



N° 1336

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 octobre 2018.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE
LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2019*,

TOME III
COMPTES RENDUS

PAR M. OLIVIER VÉRAN,

Rapporteur général.

Voir le numéro :

Assemblée nationale : 1297.

SOMMAIRE

Pages

TOME I : AVANT-PROPOS ET SYNTHÈSE

TOME II : COMMENTAIRES DES ARTICLES

TOME III: COMPTES RENDUS

COMPTE RENDU DE L'AUDITION DES MINISTRES ET DE LA DISCUSSION GÉNÉRALE	7
Réunion du mercredi 10 octobre 2018 à 21 heures 30.....	7
COMPTES RENDUS DES DÉBATS SUR L'EXAMEN DES ARTICLES	53
1. Réunion du mardi 16 octobre 2018 à 16 heures 15 (articles 1^{er} à article 11 inclus)	53
<i>Article 1er</i> : Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2017.....	55
<i>Article 2</i> : Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2017 (annexe A).....	55
<i>Article 3</i> : Rectification des dotations 2018 de la branche maladie.....	55
<i>Article 4</i> : Suppression du Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique.....	55
<i>Article 5</i> : Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2018.....	56
<i>Article 6</i> : Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM pour 2018.....	56
<i>Article 7</i> : Exonération de cotisations sociales salariales sur le recours aux heures supplémentaires et complémentaires.....	60
<i>Après l'article 7</i>	66
<i>Article 8</i> : Mise en œuvre de la transformation en 2019 du CICE et du CITS en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs	69
<i>Après l'article 8</i>	80
<i>Article 9</i> : Extension de l'exonération triennale de cotisations sociales aux créateurs d'entreprises relevant du micro-bénéfice agricole	82

<i>Après l'article 9</i>	82
<i>Article 10</i> : Aménagement de la cotisation subsidiaire d'assurance maladie.....	92
<i>Après l'article 10</i>	94
<i>Article 11</i> : Atténuation du franchissement du seuil d'assujettissement de la CSG au taux normal sur les revenus de remplacement.....	97
2. Réunion du mardi 16 octobre 2018 à 21 heures 30 (après l'article 11 à après l'article 28).....	111
<i>Après l'article 11</i>	111
<i>Article 12</i> : Sécurisation de la participation aux organismes complémentaires santé au financement des nouveaux modes de rémunération.....	114
<i>Après l'article 12</i>	115
<i>Article 13</i> : Poursuivre la simplification de la déclaration et du recouvrement des cotisations.....	116
<i>Article 14</i> : Simplification de la procédure de dépôt des demandes de modifications mineures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments.....	116
<i>Article 15</i> : Réforme des mécanismes de sauvegarde applicables aux produits de santé ...	116
<i>Après l'article 15</i>	118
<i>Article 16</i> : Mesures en faveur des travailleurs indépendants (1/2) : Clarification des modalités de calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants.....	122
<i>Article 17</i> : Modulation des sanctions applicables en cas de travail dissimulé.....	122
<i>Après l'article 17</i>	124
<i>Article 18</i> : Mesure d'efficacité de la gestion financière des organismes de sécurité sociale.....	125
<i>Article 19</i> : Transfert de recettes entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale.....	126
<i>Après l'article 19</i>	129
<i>Article 20</i> : Reprise par la CADES des déficits portés en trésorerie par l'ACOSS.....	130
<i>Article 21</i> : Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe 5.....	130
<i>Articles 22 et 23</i> : Approbation des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du FSV pour 2019.....	130
<i>Article 24</i> : Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes affectées au FRR ou mises en réserve par le FSV.....	130
<i>Article 25</i> : Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt.....	130
<i>Article 26</i> : Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B).....	130
<i>Avant l'article 27</i>	132
<i>Article 27</i> : Extension du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé..	133
<i>Article 28</i> : Financement forfaitaire de pathologies chroniques.....	145
<i>Après l'article 28</i>	154

3. Réunion du mercredi 17 octobre 2018 à 9 heures 30 (article 29 à article 36)	154
<i>Article 29</i> : Amplifier la portée du dispositif d'innovation du système de santé (article 51 LFSS 2018)	154
<i>Après l'article 29</i>	158
<i>Article 30</i> : Simplification de l'exercice libéral à titre accessoire pour les médecins remplaçants	184
<i>Article 31</i> : Étendre l'objet des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) aux pratiques avancées	184
<i>Article 32</i> : Renforcer l'usage du numérique et le partage d'information pour améliorer la qualité de la prise en charge	186
<i>Après l'article 32</i>	187
<i>Article 33</i> : Une santé sans frais en optique, aides auditives et prothèses dentaires	191
<i>Article 34</i> : Amélioration du recours aux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire santé	198
<i>Après l'article 34</i>	200
<i>Article 35</i> : Exonération du ticket modérateur sur les soins de ville pour les personnes modestes à Mayotte	201
<i>Après l'article 35</i>	201
<i>Article 36</i> : Gestion et financement des dispositifs de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie	204
4. Réunion du mercredi 17 octobre 2018 à 16 heures 15 (article 37 à article 58)	204
<i>Article 37</i> : Modification du calendrier des examens de santé obligatoires des jeunes de moins de dix-huit an	204
<i>Article 38</i> : Création d'un fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives	207
<i>Après l'article 38</i>	208
<i>Article 39</i> : Généralisation de l'expérimentation portant sur la vaccination antigrippale par les pharmaciens	209
<i>Article 40</i> : Prise en charge de l'intervention précoce pour l'autisme et les troubles du neuro-développement	211
<i>Article 41</i> : Accélération de la convergence tarifaire des forfaits soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).....	212
<i>Après l'article 41</i>	212
<i>Article 42</i> : Renforcer l'accès précoce à certains produits de santé innovants, tout en assurant la pérennité du système de prise en charge	214
<i>Après l'article 42</i>	221
<i>Article 43</i> : Favoriser le recours aux médicaments génériques et biosimilaires.....	224
<i>Après l'article 43</i>	229
<i>Article 44</i> : Revalorisation maîtrisée des prestations sociales	229
<i>Après l'article 44</i>	237

<i>Article 45</i> : Majoration du montant maximum du complément de libre choix du mode de garde pour les familles ayant un enfant en situation de handicap.....	237
<i>Article 46</i> : Conséquences de l'abaissement de l'instruction obligatoire à trois ans sur les prestations familiales.....	237
<i>Après l'article 46</i>	238
<i>Article 47</i> : Harmonisation des modalités d'indemnisation du congé de maternité.....	244
<i>Après l'article 47</i>	244
<i>Article 48</i> : Mesures en faveur des travailleurs indépendants : convergence des règles en matière de prestations en espèces vers le régime général.....	247
<i>Article 49</i> : Amélioration du recouvrement de diverses sommes par les organismes de sécurité sociale.....	248
<i>Après l'article 49</i>	250
<i>Article 50</i> : Modernisation de la délivrance des prestations sociales.....	250
<i>Après l'article 50</i>	251
<i>Article 51</i> : Dotation de l'assurance-maladie au FMESSP, à l'ONIAM, et de la CNSA aux ARS.....	252
<i>Après l'article 51</i>	252
<i>Article 52</i> : Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès ...	252
<i>Article 53</i> : ONDAM et sous-ONDAM.....	253
<i>Après l'article 53</i>	254
<i>Article 54</i> : Dotations au FIVA, au FCAATA et transfert au titre de la sous-déclaration AT-MP.....	255
<i>Après l'article 54</i>	255
<i>Avant l'article 55</i>	255
<i>Article 55</i> : Objectifs de dépenses de la branche AT-MP.....	258
<i>Avant l'article 56</i>	259
<i>Article 56</i> : Objectifs de dépenses de la branche vieillesse.....	260
<i>Article 57</i> : Objectifs de dépenses de la branche famille.....	260
<i>Article 58</i> : Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires en 2019.....	260

COMPTE RENDU DE L'AUDITION DES MINISTRES ET DE LA DISCUSSION GÉNÉRALE

Réunion du mercredi 10 octobre 2018 à 21 heures 30

La Commission procède à l'audition de Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, et de M. Gérald Darmanin, ministre de l'action et des comptes publics, et discussion générale sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 (M. Olivier Véran, rapporteur général).

http://www.assemblee-nationale.tv/video.6720658_5bbe515bc8950.commission-des-affaires-sociales--mme-agnes-buzyn-ministre-des-solidarites-et-de-la-sante-m-gera-10-octobre-2018

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Mes chers collègues, nous nous retrouvons pour l'audition de Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, et de M. Gérald Darmanin, ministre de l'action et des comptes publics, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2019. Je rappelle que cette audition tient également lieu de discussion générale sur ce projet de loi.

Si nous nous réunissons à cette heure inhabituelle pour une telle audition, c'est qu'il était indispensable que nous entendions les ministres cette semaine. La présentation du texte et les réponses à vos questions me semblaient devoir intervenir avant le dépôt des amendements, et je n'étais pas favorable à la tenue d'une telle réunion demain, qui aurait perturbé l'examen des propositions de loi de l'un des groupes de l'opposition. Nous n'avions donc pas d'autre possibilité.

Je souhaiterais, avant de commencer, faire un point sur les conditions d'examen du PLFSS. Certains d'entre vous m'ont interrogée sur un éventuel report du délai de dépôt des amendements, fixé à vendredi dix-sept heures. Je suis au regret de devoir appliquer le délai prévu par notre Règlement, dans des conditions strictement identiques aux années précédentes, à l'exception remarquable de 2016. La matière est technique, les amendements sont en général nombreux, et doivent en outre fréquemment faire l'objet d'un contrôle de recevabilité au titre de l'article 40. L'instruction sérieuse des amendements par le rapporteur général et leur diffusion dans un délai correct avant la réunion de la commission ne sont donc malheureusement pas compatibles avec un report de délai.

En réalité, le problème ne vient pas du délai de dépôt des amendements, mais de celui qui sépare le dépôt du projet de loi de son examen en séance publique. Je ne peux pas me satisfaire de la réponse qui nous est souvent faite, à savoir que l'avant-projet nous est largement connu et que le temps des

consultations obligatoires et de l'examen par le Conseil d'État ne permettent pas de le déposer plus tôt.

