euros. Évidemment, on reste circonspect, madame la ministre déléguée. D'abord, en lisant l'étude d'impact et en se reportant aux travaux de votre propre ministère, on se rend compte que le prix moyen d'une heure d'aide et d'accompagnement à domicile n'est pas de 22 euros, mais de 24 euros. Pourquoi n'avez-vous pas fait un petit effort supplémentaire ?

En outre, il n'est pas garanti que ce tarif plancher profitera aux salariés des services d'aide à domicile. On sait ce que sont leurs vies, avec beaucoup d'emplois partiels et mal rémunérés. Pourtant, il s'agit de vrais métiers...

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. Exactement !

M. Boris Vallaud. ...largement exercés par des femmes parce que, pendant longtemps, les tâches accomplies ont relevé du travail gratuit.

Aujourd'hui, il faut que le travail paie et qu'il paie bien. Pendant le premier confinement, on applaudissait à vingt heures tous ceux que notre modèle économique avait laissés dans l'ombre pendant des années. Il faut que nous en tirions des conclusions. C'est la revanche de l'utilité sociale; c'est la revanche des derniers de cordée. Le sentiment qu'on peut avoir, c'est que s'il y a là un progrès, il n'est ni achevé, ni accompli.

De la même manière, il y a une petite ambiguïté sur le financement du dispositif; on se demande si cela ne fera pas naître une charge pour les départements.

Lorsque, sous la présidence d'Arnaud Montebourg, je dirigeais les services du conseil départemental de Saône-et-Loire, j'ai mené un bras de fer avec le Gouvernement – à l'époque, c'était sous la présidence de Nicolas Sarkozy – parce que la compensation par l'État des dépenses liées à l'APA était insatisfaisante. Elle avait conduit un certain nombre de départements à aller jusqu'à revoir les plans d'aide de l'APA pour faire des économies.

Votre proposition, c'est bien, mais ce n'est pas assez; il faut aller au-delà. Nous regrettons évidemment que les promesses faites par le Gouvernement ne soient pas respectées, et que nous nous retrouvions à la fin du quinquennat comme s'il en

était à ses débuts. D'ailleurs certaines des promesses que vous faites aujourd'hui dressent souvent à elles seules un bilan sévère du quinquennat.

M. le président. La parole est à Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. L'article 30 instaure un tarif plancher de rémunération des aides à domicile fixé à 22 euros de l'heure, partout sur le territoire. Nous soutenons cette mesure qui permet à tous ces salariés de bénéficier d'une rémunération minimum. Dans les départements où la rémunération était en deçà, c'est la sécurité sociale qui versera la différence – c'est bien normal.

En revanche, pour les départements que l'on pourrait qualifier de bons élèves, et qui rémunèrent déjà les aides à domicile au-delà de 22 euros horaires, aucune dotation n'est prévue. Autrement dit, les départements qui ont fait le choix budgétaire de mieux rémunérer les aides à domicile avant l'entrée en vigueur de cette loi de financement ne seront pas valorisés.

Pour ce qui est de la mesure en elle-même, elle correspond à une demande des associations et une recommandation du rapport Libault ; nous ne pouvons que la saluer. Néanmoins, dans le rapport Libault comme dans les annonces du Premier ministre du 23 septembre sur l'autonomie, il était question de proposer une hausse forfaitaire de la rémunération horaire de 3 euros sur la qualité de la prestation. Qu'en est-il ?

M. le président. La parole est à M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. Le moment est important. Madame la ministre déléguée, je sais que vous conduisez ce combat depuis longtemps. J'ai très bien entendu ce que disait Boris Vallaud mais il me pardonnera de rappeler que, sous le quinquennat précédent, j'attendais toujours une loi sur le grand âge qu'on nous annonçait à chaque loi de financement de la sécurité sociale.

M. Boris Vallaud. Il y a eu une grande loi sous le précédent quinquennat !

M. Philippe Vigier. Certes, on voit les difficultés de réalisation. Reste que des actes ont été accomplis : la cinquième branche est là et les financements arrivent.

M. Boris Vallaud. J'ai dit qu'on avançait !

M. Philippe Vigier. Devant nous, chacun le sait, l'enjeu est terrible : entre 2015 et 2030, 300 000 personnes supplémentaires auront besoin qu'on s'occupe d'elles en raison de pertes d'autonomie considérables. Le grand âge, c'est un enjeu stratégique, tout comme la jeunesse.

À l'heure actuelle, malgré les bonnes volontés et tout ce qui a pu être fait depuis de longues années, l'organisation déployée sur le terrain n'est pas à la hauteur. Les associations font ce qu'elles peuvent avec le soutien des départements, mais rien n'est structuré. Le fonctionnement n'est pas à la hauteur des soins et de l'accompagnement à apporter à nos aînés et qui doivent être de qualité – c'est, me semble-t-il, fondamental.