Madame la ministre, monsieur le ministre, nous aurons besoin d'une semaine supplémentaire pour examiner les prochains PLFSS, et donc que vous déposiez le projet une semaine plus tôt. Ce qui est possible pour le projet de loi de finances (PLF), ce qui l'a été une fois pour le PLFSS en 2016, devrait devenir la règle à l'avenir. L'Assemblée nationale ne peut plus être la variable d'ajustement d'un calendrier effectivement très contraint. Pas sur un budget supérieur à celui de l'État, et sur des sujets qui intéressent nos concitoyens au quotidien ! (*Applaudissements.*)

Nous avons donc peu de temps, vous en conviendrez, mes chers collègues. Et pour ne pas en perdre, je donne tout de suite la parole à Mme la ministre des solidarités et de la santé.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Madame la présidente, monsieur le rapporteur général, mesdames et messieurs les députés, nous sommes très heureux de vous présenter ce PLFSS pour 2019, même si nous devrions faire mieux l'année prochaine en termes de délais.

Ce deuxième PLFSS du quinquennat reflète l'action du Gouvernement au cours de l'année écoulée. Il s'inscrit donc dans une continuité évidente des choix politiques et économiques faits par le Gouvernement pour libérer l'économie et améliorer le pouvoir d'achat – M. Darmanin y reviendra.

S'agissant des politiques sociales et de santé que j'ai la charge de conduire, ce projet de loi concrétise les orientations fortes que le Président de la République et le Gouvernement ont présentées au cours des derniers mois, et même des quelques dernières semaines.

Je commencerai par évoquer le cadre général budgétaire et financier du PLFSS.

En 2019, pour la première fois depuis dix-huit ans, le régime général et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) sont équilibrés. C'est une bonne nouvelle pour nos concitoyens, et je pense notamment aux plus jeunes. Cela veut dire que l'on cesse de creuser la dette et que l'on consolide notre système de sécurité sociale. Pour aller plus loin dans cette direction, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) reprendra, entre 2020 et 2022, 15 des 27 milliards d'euros de dettes de la sécurité sociale encore supportés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Le Gouvernement entend donc réaffirmer l'objectif de faire disparaître l'intégralité de la dette de la sécurité sociale en 2024.

Je souhaitais commencer par ce constat, parce qu'il est au fondement de ce PLFSS et de la conduite des politiques sociales. Le rétablissement des comptes,

c'est ce qui nous donne la capacité d'agir, d'être ambitieux dans notre volonté de transformation, et d'envisager sereinement la couverture de nouveaux risques.

Ce PLFSS est porté par une double ambition, qui est d'investir et de protéger : investir pour réorganiser notre système de santé, protéger les plus fragiles, notamment en améliorant le recours aux soins et la réponse aux besoins de santé.

Nous commencerons par investir dans la réorganisation du système de santé. Le 18 septembre, le Président de la République a présenté le plan « Ma santé 2022 ». Je rappelle que l'épine dorsale de ce plan est de mieux organiser, de mieux structurer les soins de proximité, ambulatoires comme hospitaliers, en dépassant précisément ce clivage qui n'est pas pertinent du point de vue du patient.

Nous voulons inscrire le pays dans une perspective stratégique claire, qui permettra de mieux répondre aux attentes des Français sur l'ensemble du territoire : celle de l'exercice en ville regroupé, pluridisciplinaire, organisé à l'échelle d'un territoire pour mieux répondre aux besoins de soins non programmés ; celle des hôpitaux de proximité de professionnels de santé libéraux, qui collaborent étroitement à l'organisation des soins ; celle d'une organisation et de modèles de financement adaptés aux pathologies chroniques, qui privilégient la prévention et facilitent la coordination des soins ; celle d'acteurs de santé, qui mettent les technologies numériques au service d'une démarche de soins plus efficiente. Cette analyse et cette stratégie sont largement partagées par les acteurs de la santé et, je le sais, au sein de votre commission.

C'est une action en profondeur, sur plusieurs années, qui commence dès maintenant. Dans la continuité du PLFSS pour 2018, ce PLFSS contient un certain nombre de dispositions relatives à la prévention. Comme vous le savez, la prévention demeure la pierre angulaire de la politique de santé que je mène.

Ce PLFSS comporte également plusieurs dispositions qui permettront de diversifier les modalités de financement des soins. C'est l'un des principaux leviers de l'action pour opérer la mutation du système de santé. Ainsi, par exemple, la dotation allouée sur des critères de qualité aux établissements de santé va passer de 60 à 300 millions d'euros. Par ailleurs, une rémunération forfaitaire du suivi de certaines maladies chroniques sera mise en place, dans un premier temps dans les établissements de santé pour le diabète et l'insuffisance rénale chronique.

La priorité donnée à la transformation du système de santé se traduit, comme annoncée par le Président de la République, par un effort financier significatif puisqu'en 2019 la progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sera fixée à 2,5 %, soit le taux le plus élevé depuis six ans.

Cet effort exceptionnel sera fait pour investir dans la transformation. Il sera dirigé vers les soins de proximité, vers la création de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), vers le recrutement d'assistants médicaux ou vers l'augmentation du nombre de structures d'exercice regroupé.

Il sera également consacré à la modernisation de notre appareil de soins. Cela concerne l'investissement dans les systèmes de formation, en ambulatoire ou au sein des établissements. Cela concerne aussi les projets de modernisation et de restructuration immobilière. Vous le savez, l'investissement hospitalier s'est nettement réduit au cours des dernières années et un investissement insuffisant porte le risque, à terme, d'une dégradation des conditions d'accueil et de prise en charge des patients. C'est pourquoi, dès cette année, une dotation supplémentaire de 200 millions d'euros sera allouée à l'aide aux projets d'investissement. En quatre ans, environ 3,4 milliards d'euros au total seront consacrés à l'accompagnement de plans, dont un peu moins d'un milliard d'euros à la restructuration et à la modernisation du tissu hospitalier.

Le PLFSS pour 2019 accordera également une place importante à un secteur clé du soin, qui est le médicament, dans la suite de la réunion du Comité stratégique des industries de santé (CSIS) qui s'est tenu au début du mois de juillet 2018. Un certain nombre de dispositions vont faciliter l'accès à des traitements innovants.

Je veux également mentionner mon souhait de poursuivre le développement des médicaments génériques. La responsabilité de l'assurance maladie consiste à rembourser, à efficacité thérapeutique égale, le médicament le moins onéreux. S'il n'y a pas de motif médical à la délivrance du *princeps* alors qu'il existe un générique moins cher, c'est-à-dire s'il n'y a pas mention, sur l'ordonnance, de « *non substituable* », il n'y a aucune raison de faire supporter un surcoût à l'assurance maladie. Je propose, dans ce cas, que le *princeps* soit, à l'avenir, remboursé sur la base du générique.

Dans le même temps où nous entamerons cette réorganisation du système de santé, nous voulons mieux protéger.

Mieux protéger, c'est améliorer l'accès aux soins et répondre plus spécifiquement aux besoins des plus fragiles. À cet égard, le PLFSS comportera quatre dispositions fortes.

Premièrement, il donnera l'assise légale nécessaire au dispositif « 100 % santé », qu'on appelait aussi le « reste à charge zéro », qui a fait l'objet d'accords avec les professionnels des trois secteurs concernés : le dentaire, l'optique et les audioprothèses. Il s'agit d'une réforme ambitieuse de solidarité concrète, qui va changer l'accès de nos concitoyens, notamment les plus âgés, à des équipements de santé indispensables. Je rappelle qu'aujourd'hui, le reste à charge moyen pour une aide auditive est de 850 euros par oreille. À compter de 2021, il sera possible d'accéder à une offre sans reste à charge.

Deuxièmement, nous transformons l'aide à la complémentaire santé (ACS) en une couverture maladie complémentaire contributive. On le sait, le taux de recours actuel à l'ACS ne dépasse pas 35 %, alors que nous sommes à près de quinze ans de mise en œuvre. Nous faisons donc le choix d'un dispositif plus complet dans la protection qu'il offre, et plus favorable aux personnes pour lesquelles le coût des soins est le plus élevé, c'est-à-dire les personnes âgées. Elles pourront, sous les mêmes conditions de ressources que l'ACS, bénéficier d'une couverture pour moins d'un euro par jour.

Avec ces deux réformes, le « 100 % santé » et la transformation de l'ACS, nous contribuerons à renforcer encore ce qui est une particularité affirmée de notre modèle social : le haut niveau de prise en charge collective des dépenses de santé. Je vous rappelle qu'en France, le reste à charge, pour les assurés est le plus faible du monde. Mais nous poursuivons dans ce sens.

Troisièmement, nous renforçons les moyens à disposition des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie. Il s'agit de mettre en œuvre la feuille de route que j'avais présentée le 30 mai dernier, notamment en accélérant la convergence tarifaire pour renforcer les moyens des soignants. Pour mémoire, 360 millions d'euros supplémentaires seront engagés sur la période 2019-2021, dont 125 millions d'euros dès 2019. Comme vous le savez, cette feuille de route s'inscrit dans une perspective plus large, puisque j'ai lancé le 1^{er} octobre les travaux de la mission de concertation « Grand âge et autonomie ». Et je m'engage devant vous à déposer un projet de loi d'ici la fin de l'année 2019.

Quatrièmement, le PLFSS met en œuvre les dispositions arrêtées dans le cadre du quatrième plan « Autisme », présenté début avril. Je vous insister plus particulièrement sur la création du « forfait d'intervention précoce », qui va permettre, en dépassant le périmètre habituel des prestations prises en charge par la sécurité sociale, de combler une réelle carence dans la détection et l'intervention précoce auprès des enfants autistes.

Mieux protéger, c'est construire un système de retraite universel et équitable, qui rétablisse la confiance des Français dans la pérennité de leur système de retraite. Le PLFSS ne comporte aucune disposition relative aux retraites, puisque la refonte du système de retraites donnera lieu à un projet de loi *ad hoc* l'année prochaine. Les concertations que mène le haut-commissaire Jean-Paul Delevoye se poursuivent. Une réunion de concertation multilatérale avec les partenaires sociaux s'est tenue ce matin. Elle s'est déroulée dans un climat très apaisée. Elle fut l'occasion de préciser les principes sur lesquels devra s'appuyer le système universel.