L'étape que l'on franchit aujourd'hui est considérable. Elle en appellera d'autres. C'est le début d'un chemin important, et il convient de le souligner. C'est la raison pour laquelle Cyrille Isaac-Sibille présentera des amendements, et je reprendrai la parole. Derrière ces 22 euros et la compensation qu'il convient naturellement d'assurer aux départements comme le prévoit le texte, il faut aussi être au rendez-vous

de la revalorisation du pouvoir d'achat de ces personnes. On ne peut pas d'un côté tenir un discours sur le pouvoir d'achat et ne pas penser à celles et ceux qui interviennent à domicile.

Je terminerai en évoquant une donnée structurante : on estime qu'en 2050, il faudra trouver des possibilités de maintien à domicile dans des conditions décentes et acceptables pour un million de personnes de plus qu'aujourd'hui.

M. le président. La parole est à M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Madame la ministre déléguée, c'est l'occasion pour nous de saluer votre investissement sur le sujet. Je veux bien entendre toutes les incantations, mais l'histoire retiendra que c'est au cours de ce mandat que d'énormes progrès auront été accomplis en matière d'accompagnement des salariés qui œuvrent auprès des plus fragiles d'entre nous, souvent dans des conditions assez précaires et difficiles.

Revaloriser, avec un tarif plancher, c'est aussi lutter contre une forme d'iniquité puisqu'on sait très bien que l'offre était assez disparate sur le territoire national. Demain, nous aurons un tarif plancher fixé à 22 euros.

Des amendements vont suivre afin d'aller un peu plus loin. D'ailleurs, j'ai interrogé le Gouvernement mardi dernier sur un autre dispositif d'accompagnement. Le tarif horaire, c'est une chose, mais il faut aussi renforcer la capacité à mieux exercer son métier. Nous allons proposer un amendement tendant à revaloriser de manière importante les sommes allouées aux structures qui accompagnent ces salariés. On ne peut que se réjouir de tout cela. Qui plus est, cet amendement complètera l'action en faveur des aidants, sujet qui nous est cher.

L'examen des articles à venir nous donnera quant à lui certainement d'autres occasions de nous réjouir, nous le savons. En tout cas, il nous revient de saluer l'effort considérable qui est fait en faveur de l'action auprès des publics fragilisés par la vie et en perte d'indépendance.

M. le président. La parole est à M. François Ruffin.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. Ah !

M. François Ruffin. J'entends nos collègues de la majorité se réjouir d'énormes progrès et dire leur satisfaction pour tous les efforts engagés par le Gouvernement. J'entends parler des enjeux terribles avec 300 000 personnes en plus à maintenir à domicile. En effet, le grand âge est un enjeu stratégique est rien n'est structuré ni organisé. Ce que vous proposez est-il à la hauteur ? Non.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. Avec vous, ça ne sera jamais à la hauteur !

M. François Ruffin. Est-ce à la hauteur des engagements du président Macron selon qui « il faudra se rappeler que notre pays, aujourd'hui, tient tout entier sur des femmes et des hommes que nos économies reconnaissent et rémunèrent si mal » ? Non. Est-ce à la hauteur du rapport que Christine Erhel et Sophie Moreau-Follenfant ont rendu au ministère du travail, selon lequel les niveaux de salaire les plus faibles en fin de carrière s'observent pour les aides à domicile et les aides ménagères, la part des bas salaires atteint 43 % pour les aides à domicile, et cette perception négative du niveau de rémunération est particulièrement forte pour les métiers d'aide à domicile ?

Ce tarif va-t-il permettre de sortir ces centaines de milliers de femmes – puisque ce sont massivement des femmes qui occupent ces emplois – de la pauvreté ?

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. On va essayer !

M. François Ruffin. Leur rémunération va-t-elle être relevée au-dessus du SMIC ? Non. Va-t-on leur offrir un véritable statut pour garantir leurs revenus ? Non. Vont-elles avoir des horaires décentes, sans avoir à intervenir tôt le matin et tard le soir ? Non.

Toutes les personnes qui se réjouissent ici, si elles devaient vivre la même vie, du matin au soir et pour le même salaire, se diraient bien moins réjouies, bien moins satisfaites. Alors certes, le tarif plancher permet de mettre le pied dans la porte ; ...

M. Cyrille Isaac-Sibille. C'est le point le plus difficile ! Après, on verra !

M. François Ruffin. ... nous le soutiendrons, mais il faudra aller bien plus loin, ouvrir la porte en grand et poser des conditions pour améliorer vraiment le statut et le revenu des auxiliaires de vie.

M. le président. Sur les amendements identiques n° 2045, 2032 rectifié, 2133 rectifié et 2262 rectifié, je suis saisi par les groupes La République en marche, Mouvement démocrate (MODEM) et démocrates apparentés et Agir ensemble d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Bruno Bonnell.