Mieux protéger enfin, c'est aussi donner la priorité aux plus fragiles. Toutes les prestations évolueront en 2019 et en 2020 d'au moins 0,3 %, mais les minima sociaux évolueront pour leur part comme l'inflation, et certains, comme le minimum vieillesse et l'allocation adulte handicapé, bénéficieront de

revalorisations exceptionnelles. Le minimum vieillesse aura ainsi été revalorisé de 100 euros, conformément aux engagements du Président de la République, au 1^{er} janvier 2020.

Aider les plus fragiles, c'est aussi le sens de la Stratégie de prévention et de lutte contre la santé, que nous a présentée le 13 septembre dernier le Président de la République et moi-même, et qui donne la priorité aux enfants des familles les plus pauvres. C'est un choix qui irrigue la politique familiale que je conduis. Ainsi la création de 30 000 places de crèches dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2018-2022 de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) sera-t-elle orientée prioritairement vers les territoires et vers les familles les plus vulnérables.

Pour autant, nous demeurons attentifs à l'évolution des besoins qui ont été exprimés par les familles et leurs représentants. Nous entendons y répondre dans ce PLFSS au travers de trois dispositions particulières : d'une part, l'alignement de la durée du congé maternité des travailleuses indépendantes sur celle des salariées, et l'amélioration de la couverture maternité des agricultrices, tout en maintenant les spécificités d'exercice professionnel de ces futures mamans ; ensuite, la majoration de 30 % du montant maximum versé aux parents pour la garde de leur enfant handicapé, pour tenir compte des surcoûts de garde ; enfin, et c'est une disposition de bon sens, la prolongation, jusqu'à l'entrée à l'école de l'enfant l'année de ses trois ans, de l'aide à la garde à taux plein, alors qu'elle est aujourd'hui réduite de moitié au troisième anniversaire de l'enfant.

Tels sont, madame la présidente, monsieur le rapporteur général, mesdames et messieurs les députés, les principaux axes de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale qui est, comme vous l'avez compris, un projet pour l'avenir, avec une sécurité sociale équilibrée, en voie de désendettement, et qui investit dans son système de santé et protège mieux les plus fragiles.

M. Gérald Darmanin, ministre de l'action et des comptes publics. Madame la ministre, madame la présidente, monsieur le rapporteur général, mesdames et messieurs les députés, je vais essayer d'évoquer les grands chiffres des comptes publics et des comptes sociaux, en expliquant que ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, le deuxième du quinquennat, est cohérent et complémentaire avec le projet de loi de finances que j'ai présenté il y a quinze jours avec le ministre de l'économie et des finances.

Comme vous le savez, nos comptes publics se répartissent entre l'État, pour à peu près 30 % de la dépense publique, les collectivités locales pour à peu près 20 % de la dépense publique, et puis le champ social, la sécurité sociale, pour à peu près 50 % de la dépense publique. Évidemment, ceux qui s'intéressent aux comptes publics ne peuvent se désintéresser des comptes sociaux, et les documents budgétaires doivent être complémentaires les uns des autres, ce qui pose des questions à la fois pragmatiques et philosophiques que je vais aborder dans quelques instants.

Ce PLFSS est cohérent.

En raison de l'importance de la maîtrise de la dépense sociale pour les comptes publics, et comme le veut la pratique, nous avons présenté le PLFSS avec Mme Buzyn devant la Commission des comptes de la sécurité sociale. Nous avons pu évoquer le fait que, s'il y avait en 2018 à peu près un milliard de déficit, il n'y aurait « plus », si j'ose dire, que 800 millions d'euros d'excédents l'année prochaine. C'est la première fois depuis dix-huit ans que le trou de la sécurité sociale est résorbé. Mais ce trou résorbé est un trou de déficit : il nous reste une dette sociale importante, de plus de 120 milliards d'euros, qu'il nous faut rembourser. Et le Gouvernement, sous l'autorité du Premier ministre, s'est engagé à rembourser cette dette pour qu'à l'horizon 2024, il n'y ait plus de dette sociale.

C'est un point important, qui reviendra tout à l'heure lorsque nous parlerons des échanges entre l'État et la sécurité sociale. En effet, nous avons décidé, suite à un rapport que nous avons remis à Mme la présidente et à M. le rapporteur général, de voir comment on pourrait faire plus simple – il y a encore beaucoup de « tuyauterie » – et plus responsable. Aujourd'hui, malgré la loi Veil, les compensations des exonérations de cotisations ne sont pas toujours intégrales. Par ailleurs, c'est par crédits budgétaires, par fiscalité, parfois par les deux, qu'on a pu compenser, entre l'État et le champ social, les mesures que l'on prenait – positivement ou négativement – sur le champ social.

Donc, la résorption de la dette sociale se poursuit et sera achevée en 2024. On aura également l'occasion de discuter de la dépense publique sociale, et notamment du fait que l'ONDAM a été porté exceptionnellement à 2,5 %, comme l'a dit Mme la ministre – nous avons en effet prévu 2,3 % chaque année pendant le quinquennat. Ce ressaut de 0,2 % fait de l'ONDAM 2019 le plus élevé de ces dix dernières années. Il correspond à 400 millions supplémentaires, destinés à nous permettre d'investir dans le système de santé suite au Plan hôpital. Mais je n'en dirai pas plus, car Mme Buzyn le fera bien mieux que moi.

Le cadre rénové et simplifié des relations entre l'État et la sécurité sociale permet à la fois de poser le principe que nous devons assurer le remboursement de la dette sociale d'ici 2024, bien entendu avec ce retour à l'équilibre ; de faire contribuer la sécurité sociale à la fois à la diminution des impôts et taxes – d'ailleurs, une grande partie de la fiscalité est une fiscalité sociale ; et enfin de clarifier les transferts financiers entre l'État et la sécurité sociale, qui sont devenus très complexes, très opaques et ont malheureusement continué à croître encore cette année. La bascule du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) ne nous a pas permis de proposer moins de tuyauterie, mais j'espère que nous pourrons le faire dès le PLFSS 2020, suite au rapport que nous vous avons remis.

Nous devons rendre plus solidaires les relations financières entre l'État et la sécurité sociale. En effet, du point de vue du contribuable, les impôts et les taxes, venant de l'État et de la sécurité sociale, c'est toujours de l'argent qu'on leur prend, en échange duquel ils attendent des services, parfois une meilleure

solidarité. De la même façon, les dépenses sociales ou celles de l'État ne sont pas distinguées lorsque nous venons à discuter du déficit, de la dette publique ou de la dépense publique.

Il se pose une question de consentement à l'impôt et de contrôle de la dépense publique, que nous essayons de régler par les propositions que nous allons vous faire, avec Mme la ministre des solidarités et de la santé, de façon équilibrée, en respectant bien sûr le principe du fonctionnement de la sécurité sociale.

Je voudrais tout de même faire remarquer que dans le PLFSS que nous présentons, 36 milliards de l'État sont transférés à la sécurité sociale, ce qui n'est pas rien. Quand on constate que le déficit de l'État a augmenté de 30 milliards d'euros, avec les 23 milliards du CICE, on s'aperçoit que s'il n'y avait pas ce transfert, cette compensation, le déficit de l'État baisserait fortement. La question des relations entre l'État et la sécurité sociale se pose donc de plus en plus. Nous y reviendrons très certainement à la fois d'un point de vue philosophique et pratique.

Il nous faut aussi tirer les conséquences de ce qu'a souhaité le Président de la République : en mettant en avant la contribution sociale généralisée (CSG) et en supprimant ou en baissant des cotisations, nous nous dirigeons de plus en plus d'un système assurantiel, de statuts, à un système universel puisque nous devons répondre à d'autres solidarités. Par exemple, la CSG n'est pas une cotisation, mais bien une contribution, et elle permet de payer autrement un certain nombre de choses qui fonctionnaient jadis par cotisations. Je pense – on l'a évoqué dans d'autres lieux – à l'assurance-chômage ou au fonctionnement des autres branches. Nous y reviendrons également.

Ensuite, comme l'a dit Mme Buzyn, ce PLFSS vient compléter à la fois ce que nous avons fait l'année dernière et ce que nous faisons dans le PLF.

Des mesures en faveur du travail s'adressent aux ménages, aux employés, aux ouvriers et aux salariés : suppression des fameuses cotisations sociales en année pleine, à partir de la fin du mois d'octobre de cette année ; exonération de cotisations sociales des heures supplémentaires, qui rapportera 11 % de pouvoir d'achat par heure supplémentaire faite – majoritairement par des salariés de moins de quarante-cinq ans, majoritairement par des ouvriers et des employés ou salariés en dessous de deux fois le SMIC ; sans oublier des dispositions qui relèvent du projet de loi relatif à la croissance et à la transformation des entreprises (PACTE) que vous avez adopté il y a quelques heures, comme le forfait social ou la participation.

D'autres mesures bénéficient aux entreprises, comme la suppression de cotisations patronales suite au basculement du CICE en double compte l'année prochaine. C'est le plus gros effort que nous faisons pour le monde du travail. Je voudrais d'ailleurs rappeler ici à quel point c'est important, non seulement pour

les entreprises, mais pour tous les types d'employeurs – par exemple, le monde agricole ne touchait pas le CICE.

Celui-ci bénéficie majoritairement des mesures que nous prenons, et de manière extrêmement importante. Reste la question du dispositif « travailleurs occasionnels-demandeurs d'emplois » (TODE). Le Gouvernement a dit qu'il réfléchirait à sa correction lors du débat parlementaire. Le Premier ministre a reçu les filières et les représentants syndicaux du monde agricoles. On envisage d'une part un étalement de la mesure, et d'autre part un complément pour certaines filières, notamment les viticulteurs, les horticulteurs et les maraîchers, qui ont recours à une main-d'œuvre nombreuse.

Il ne serait pas juste de conserver le système actuel du TODE parce qu'il y a par ailleurs une baisse générale de charges. Chacun comprend qu'un effort très important est déjà fait par la contribution nationale. Mais on ne peut pas négliger des effets de bord sur certaines filières, notamment les plus demandeuses de main-d'œuvre. Nous ferons donc preuve d'ouverture, lors du débat parlementaire, s'agissant des corrections qui pourraient être apportées spécifiquement en faveur de ces filières, comme nous l'ont demandé le Président de la République et le Premier ministre.

Par ailleurs, en transformant le CICE en allègement de charges, nous engageons une réforme structurelle très importante : un double compte de trésorerie pour les entreprises ; zéro charge sur le SMIC, ce qui est historique ; mais aussi « don » de 1,4 milliard d'euros aux employeurs associatifs qui ne bénéficiaient pas du CICE et qui, grâce à l'allègement de charges, vont pouvoir embaucher.

C'est une avancée sociale extrêmement importante qui se trouve réalisée dans PLFSS 2019 et sans laquelle, je vous le rappelle, le déficit public serait de 1,9 %. Ainsi, nous acceptons un point de déficit pour faire ces allègements généraux au profit des salariés, des entreprises et des employeurs.

Le PLFSS est donc cohérent, mais aussi complémentaire avec la sphère État. Nous travaillons de concert avec la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'économie et des finances, ne serait-ce que parce que certains crédits « appartiennent » au ministère des solidarités et de la santé – c'est le cas du minimum vieillesse, de la prime d'activité, ou de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Nous y reviendrons.

Nous y avons fait figurer, comme l'a dit Mme la ministre, un certain nombre de promesses présidentielles, notamment la préfiguration du reste à charge zéro, la revalorisation substantielle des minima sociaux, sur lesquels on aura sans doute, là encore, l'occasion de revenir.

Nous avons tenu la promesse du Premier ministre sur la mesure de correction de la CSG pour les 300 000 retraités qui changent de taux d'une année sur l'autre.

Nous avons bien évidemment contenu la dépense sociale. Je rappelle que malgré un ONDAM à 2,5 %, la croissance tendancielle des dépenses devrait être plus importante – autour de 4,5 % me semble-t-il. Nous ferons donc l'année prochaine 5,7 milliards d'euros d'économies sur le champ social : à peu près 1,8 milliard sur le champ de la revalorisation modérée des prestations – 3 milliards en tout mais il y en a une partie sur l'État, et une grande partie sur ce champ social – et à peu près 3,8 milliards sur le champ santé pour lutter contre un tendanciel très dépensier.

Par ailleurs, nous avons prêté attention à certaines questions qui ont été soulevées par les parlementaires, notamment de l'Assemblée.

Je tiens à saluer le travail de Mme Genetet qui a rendu un rapport sur la mobilité internationale des Français. J'imagine que l'on débattrà en commission et en séance de la fiscalité appliquée aux Français de l'étranger, notamment pour tirer les conclusions des arrêts de Ruyter. Contrairement à ce qu'on peut entendre, depuis 2015, la France a tiré les conséquences d'un certain nombre de sujets européens. La Cour de Justice européenne n'a pas rendu illégal le fait qu'il y ait un prélèvement social, mais elle a dit qu'il était illégal de l'affecter comme nous le faisons. Nous devons donc apporter des corrections. Nous aurons d'ailleurs un débat sur ces questions, conformément à la promesse nous avons faite avec Mme Buzyn l'année dernière en séance

De la même façon, nous suivons le travail de Mme Cloarec-Le Nabour, qui a remis un rapport sur « *la juste prestation pour des prestations et un accompagnement plus justes* ». Le PLFSS a déjà mis en œuvre une base ressources des allocataires – que permet notamment l'impôt à la source – afin d'éviter des situations inéquitables. Je crois que les sujets auxquels s'intéressent les parlementaires recevront un écho très favorable lors des débats dans votre commission, madame la présidente, monsieur le rapporteur général, ou dans l'hémicycle.

Mesdames et messieurs, j'imagine qu'à cette heure tardive, il vous importe de passer aux questions. Nous essayons de bâtir l'État-providence du XXI^e siècle, qui est fondé sur l'universalité et sur la solidarité, quitte à bousculer un peu la façon dont le système a fonctionné jusqu'à présent. Mais évidemment, il n'est pas question de remettre en cause le principe même de solidarité sociale avec ses propres recettes et ses propres dépenses, avec des marges de manœuvre qui permettront demain de faire face au grand défi des retraites qu'a évoqué Mme la ministre, ainsi qu'au vieillissement de la population et à la dépendance, qu'il vous appartient désormais d'objectiver et de financer.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Mes chers collègues, avant de donner la parole au rapporteur général, je vous rappelle les règles de cette soirée, qui ont été actées par le bureau de la commission. Pour notre discussion générale, compte tenu du caractère majeur du texte, le temps de parole des orateurs des groupes est porté à cinq minutes par groupe. En revanche, pour favoriser le

dynamisme de nos échanges et l'interactivité, la durée des questions posée par les parlementaires est limité à une minute. J'aimerais que chacun s'y tienne.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Madame la ministre, monsieur le ministre, je ne ferai pas l'article du PLFSS, dont vous avez présenté les grandes lignes bien mieux que je ne pourrais le faire. Et je vous remercie de votre présence en commission des affaires sociales à cette heure déjà tardive.

Je voudrais aborder quatre points avec vous, à commencer par les relations entre l'État et la sécurité sociale. Vous l'avez dit, monsieur le ministre, la sécurité sociale retrouve un équilibre et l'on commence à envisager, pour la première fois depuis vingt ans, une situation excédentaire. Je tiens à rappeler, même si c'est une évidence, que si la sécurité sociale a su se redresser, c'est à la fois le fruit de politiques publiques et des efforts considérables réalisés sur le terrain depuis dix ans par chacune des branches de la sécurité sociale. Je pense aux blouses blanches dans les hôpitaux, à la branche famille, et plus généralement à l'ensemble des acteurs de la protection sociale.

Chaque PLFSS a servi une politique de maîtrise médicalisée, de maîtrise des budgets, de façon à préserver le modèle social, à le conforter, et à réduire un déficit annuel qui a atteint 23 ou 24 milliards d'euros pour une seule année au plus fort de la crise économique.

J'observe qu'il existe aussi, au-delà de la dette de la CADES, une dette résiduelle qu'on appelle la dette de l'ACOSS, qui dépasse 20 milliards d'euros, qui n'était pas jusqu'ici en cours de remboursement, et que nous transférons, avec le PLFSS, pour partie à la CADES.

De son côté, la sécurité sociale participe aux efforts qui sont demandés à la Nation, selon un principe nouveau de non-compensation d'exonérations.

Dans la mesure où il y a eu des coups de pouce dans les deux sens, ce que le Premier Président de la Cour des comptes rappelait tout à l'heure, ne pourrait-on pas envisager à l'avenir, si les excédents persistent, une règle tacite qui permettrait d'utiliser ces excédents au sein du budget de la Nation pour des dispositifs qui servent au social ou à la santé, sans passer nécessairement par le budget de la sécurité sociale ? Si l'on investissait un milliard d'euros de plus dans l'écologie, dans les transports, dans la santé au travail, dans la qualité de vie au travail, cela aurait un impact non négligeable sur la santé et sur le social. Nous pourrions y réfléchir.

J'aimerais maintenant aborder un deuxième point, qui a fait débat en audition, au sein de la majorité, et sans doute aussi au sein des oppositions : les conséquences de la suppression du dispositif TODE dans le milieu agricole, pour les trois professions que vous avez citées, à savoir les maraîchers, les agriculteurs et les viticulteurs. À ce stade, il serait important pour les députés de connaître les mécanismes par lesquels vous envisagez de gommer les effets de la perte

occasionnée pour les agriculteurs, afin que nous puissions travailler sur ce point, avant l'examen du texte par notre commission la semaine prochaine.

Je voudrais également aborder la transformation de l'aide à la complémentaire santé (ACS) en une couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) contributive. C'est un dispositif dont nous avons rêvé pendant des années et qu'il faut donc saluer. Il devrait permettre de réduire le non-recours aux soins et d'améliorer la couverture sociale des 1,5 million de Français en situation de précarité. Avez-vous envisagé des dispositions garantissant que le coût des mutuelles n'augmentera pas ? Avez-vous réalisé des simulations prenant en compte les mutuelles qui privilégient les contrats collectifs tels qu'ils découlent du dernier accord national interprofessionnel et celles qui sont davantage tournées vers les publics précaires ?

Enfin, dans un rapport publié en 2016, je soulignais que, dans le secteur des urgences, le financement actuel ne favorise pas la mobilisation des établissements sur des projets d'organisation territoriale, dans la mesure où les établissements n'ont aucun intérêt à rediriger les cas les plus légers pour ne conserver aux urgences que les cas les plus lourds, ces derniers étant sous-financés. Il y a quelques mois, notre collègue Thomas Mesnier tirait également la sonnette d'alarme, soulignant dans son rapport sur les soins non programmés que le nombre de passages dans les services d'urgence était passé de 7 millions en 1990 à plus de 20 millions en 2015, les cas graves, représentant environ 10 % des admissions seulement.

Seriez-vous donc favorable, madame la ministre, à une initiative parlementaire qui créerait un forfait de réorientation, versé à l'établissement de santé lorsque les services d'urgence réorientent un patient, en lui organisant un rendez-vous en médecine de ville ou en consultation hospitalière ? La mise en place de ce nouveau financement matérialiserait les efforts des établissements pour organiser le recours au bon niveau de prise en charge, en partenariat avec les acteurs de ville.

M. Thomas Mesnier. Le PLFSS comme le PLF sont bien plus que de simples budgets : ils sont les outils de mise en œuvre de nos politiques publiques. Nous nous penchons ici sur la politique de santé, que vous avez présentée dans la feuille de route « Ma santé 2022 » et qui comporte des engagements forts pour les Français : l'augmentation de l'ONDAM de 2,3 à 2,5 %, soit 400 millions d'euros supplémentaires pour nos hôpitaux, ce qui ne s'était pas vu depuis six ans, en est la première preuve.

L'évolution de la tarification à l'activité (T2A) vers un financement de la qualité, transparent et doté d'indicateurs clairs, va dans le bon sens et constitue un levier majeur pour la transformation de l'organisation de notre système de soins.