M. Bruno Bonnell. Comme viennent de le rappeler certains de nos collègues, je crois pour ma part que les efforts du Gouvernement sont incontestables, et je ne pense pas que nous soyons là – en tout cas en ce qui me concerne – pour les critiquer ou pour entretenir une polémique à leur propos. La compétition du cœur et du budget, ce n'est pas le sujet !

S'agissant des métiers dont on va parler, il n'est pas question de rattrapage : c'est une véritable mutation que doit connaître l'approche de l'accompagnement, afin d'amorcer une réflexion qui doit mener à la création d'une filière des métiers du lien. Pour préparer le rapport parlementaire que nous avons rédigé, mon collègue François Ruffin et moi-même, nous avons rencontré 150 professionnels de ce secteur ; cela a fini de me convaincre que ces métiers, notamment celui d'auxiliaire de vie sociale, tissent notre société et doivent être intégrés à toute réflexion la concernant. Ce ne sont pas des métiers simplement techniques, relatifs à l'hygiène ou à la charité ; ceux qui les font sont des experts de l'humanité.

On parle aujourd'hui de révolution numérique – je connais bien le sujet – et de révolution environnementale – Cédric Villani, qui a cosigné avec moi les sous-amendements à l'amendement n° 2245, connaît bien le sujet, là aussi. Nous devons amorcer la réflexion sur une révolution qui doit être aussi sociétale, afin de bouleverser les échelles de valeur des métiers au prisme d'une importance nouvelle accordée à certains droits, en particulier celui à la qualité de vie, de la naissance à la mort. Une auxiliaire de vie sociale est aussi essentielle à la qualité de vie qu'un technicien de la médecine, une infirmière ou une aide-soignante. Leur donner un statut,

une perspective de carrière et des conditions de travail décentes, c'est leur donner une place dans la société et d'avantage de sécurité ; c'est juste, tout simplement.

Mais au-delà de toute compassion, c'est aussi l'occasion d'ouvrir un gisement d'emplois important, estimé à 300 000 emplois d'ici 2030 et 1 million d'ici 2050. Ils ne seront attractifs que s'ils sont reconnus et valorisés ! Les surcoûts induits doivent être plutôt regardés comme des investissements dans la prévention, dans la qualité de vie et dans l'humanité. (*M. François Ruffin et M. Cédric Villani applaudissent.*)

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

M. Pierre Dharréville. Je l'ai déjà dit et vous le savez : nous aurions aimé que la question de l'autonomie soit prise à bras-le-corps, de manière globale, dans une grande loi que nous attendions – un tel texte avait d'ailleurs commencé à faire l'objet de discussions. Ce n'est pas le cas. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 comporte un certain nombre de mesures que nous pouvons considérer comme des progrès, mais la question demeure ouverte : quelles sont les perspectives ?

On peut distinguer deux aspects principaux de la question. Il faut d'abord traiter la situation des aidés. J'ai eu souvent l'occasion de rencontrer des aidants ; ils subissent une grande souffrance. La perte d'autonomie entraîne le développement de grandes inégalités au sein des familles et les personnes qui aident leurs proches se trouvent très rapidement en difficulté, isolées et épuisées. Une telle situation doit changer. Il faut mieux prendre en compte la situation des aidés et agir pour leur garantir un haut niveau de protection sociale. Les besoins sont considérables et ils sont pour le moment sans réponse.

Cela nous amène à la deuxième question : comment répondre à cette situation, et qui doit y répondre ? Il faut donc évoquer toutes les femmes – ce sont principalement des femmes – qui font ces métiers d'accompagnement, d'auxiliaires ; ce sont des métiers essentiels du soin, de l'humain. Elles demandent une véritable reconnaissance, qui ne soit pas uniquement symbolique. On ne peut pas avoir dit tout ce qu'on a dit pendant la crise et en rester là. Et pourtant, on a le sentiment que les choses n'avancent pas beaucoup pour améliorer leur vie quotidienne.

Je pose donc de nouveau la question : quelle est la perspective, quel est le plan ? Comment va-t-on structurer ce secteur ? Quel statut va-t-on construire pour elles et avec elles ? Comment leur rémunération va-t-elle progresser, quels plans d'embauches et de formation allons-nous déployer dans le pays ? Nous avons besoin que plusieurs centaines de milliers de personnes s'engagent dans ces métiers dans les temps qui viennent ! Cela nécessite qu'ils soient véritablement reconnus et j'espère que les propositions que nous ferons, lors de l'examen du présent article, permettront de faire avancer les choses pour les mettre à niveau. Pour le moment, ce sont des métiers précarisés associés à des vies très difficiles. Nous ne pouvons pas en rester là et nous cacher les yeux tandis que nous confions à ces femmes et à ces hommes ce que nous avons de plus cher. Il faut tirer toutes les leçons qui s'imposent et respecter ces métiers.