Grâce au « 100 % santé », ce système d'accès sans frais à l'optique, aux audioprothèses et aux prothèses dentaires, nos concitoyens les plus fragiles

pourront accéder à des soins de qualité et, au-delà, accroître leurs chances de s'intégrer dans la société.

Au-delà de « Ma santé 2022 » le PLFSS pour 2019 conforte les actions menées depuis 2017 pour mettre en œuvre les engagements du Président de la République. Le plan « Pauvreté » dévoilé le 13 septembre dernier marque ainsi la volonté du Gouvernement de faire du budget un outil au service des plus faibles. La fusion entre la CMU-C et l'ACS, doit assurer l'accès aux soins de nos concitoyens les plus démunis, en permettant à la fois d'ouvrir le dispositif à un plus grand nombre et d'en simplifier les procédures.

Le plan « Autisme » et le plan « Grand âge » témoignent également de l'orientation de ce budget vers davantage de protection. Trop de retard a été pris sur l'autisme et la dépendance en France, et ce souci d'y remédier est une nouvelle que nous accueillons plus que positivement. Dans cette perspective, le PLFSS met en place une prise en charge de l'intervention précoce pour l'autisme et les troubles du neurodéveloppement, condition *sine qua non* pour mettre un terme aux problèmes d'errance de diagnostic et de sur-handicap – le Président de la République a fait du handicap une priorité de son quinquennat.

L'accélération de la convergence tarifaire des forfaits soins en EHPAD va également dans le sens de la protection : agir sur le financement de ces établissements, c'est, plus que jamais, améliorer la qualité des soins et des accompagnements. La dépendance et le grand âge feront l'objet d'évolutions profondes dans les mois à venir, mais le PLFSS constitue d'ores et déjà un premier jalon important. Donner plus de financements et sur un temps plus réduit, c'est donner la possibilité aux établissements de se rénover et de mieux prendre en compte l'évolution des besoins des patients.

Le PLFSS pour 2019, c'est encore plus de simplification pour favoriser le travail – je pense notamment à l'exonération de cotisations sociales sur les heures supplémentaires, qui facilitera l'activité des entreprises tout en soutenant et revalorisant le travail.

Ce dispositif est complété par la transformation du CICE et du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) en exonérations de charges pérennes pour les entreprises et par la suppression des dispositifs d'exonérations ciblées. Sur ce point, le Gouvernement a d'ailleurs su travailler avec les partenaires sociaux, pour arriver à un accord ayant fait l'unanimité sur la compensation de l'aide et de l'accompagnement à domicile.

Une inquiétude persiste néanmoins sur le dispositif TO-DE pour les travailleurs agricoles, puisque plusieurs secteurs d'activité restent perdants malgré les exonérations de charges. Les députés de La République en Marche se félicitent de ce nouveau PLFSS équilibré, qui a vocation à aider les plus faibles tout en valorisant le travail, mais pouvez-vous, monsieur le ministre, nous préciser les

décisions à venir quant au dispositif TO-DE pour les travailleurs agricoles, sujet de vive inquiétude pour les députés marcheurs ?

Pouvez-vous par ailleurs, madame la ministre, nous donner votre position sur la politique familiale, et notamment sur la prime de naissance, qui est actuellement versée après la naissance des enfants ? Cela avait déjà été un sujet de débat l'an dernier, à la suite du travail mené par nos collègues Guillaume Chiche et Gilles Lurton.

M. Jean-Pierre Door. Ce PLFSS pour 2019 montre des évolutions budgétaires dont on ne peut que se satisfaire. Je voudrais néanmoins vous interroger sur l'incohérence qui existe entre vos propositions et les déclarations au Conseil stratégique des industries de santé (CSIS), à qui le Premier ministre avait garanti, en juillet dernier, une croissance de 0,5 %. Or vous proposez 220 millions d'euros d'économies appuyées sur la promotion du générique, des baisses de prix à hauteur de 960 millions d'euros et le déremboursement de certains médicaments de marque.

Toujours en ce qui concerne le médicament, l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) est un dispositif précieux que beaucoup de pays nous envient. Or l'article 42 ne me paraît pas du tout lisible et mérite que nous y revenions.

Concernant ensuite l'échelonnement jusqu'en 2021 du dispositif « 100 % santé » en matière d'optique, de prothèses auditives et dentaires, n'y a-t-il pas un risque de voir augmenter certaines cotisations retraites ? On sait que, sur ce point, les mutuelles sont dans les *starting blocks*.

Je voudrais enfin évoquer la psychiatrie, qui est en France un problème de santé publique. Lors du lancement de votre plan sur la psychiatrie et la santé mentale, vous promettiez un parcours de soins coordonné avec une offre accessible. Où en êtes-vous de la mise en place de ce plan, de l'organisation des personnels et des services ?

Ma dernière question sera pour M. Darmanin : Que doit-on penser de la cotisation de 1 % sur les pensions des retraités du privé, qui vient s'ajouter à la CSG, aujourd'hui à 8,3 % ? Cette cotisation date de quarante ans et elle perdure, si bien que les retraités acquittent une cotisation de 9,3 %, contre 8,3 % pour les autres citoyens. Cela constitue à mes yeux une rupture d'égalité.

M. Gilles Lurton. La semaine dernière, le conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales a rendu un avis négatif sur ce PLFSS. Au rang des mesures justifiant cet avis se trouve l'article 44, qui prévoit la sous-indexation des prestations familiales et des plafonds de ressources conditionnant ces prestations à hauteur de 0,3 %, pour une inflation estimée à 1,3 %. Cette sous-indexation est d'autant plus incompréhensible que la commission des comptes de la sécurité sociale prévoyait en septembre un excédent de 1,7 milliard d'euros pour la branche famille en 2019.

Je prendrai deux exemples pour vous démontrer à quel point cette sous-indexation des plafonds est pernicieuse. Premièrement, alors que l'allocation de rentrée scolaire concerne déjà moins de la moitié des enfants d'âge scolaire, elle n'en concernera plus qu'un tiers en 2024, car la survalorisation des ressources va accélérer le processus de sortie d'un grand nombre de familles de l'allocation de rentrée scolaire. Le raisonnement est le même pour les plafonds de ressources du complément de mode de garde, qui vont faire baisser le montant auquel les familles ont droit, selon leur tranche de revenus.

Alors que toute notre politique familiale devrait être orientée vers une meilleure conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, vous allez accentuer l'écart entre la prestation et le salaire payé à l'assistante maternelle. Cela ne fera qu'augmenter le reste à charge des familles.

Vous allez me répondre que les salariés verront leur pouvoir d'achat progresser. Cela reste à démontrer mais, en supposant que ce soit vrai, seuls les salariés avec charge d'enfants se verront reprendre ce gain de pouvoir d'achat par des pertes de prestations familiales, loin de la redistribution horizontale à laquelle nous sommes attachés.

Ma question est donc simple : pouvez-vous nous dire combien de familles seront touchées par cette sous-indexation des plafonds de ressources et des prestations familiales ? Quelle économie en attendez-vous, en plus des 260 millions d'euros affichés dans le PLFSS pour 2019 ? Pourquoi ne pas limiter la mesure à la survalorisation des prestations, qui pénalise déjà fortement les familles ? Enfin, je souhaiterais savoir si, bien qu'ayant renoncé à inscrire dans ce PLFSS toute disposition en faveur de la politique familiale, vous seriez encline à accepter cette année que le versement de la prime de naissance se fasse avant la naissance de l'enfant.

Mme Nathalie Elimas. Nous voilà réunis ce soir pour débiter l'examen du PLFSS pour 2019, et même si nous regrettons, nous aussi, la réception tardive de sa version finale, nous tâcherons d'y apporter les modifications qui nous semblent nécessaires, tout en soutenant sa philosophie générale.

En effet, ce texte s'inscrit dans la continuité de la trajectoire présentée dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques adoptée l'an dernier. Notre groupe soutient l'objectif du Gouvernement, qui vise à assurer une maîtrise de la dépense, afin de maintenir un équilibre des comptes pérenne, tout en assurant la continuité des ambitions du Président de la République.

Nous ne pouvons que nous réjouir du retour à l'équilibre des comptes du régime général de la sécurité sociale, pour la première fois depuis dix-huit ans. Cela doit nous satisfaire, mais aussi nous encourager à persévérer dans cette voie. En effet, il s'agit de poursuivre les efforts entrepris depuis plusieurs années pour que ces résultats s'inscrivent dans le temps et que l'objectif d'amortissement de la dette de la sécurité sociale d'ici 2024 soit atteint.

En ce qui concerne plus particulièrement la libération de l'économie et le soutien à l'activité, notre groupe se satisfait de la mesure visant à l'exonération des cotisations sociales sur la rémunération des heures supplémentaires ; elle est cohérente avec la suppression des cotisations salariales d'assurance-maladie et d'assurance-chômage que nous avons votée l'an dernier. Toujours en cohérence avec ce que nous avons décidé il y a un an à la même période, le remplacement en 2019 du CICE et du CITS par une exonération renforcée des cotisations sociales nous semble tout à fait approprié dans la conjoncture actuelle. Cependant, nous serons très attentifs à certaines dispositions de l'article qui le met en œuvre, celles notamment relatives aux travailleurs occasionnels. Enfin nous apprécions l'effort consenti sur les modulations d'assujettissement aux différents taux de CSG pour les retraités ; c'est un bon signal qui leur est envoyé.

Sur l'investissement dans la transformation du système de santé, les mesures propres à la refonte de notre système de santé émanent, pour la plupart, du plan « Ma santé 2022 », que nous avons accueilli très favorablement.

Le déploiement du financement au forfait de certaines pathologies chroniques va dans le sens d'une médecine rationnelle et de qualité. Nous suivrons, là encore, son évolution.

En outre, les mesures relatives à l'intensification de la prévention en faveur de la jeunesse ne peuvent que nous satisfaire, puisque notre groupe s'est toujours investi sur cet enjeu considérable. Trop longtemps déconsidérée, la prévention semble revenir en grâce aujourd'hui, et il est désormais indispensable de concrétiser tout cela *via* un pilotage politique.

Enfin, la refonte de l'hôpital apparaît plus que nécessaire, et nous nous réjouissons de l'effort consenti dans ce PLFSS pour 2019, pour financer des investissements devant servir à améliorer la prise en charge et l'accueil des patients.

Sur la protection des plus vulnérables, nous nous sommes toujours mobilisés pour intensifier l'accompagnement des publics en difficulté. Aussi l'ambition de fournir une complémentaire santé à toutes et à tous par la fusion de la CMU et de l'ACS nous paraît-elle extrêmement positive. Quant à la confirmation du relèvement du minimum vieillesse et de l'allocation adulte handicapé, elle était attendue.

En ce qui concerne la politique familiale, nous souscrivons aux quelques mesures proposées, qu'il s'agisse de l'alignement des congés de maternité ou du coup de pouce spécifique sur le complément du mode de garde. Toutefois le Mouvement Démocrate et apparentés (MODEM) s'est toujours fait le garant d'une politique familiale plus juste et plus ambitieuse. En ce sens, nous vous proposerons des amendements qui nous semblent en totale cohérence avec les ambitions de ce gouvernement, notamment quant au renforcement du socle social que constitue la famille.

Madame la ministre, monsieur le ministre, les députés du MODEM vous soutiendront donc sans réserve mais avec attention, en gardant en tête cet esprit constructif qui anime notre majorité depuis le début de la législature. À ce titre, nous formulerons plusieurs propositions qui, nous l'espérons, sauront vous convaincre.

M. Francis Vercamer. Ce projet de budget surprend parce qu'on peine à lui trouver une ligne directrice claire et qu'il ne donne pas le sentiment de traduire de manière opérationnelle l'ambitieux plan « Ma santé 2022 » exposé par le Président de la République. On a davantage l'impression de se trouver face à un projet de budget d'attente, qui expédie les affaires courantes, et nous déplorons le décalage entre les objectifs affichés dans le plan et leur traduction, somme toute timide, dans ce PLFSS, mais également entre le constat d'un retour à l'équilibre des comptes et l'ampleur des réformes qui restent à accomplir pour mieux organiser notre système de santé et pérenniser cet équilibre.

Même si on ne peut que se réjouir de discerner un retour à l'équilibre des comptes à l'horizon de l'année prochaine, encore faut-il que cet équilibre ne repose pas uniquement sur les recettes dégagées par le dynamisme de la masse salariale, les hausses de taxes ou des mesures d'économie qui relèvent davantage du traditionnel coup de rabot que de la réforme de structure. Le risque reste grand de retrouver ces déficits au moindre retournement de conjoncture économique ; la Cour des comptes pointe d'ailleurs la situation dégradée de l'assurance maladie comme l'une des principales zones de fragilité de notre protection sociale. Elle ne manque pas de rappeler la nécessité d'apporter des réponses aux causes structurelles des déficits de la sécurité sociale.

La situation financière des hôpitaux est de plus en plus critique. Par un transfert depuis l'assurance-maladie, leur déficit a atteint en 2017 le niveau record de 835 millions d'euros, tandis que la dette des hôpitaux publics se maintient à environ 29,8 milliards d'euros. La progression de l'ONDAM de 2,5 % en 2019 ne permettra pas de répondre au besoin de financement des hôpitaux publics, dont les investissements seront ainsi retardés.

Dans ce contexte, plusieurs fédérations d'établissements de santé et d'hôpitaux confrontés à une baisse de leur activité ont récemment fait connaître leur souhait d'un moratoire sur la baisse des tarifs : quelle sera donc l'évolution de la politique tarifaire appliquée en 2019, compte tenu de la situation critique de l'hôpital ?

En ce qui concerne les modes de rémunération, le PLFSS prévoit un développement du financement forfaitaire de la prise en charge de certaines maladies chroniques. Cette forfaitisation ne devrait toutefois concerner en 2019 que les établissements de santé, alors que ceux-ci bénéficient déjà de certains mécanismes de forfaitisation, comme les missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC). Pourquoi ne pas engager d'emblée une logique de

forfaitisation avec l'ensemble des professionnels de santé concernés par ces maladies ?

Quelles dispositions le PLFSS pour 2019 contient-il pour donner une impulsion significative à la constitution des communautés professionnelles territoriales de santé destinées à favoriser l'exercice coordonné des professions de santé dans les territoires, pour une meilleure prise en charge des patients ?

Enfin, parmi les inquiétudes formulées par les professionnels de santé, figure celle des prestataires de soins à domicile, qui voient l'effort d'économies qui leur est demandé augmenter de 50 %, soit 150 millions d'euros, ce qui paraît remettre en cause la prise en charge à domicile dans le cadre des pathologies chroniques. Dans quel cadre inscrivez-vous les mesures d'économies prévues dans ce secteur ?

M. Paul Christophe. Madame la ministre, lors du dernier Conseil stratégique des industries de santé, vous aviez fait des annonces très encourageantes qui ne semblent pas être traduites dans le projet de loi proposé.

Une nouvelle fois, le médicament demeure la variable d'ajustement du budget de l'assurance-maladie et le principal pourvoyeur d'économies, à hauteur d'un milliard d'euros. Ces coupes ne prennent pas en compte la pertinence ou non de la dépense et engendrent de sérieuses difficultés pour le secteur dans son ensemble. Sont aussi bien touchés les laboratoires, les grossistes répartiteurs que les officines. Nous risquons donc de dépasser le point de rupture, avec plusieurs risques : celui de voir les laboratoires cesser d'investir dans de nouveaux traitements, plus efficaces et innovants, les grossistes répartiteurs réduire leurs livraisons – ce qui touchera en premier lieu les territoires ruraux les plus reculés –, les officines enfin fermer au fur et à mesure, mettant à mal le maillage territorial qu'elles constituent et auquel vous avez dit être profondément attachée.

Ne pensez-vous pas qu'il serait plus pertinent de travailler sur les volumes plutôt que sur les prix ? Je souhaite ainsi connaître vos intentions pour résoudre les problèmes de rupture de stock et d'approvisionnement de médicaments : avec 530 signalements, soit dix fois plus qu'en 2008, l'année 2017 a constitué une année record en la matière. Je souhaite également obtenir quelques précisions sur la suppression du fonds de financement de l'innovation pharmaceutique : comment s'assurer que cette évolution sera sans conséquence sur l'accès aux thérapies innovantes ou sur la dynamique de l'ONDAM ?

En matière d'accès aux ATU, votre projet de loi propose des avancées significatives, mais seront-elles réellement suffisantes pour endiguer les problèmes de délais ? Pour rappel, nous dépassons actuellement les 500 jours entre l'autorisation de mise sur le marché (AMM) d'un médicament et la décision de tarification et de remboursement, là où la norme européenne est de 180 jours.

Enfin, pouvez-vous préciser les modalités de mise en œuvre des dispositions ayant pour objet d'encourager le recours aux génériques, notamment

la suppression de la mention manuscrite « *non substituable* », dont on a du mal à percevoir le fonctionnement. Aussi, hormis l'augmentation de l'ONDAM de plus de 400 millions d'euros qu'il nous faut souligner, les ambitions exprimées par le Président de la République au sujet de « Ma santé 2022 » ne nous semblent pas clairement lisibles dans ce PLFSS, mais il nous reste de nombreuses heures de débat ensemble pour que vous puissiez nous éclairer et améliorer le texte initial.

M. Joël Aviragnet. Le groupe Socialistes et apparentés se réjouit que le taux de l'ONDAM soit porté à 2,5 %, le taux le plus élevé depuis cinq ans. Toutefois, il y a cinq ans, la croissance était nulle et, au regard des prévisions de croissance et d'inflation, on aurait pu s'attendre à un effort plus important de la part du Gouvernement.

En dépit de bonnes mesures comme l'autorisation faite aux pharmaciens d'effectuer la vaccination antigrippale, l'extension du congé de maternité aux agricultrices et aux indépendantes ou encore le remboursement des médicaments sur la base des génériques, ce PLFSS reste globalement décevant. Rien pour lutter contre la désertification médicale, si ce n'est quelques mesures cosmétiques à la marge. Aucun effort sur les allocations familiales, mais, au contraire, des restrictions budgétaires et donc, contrairement à ce qui est annoncé, une forte baisse du pouvoir d'achat des familles. Rien sur les retraites, même si cela s'explique par la réforme qui a par ailleurs été annoncée. Aucune avancée des droits pour les assurés, alors que le budget de la sécurité sociale revient à l'équilibre et dégage même des excédents. Vous préférez les utiliser pour distribuer des cadeaux aux rentiers ainsi qu'aux entreprises, là où nous attendions de meilleures prises en charge, concernant notamment la petite enfance, et le grand âge

Enfin, le « 100 % santé » est, à vous écouter, une révolution, alors qu'en réalité le dispositif sera financé par les complémentaires – encore faudrait-il que tous les Français en est une.

Permettez-moi donc de vous faire part de ma grande déception à la lecture de ce PLFSS. J'ai d'abord cru pouvoir me réjouir, en découvrant que vous comptiez « *protéger les plus vulnérables et faire plus pour ceux qui ont moins* », mais il m'a bien fallu constater qu'en réalité vous diminuez les prestations des retraités et des familles. Sans doute devriez-vous faire moins pour ceux qui ont plus : les plus vulnérables vous en sauraient gré.

Mme Caroline Fiat. Comme vous l'avez précisé, madame la présidente, nous avons reçu le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 cet après-midi à dix-sept heures quarante-huit, c'est-à-dire moins de quatre heures avant cette audition. Comment voulez-vous que nous posions des questions pertinentes sur un projet de loi que nous venons à peine de recevoir, qui compte 58 articles et 177 pages ? Nous devons rendre nos amendements après-demain ; comment voulez-vous que nous lisions l'ensemble du projet de loi, que nous fassions des arbitrages et que nous rédigeons nos amendements en moins de

quarante-huit heures ? Nous regrettons que notre demande de report ait été refusée, mais nous remercions notre présidente de l'avoir évoquée, et surtout d'avoir exprimé notre point de vue en demandant que, l'an prochain, les choses se déroulent différemment. Je sais, madame la ministre, monsieur le ministre, que vous n'êtes pas responsables et que la faute en incombe surtout à ce remaniement tant attendu...