M. le président. La parole est à M. Cédric Villani.

M. Cédric Villani. Auxiliaire de vie sociale – AVS –, on pourrait croire que c'est un métier comme un autre ; mais ça ne l'est pas. Quiconque a eu affaire à un AVS, l'a vu œuvrer dans sa famille, parmi ses proches, et quiconque a lu l'excel-

lent rapport transpartisan rédigé par Bruno Bonnell et François Ruffin – ainsi que les autres rapports sur le sujet – sait bien que ce n'est pas un métier comme un autre. Il y a peu de métiers dont la tâche est d'assurer aussi directement l'intégration dans la société, la vie sociale et la cohésion d'un si grand nombre de personnes.

Et pourtant ! Il y a peu de métiers qui soient aussi sous-payés. Les salaires effectifs sont de 600, 700, 800 euros par mois ; les horaires sont pénibles et le temps de travail effectif va parfois jusqu'à cinquante heures par semaine ; en outre, les heures sont fragmentées et on y est payé pour une fraction seulement du temps effectivement travaillé. C'est à peine considéré comme un métier par notre société ! Pourtant, c'est un métier technique, dans lequel les taux d'accident du travail sont même plus importants que dans le bâtiment.

C'est aussi un métier dont nous allons avoir de plus en plus besoin. Le vieillissement de la population et les aspirations légitimes de la société vont nécessiter beaucoup plus d'AVS et de professionnels de tous ces métiers du lien, qui sont si importants ; il est donc crucial de les rendre plus attractifs, d'autant plus après la crise du covid – ou plutôt dans le cadre de cette crise, qui n'est pas encore terminée –, qui nous a montré à quel point le lien est quelque chose d'essentiel.

Il nous faut donc dès à présent agir de façon forte. L'heure n'est plus aux tergiversations et l'excellent rapport Bonnell-Ruffin a fait plusieurs propositions concrètes que je soutiens sans réserve. Il nous faut vraiment revaloriser ces métiers et favoriser le travail en tournée, pour mettre fin à l'éclatement des conditions de travail qui sont devenues impossibles à supporter ; il nous faut aussi travailler à donner aux AVS des conditions de vie humaines, dont ils puissent être fiers, par exemple en leur permettant de faire le deuil des personnes accompagnées. Les AVS ne sont pas des robots ! Dans un monde où la numérisation va certes jouer un rôle croissant, nous aurons besoin de plus en plus d'humains et ces métiers devront être de plus en plus valorisés. *(M. François Ruffin applaudit.)*

M. le président. La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. L'article 30 va dans le bon sens ; il était attendu, madame la ministre déléguée. Cependant, vous le réécrivez par un amendement dont l'exposé sommaire indique que vous avez associé « les parlementaires de la majorité ». Le sujet devrait nous rassembler et je trouve dommage – d'autant que vous avez bien connu les bancs de notre commission – que nous ne soyons pas tous associés à cette grande cause, car c'était à mon avis nécessaire.

D'ailleurs, s'agissant de la revalorisation, les différences entre les territoires constituent un enjeu majeur, et le pas que vous faites ne permettra pas de gommer partout les inégalités ni de donner à tous ce qu'ils attendent.

Je voudrais vous alerter, madame la ministre déléguée : derrière la dotation que vous introduisez se trouvent des conseils départementaux dont les pratiques, les financements et les situations budgétaires varient. Certains départements connaissent davantage de difficultés que d'autres et la pente à gravir, s'agissant des services d'aide à domicile, n'est pas la même pour tous. Des promesses avaient été faites lors des débats de l'an dernier ; vous vous étiez engagés à accomplir un tiers du chemin, mais vous avez eu du mal – nous l'avons bien vu – à avancer dans les délais impartis.

L'an prochain, nous devons tout faire pour réussir le déploiement du dispositif, en faisant en sorte qu'il soit profondément équitable. Il faut absolument éviter de frustrer les personnes qui attendent, notamment celles qui sont en première ligne. Si je dis cela, c'est parce que les conseils départementaux vont voter leur budget en décembre, à la suite des débats d'orientation budgétaire qui auront lieu le mois prochain ; or on voit bien, au vu de votre amendement, que l'article évolue encore. Ils ont besoin de visibilité, c'est essentiel pour qu'ils puissent apporter la réponse attendue dans les territoires.

M. le président. À propos de visibilité, mes chers collègues, les amendements qui suivent sont importants ; la suite de la discussion est donc renvoyée à la prochaine séance.

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

M. le président. Prochaine séance, cet après-midi, à quinze heures :

Suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

La séance est levée.

(La séance est levée à douze heures cinquante-cinq.)

Le Directeur

SERGE EZDRA