Le PLFSS que vous nous proposez perpétue la maltraitance institutionnelle. Vous semblez vous satisfaire de ce que le régime général ait retrouvé l'équilibre, mais à quel prix ? Au prix, je le répète d'une forme de maltraitance institutionnelle. Vous n'avez tenu aucun compte du doublement du ratio soignants-résidents recommandé par le rapport que Monique Iborra et moi-même avons rendu sur les EHPAD. Vous nous dites que 360 millions d'euros supplémentaires leur seront consacrés entre 2019 et 2021, dont 125 millions dès 2019 : nous sommes loin des 8 milliards que chiffrait le rapport !

Que comptez-vous faire des 400 millions d'euros d'autorisations de dépenses gelées en début d'année, qui devaient initialement être restituées aux hôpitaux à la fin de l'année ? Allez-vous, par un jeu de passe-passe, les utiliser pour financer le plan Santé, alors que nos hôpitaux en ont cruellement besoin ? À l'hôpital psychiatrique Pinel d'Amiens, les membres du collectif Pinel, en grève depuis cent dix-huit jours, se sont aujourd'hui enchaînés aux entrées de l'ARS pour faire entendre leur détresse : qu'allez-vous leur dire ainsi qu'à tous les personnels en grève dans les hôpitaux de France ?

Vous annoncez quelques centaines de millions d'euros supplémentaires : à peine de quoi compenser l'inflation et bien moins que ce qu'il faudrait pour compenser les précédentes mesures d'austérité et faire face au vieillissement de notre population ainsi qu'à l'augmentation des maladies chroniques. Les économies demandées à l'assurance-maladie, se chiffrent en milliards, mais l'ONDAM n'augmente que de 0,2 point pour atteindre 2,5 %, alors qu'une augmentation de 4 % serait nécessaire.

Les soignants ont besoin d'un soutien pour avoir les moyens de traiter dignement les patients. Quant aux hôpitaux, ils sont paralysés par leurs 30 milliards de dettes.

Pour ce qui est des annonces sur le grand âge et l'autonomie, je m'en réjouis, mais comment ferons-nous avant que le projet de loi soit débattu fin 2019 ? Je voudrais ici avoir une pensée pour le radiologue de l'hôpital de Châteauroux, qui s'est suicidé ce matin, victime d'un *burn-out*.

M. Pierre Dharréville. Si tout allait pour le mieux dans le meilleur des mondes, sans doute les différents conseils d'administration des caisses de la sécurité sociale auraient-ils voté en faveur de ce PLFSS ; mais il n'en est rien. Le PLFSS pour 2019 poursuit en effet une politique de compression des dépenses

sociales. Ce sont 5,7 milliards d'euros d'économies, dont 3,8 milliards sur les dépenses de santé, qui sont prévus pour atteindre l'équilibre.

Les hôpitaux, exsangues, sont une fois de plus visés. Ils devront réaliser 910 millions d'euros d'économies, après 1,4 milliard d'euros d'économies en 2018. Parallèlement, les pensions de retraite, les aides personnalisées au logement (APL), les allocations familiales sont quasiment gelées, avec une augmentation de 0,3 %, bien inférieure à l'inflation, évaluée à 1,5 %, ce qui constitue une nouvelle attaque contre le pouvoir d'achat de nos concitoyennes et concitoyens

Dans ces conditions, il paraît presque indécent de se féliciter d'un retour à l'équilibre de la sécurité sociale. En effet, ce retour à l'équilibre est d'abord dû aux sacrifices consentis par les assurés et les établissements de santé depuis une dizaine d'années, et la Fédération hospitalière de France, elle-même, exige un plan d'urgence.

On aurait pu atteindre ce même objectif, en allant chercher de nouvelles recettes et sans raboter les pensions. On aurait pu lutter contre la fraude patronale aux cotisations sociales ou en finir avec les exonérations massives de cotisations sociales. Mais ce n'est pas le choix que vous avez fait. Ce budget organise en effet le sous-financement chronique, l'assèchement de la sécurité sociale. Derrière la belle façade, la démolition continue. Ce PLFSS, comme celui de l'an dernier, sert la baisse du coût du travail au détriment du financement des prestations sociales. Il grève ainsi clairement le pouvoir d'achat des assurés sociaux.

Outre la reconduction des 46 milliards d'euros d'exonérations de cotisations sociales, le Gouvernement met en place un cadre financier contraint, en pérennisant de nouveaux allègements de cotisations pour les employeurs, à travers la transformation du CICE en réduction générale de cotisations, pour un montant de 20 milliards d'euros, qui s'ajoutent aux 20 milliards que les entreprises percevront au titre du crédit d'impôt de 2018. De plus, les allègements de cotisations sur les bas salaires sont renforcés, ce qui signifie que les employeurs ne paieront plus aucune cotisation au niveau du SMIC. N'oublions pas pourtant que le vrai salaire est le salaire brut, car c'est celui qui ouvre des droits au chômage et à la retraite.

Mais le pire est encore la fongibilité entre le budget de l'État et celui de la sécurité sociale. Les exonérations qui ne seront plus compensées représentent un montant de 1,3 milliard en 2019, qui grèvera l'autonomie de la Sécurité sociale. La réforme du système de soins est donc contrainte par un carcan budgétaire qui ne permettra pas de répondre aux besoins en santé ni de lutter contre la désertification médicale.

Alors que la progression naturelle des dépenses de santé et de l'ordre de 4,5 %, vous fixez en effet un ONDAM à 2,5 %, soit une économie de 3,8 milliards d'euros, par rapport au tendanciel. Ce léger desserrement de l'ONDAM profitera peu aux hôpitaux. Pourtant, la crise de l'hôpital et la souffrance des personnels

que nous constatons à l'occasion du tour de France des hôpitaux que nous effectuons appellent des moyens nouveaux et l'arrêt des restructurations et des fermetures de services. D'une certaine manière vous laissez penser que le problème de l'hôpital est un problème d'organisation interne, occultant le problème massif de sous-financement.

Nous prenons acte de la remise en cause partielle de la tarification à l'activité, avec l'instauration d'un financement au parcours de soins. C'est l'aboutissement d'un combat que nous menons depuis l'instauration de la T2A en 2004.

Nous pourrions également nous satisfaire de la mise en place du reste à charge zéro. Sur le principe, nous sommes évidemment favorables à garantir des soins de base sur l'optique, le dentaire et l'audioprothèse pour nos concitoyennes et concitoyens, mais nous attendons d'en juger la mise en œuvre concrète. Les complémentaires auront vocation à financer ce dispositif, ce qui se répercutera inévitablement sur les cotisations payées par leurs assurés. Parler de « 100 % santé » est, par ailleurs, un abus de langage, puisque tous les soins ne sont pas concernés et que ces mesures pourraient préfigurer un transfert de la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire vers les complémentaires, et donc vers les assurés, ce que nous ne souhaitons pas. Cela aurait pu être une belle idée, mais qui sera détournée pour rentrer dans vos schémas, avec lesquels elle n'est pourtant pas compatible, si on veut l'appliquer réellement. De même, la CMU élargie sera en partie financée *via* un fonds alimenté par les mutuelles.

Il se trouve, bien sûr, parmi les 58 articles, quelques mesures positives en matière de prestations. Je vous fais confiance pour en faire la publicité, tout comme vous faites aussi la publicité de mesures que je considère négatives. Cela étant, nous considérons globalement ce PLFSS comme un nouveau tour de vis social.

M. Gérard Darmanin, ministre de l'action et des comptes publics. En ce qui concerne les rapports entre l'État et la sécurité sociale, nous pouvons nous mettre d'accord, monsieur le rapporteur général, sur le fait qu'il n'y a pas de cagnotte sociale, pas plus qu'il n'y avait de cagnotte fiscale lorsque la croissance semblait partie pour durer : avec 2 200 milliards d'euros de dettes, on ne constitue pas de cagnotte fiscale ; avec une dette sociale qui s'élève à 120 ou 125 milliards d'euros on ne constitue pas non plus de cagnotte sociale. Nous visons un apurement à l'horizon 2024, ce qui se rapproche mais reste au-delà du quinquennat du Président de la République et de cette législature.

Nous pouvons éventuellement nous poser la question de savoir ce que nous ferons de nos excédents après 2024, mais encore faut-il y arriver, ce qui n'est pas gagné car certaines économies restent à confirmer et que cela dépend également de la croissance, et donc des recettes. La question mérite sans doute d'être posée, car nous devons anticiper l'avenir, mais elle ne nous paraît pas avoir d'actualité immédiate, notre priorité étant le désendettement, sachant que le jeu

des vases communicants des politiques publiques complique parfois la prise de décision dans le champ social.

Comme le montre le rapport Charpy-Dubertret, nous avons voulu essayer à la fois de simplifier la tuyauterie et de responsabiliser les acteurs. Il n'est pas tout à fait normal en effet, comme cela a souvent été pointé par la Cour des comptes que les commandeurs ne soient pas les payeurs et que l'on mise sur des crédits budgétaires pour financer les compensations : lorsqu'on atteint 36 milliards d'euros de compensation, la machine devient folle... Nous souhaitons donc la simplifier.

Si les réformes précédentes ont permis les excédents que nous connaissons aujourd'hui, il ne faut pas oublier le travail quotidien de tous les professionnels de santé et des Français qui grâce à leurs recettes et à leurs non-dépenses, si je puis dire, ont contribué à cet équilibre. Nous n'avons pas la volonté de mettre l'intégralité d'éventuels excédents dans le champ de l'État pour résoudre l'endettement public au sens large.

La règle que nous avons proposée, c'est à la fois une chronique et le chacun pour soi : chacun reste dans son coin, et quand il y a des allègements généraux il y a des compensations, et quand des choix spécifiques sont faits par des champs spécifiques on respecte cette règle. Je crois que nous aurons l'occasion d'y revenir lors de la discussion du budget. Le PLFSS que nous présentons prévoit 36 milliards d'euros de compensation entre l'État et la sécurité sociale, et 2 milliards qui sont proprement sociaux – forfaits sociaux, mesures de correction de la CSG pour un montant de 300 millions – et ne sont pas compensés.

Plusieurs d'entre vous, quel que soit leur groupe politique, m'ont interrogé sur le dispositif TO-DE. Comme je vous l'ai dit dans mon propos liminaire, ce ne serait pas responsable de dire que l'allègement général de charges bénéficiera à l'intégralité du monde agricole – plus 60 millions par rapport à aujourd'hui. Il y a donc des spécificités à prendre en compte sur les métiers que vous avez évoqués. Le Premier ministre a évoqué avec les organisations syndicales agricoles une sortie « en sifflet » du dispositif TO-DE qui n'est peut-être pas aussi nette que ce que nous présentions jusqu'à présent. Il nous faut sans doute ici ou là jouer sur l'intégralité des mesures que nous pouvons mettre en place. Je vous rappelle que le projet de loi de finances comporte des mesures extrêmement favorables aux agriculteurs, ne serait-ce qu'en ce qui concerne l'épargne ou la fiscalité. Nous vous proposons d'étudier la sortie en sifflet d'un système qui n'est pas structurel ainsi que des mesures structurelles qui relèvent de telle ou telle filière pour leur permettre de faire face à la compétitivité internationale puisque parfois le coût du travail saisonnier peut représenter jusqu'à 70 %, notamment dans l'horticulture et la viticulture.

Aujourd'hui, je ne connais pas encore totalement les arbitrages que souhaite faire le Premier ministre, mais nous aurons l'occasion de discuter dans l'hémicycle du dispositif TO-DE, qui représente environ 300 millions, et de

trouver un compromis, sur proposition soit du Parlement, soit du Gouvernement, le Gouvernement ayant la volonté de ne pas faire comme s'il n'y avait pas d'allègement de charges tout en comprenant que certains métiers et filières ont davantage de difficultés que d'autres. Je suis sûr que nous parviendrons à trouver, avec Mme Buzyn et le ministre de l'agriculture, un chemin qui nous permettra de respecter le travail du monde agricole.

Monsieur Door, vous m'interrogez sur la suppression de 1 % de la cotisation sur les retraites complémentaires, donc sur les retraités les moins modestes, qui représente environ un milliard d'euros. Je vous rappelle que le taux de CSG pour les retraités est inférieur d'un point à celui des actifs. Nous n'avons fait qu'augmenter un taux réduit qui reste inférieur à celui des actifs. Si nous supprimions ce pourcentage, il faudrait d'abord trouver un milliard, ce qui n'est pas si évident. Vous qui êtes un fin connaisseur de ces questions et responsable par ailleurs, je suis sûr que vous pouvez nous présenter un amendement qui trouve un gage sérieux d'un montant d'un milliard. Si un gouvernement, quel qu'il soit, devait un jour se poser la question de la fiscalité sociale pour les retraités, je ne suis pas certain qu'il serait juste de supprimer ce pourcentage. Je ne suis donc pas tout à fait sûr que ce soit le chemin que prendrait ce Gouvernement ni les gouvernements en général, indépendamment du fait que cela coûte un milliard.

Je suis assez étonné de la prise de position de M. Door et de M. Lurton sur la question des prestations familiales et sur la revalorisation modérée des prestations sociales. J'ai écouté avec attention M. Wauquiez – rassurez-vous, monsieur Door, « M. Wauquiez », ce n'est pas une insulte, ce n'est pas grave – qui a fait une conférence de presse hier. Il a dit notamment que les fonctionnaires devraient travailler 39 heures payées 35 !

M. Thibault Bazin. Vous n'étiez pas en conseil des ministres ?

M. Gérard Darmanin, ministre de l'action et des comptes publics. J'ai regardé le *replay* ! Dès que M. Wauquiez s'exprime, j'écoute ce qu'il dit et c'est normal puisque c'est le chef de l'opposition. Je me suis demandé s'il souhaitait augmenter le SMIC de 20 %, mais finalement ce n'est pas ce qu'il a proposé.

Dans le champ social, il propose de plafonner toutes les prestations sociales à 75 % du SMIC, ce qui veut dire bloquer toutes les prestations sociales, prestations familiales comprises, à 880 euros. C'est tout le contraire de ce que nous faisons puisque nous augmentons les prestations sociales, notamment le minimum vieillesse et l'AAH. En fait, le programme du parti politique auquel vous appartenez revient à baisser l'AAH, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), ou les prestations familiales si elles représentent plus de 75 % du SMIC quand on les additionne. C'est un point intéressant que je n'ai pas entendu dans vos propos, c'est dommage. Nous aurons sans doute l'occasion d'y revenir.

M. Wauquiez propose également que les ressortissants étrangers doivent attendre trois ans avant d'avoir accès aux prestations sociales. Là encore, vous

n'avez pas repris sa proposition, ce qui ne m'étonne pas car cela doit vous gêner. C'est effectivement une façon d'avoir des recettes supplémentaires, mais ce n'est pas tout à fait ce que disait le parti politique auquel nous avons appartenu il y a encore quelques mois. Il y a là un changement dans la façon d'imaginer le champ social. Pour notre part, nous avons fait un choix différent en attendant la grande réforme des retraites évoquée par Agnès Buzyn. Nous sommes par ailleurs responsables, ce qui nous différencie sans doute des prises de position de l'aile gauche, si vous me permettez cette expression rapide et sans condescendance, et nous pensons qu'il faut tenir la dépense sociale, que la réforme des retraites est très importante et que la légère revalorisation des prestations – minimum vieillesse, AAH, prime d'activité – touche les retraites et les prestations familiales. Ce sont les économies qui permettent de tenir effectivement la redistribution que nous souhaitons par ailleurs.

L'option alternative, celle que vous avez proposée par l'intermédiaire du chef de votre parti, n'est manifestement pas celle que nous défendons. C'est dommage de ne pas l'avoir dit.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Monsieur Véran, vous m'avez posé la question de la CMU contributive et du coût pour les mutuelles. Je tiens à vous rassurer : les organismes complémentaires qui couvriront les assurés – ex-système ACS – seront remboursés intégralement des frais de santé pris en charge pour la CMU dans la limite d'un forfait. En offrant cette CMU contributive, elles ne prennent aucun risque d'avoir des contrats déficitaires, d'autant qu'elles percevront un forfait de gestion. Le coût global pour les finances publiques de cette réforme est estimé à 200 millions d'euros à l'horizon 2022 et sera effectivement financé par le fonds CMU-C.

Vous proposez un forfait de réorientation qui bénéficierait aux établissements de santé qui réorienteraient les patients pris en charge aux urgences. Je vous confirme l'intention du Gouvernement de proposer une mesure incitative à la bonne orientation des flux d'urgence par la création d'un forfait de réorientation qui pourrait être pris en charge totalement par l'assurance maladie. Je serai donc favorable à toute initiative de votre part en ce sens.

Monsieur Mesnier, vous m'interrogez sur la position du Gouvernement en ce qui concerne la prime de naissance. C'est un gouvernement précédent qui avait décalé la prime de naissance, prime qui, depuis le 1^{er} janvier 2015, est versée après la naissance de l'enfant. Nous savons que ce n'est pas très logique, mais revenir sur ce décalage coûterait 200 millions d'euros à la branche famille pour 2019. Ce n'est pas une priorité identifiée cette année par le Gouvernement. La politique familiale privilégie par ailleurs le soutien aux familles les plus modestes et les plus fragiles. J'y reviendrai lorsque j'aborderai la stratégie pauvreté qui couvre en particulier des besoins des enfants les plus défavorisés.

Monsieur Door, vous m'interrogez sur la politique du médicament du Gouvernement. Le PLFSS pour 2019 permet de concrétiser plusieurs engagements

que nous avons pris dans le cadre du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) au mois de juillet dernier. Nous mettons en place un dispositif de régulation plus simple et plus prévisible face aux évolutions du budget du médicament, nous permettons l'accès plus rapide aux thérapeutiques les plus innovantes à travers l'élargissement du dispositif des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) aux nouvelles indications, mais effectivement nous prôtons aussi des économies. Au vu de la dynamique de dépenses des médicaments aujourd'hui dans notre pays, ces économies n'obèrent pas la capacité à tenir nos engagements, à savoir une croissance du secteur de 0,5 %. Avec les économies prévues, les engagements du CSIS seront tenus.

L'article 42 est particulièrement complexe pour tenir compte des remarques des industriels. C'est un article qui permet la régulation de la dépense sur des ATU données pour les extensions d'indication d'AMM. En pratique, il s'agit d'éviter que nous soyons obligés de payer en ATU le prix le plus fort qui est celui obtenu par l'AMM initiale, mais ce mécanisme garantit aux industriels que si le prix fixé *in fine* pour la nouvelle indication est supérieur au prix que nous avons payé pour l'ATU de cohorte, il y aura un reversement. La complexité de l'article 42 traduit en fait différents engagements que nous avons pris vis-à-vis des industriels. Cela explique la rédaction que vous trouvez illisible.

Vous craignez que le dispositif « 100 % santé » n'entraîne une augmentation des complémentaires santé. Vous le savez, il s'agit d'une réforme majeure pour beaucoup de Français et un effort très important que nous avons demandé à l'ensemble des filières. En fait, cet effort porte à la fois sur le budget de l'assurance maladie et sur les professionnels de l'ensemble de la chaîne de valeur. Je rappelle que le dispositif « 100 % santé » représente 750 millions d'euros de dépenses supplémentaires pour le budget de l'assurance maladie. C'est donc loin d'être un transfert de charges en direction des complémentaires santé. La sécurité sociale va réinvestir sur l'ensemble de ces secteurs, avec un étalement dans le temps pour que ce soit absorbable, d'où une réforme qui débute en 2019, s'étale en 2020 et sera en pleine puissance, c'est-à-dire avec un reste à charge de zéro à partir du 1^{er} janvier 2021. Cela passe par la modération du prix des lunettes ou des audioprothèses. Nous avons obtenu par exemple une réduction du coût des audioprothèses de 200 euros dès le mois de janvier 2019, ce qui permettra une réduction du reste à charge de 850 à 650 euros par oreille.

Le secteur psychiatrique est complètement inclus dans le plan « Ma santé 2022 » et doit faire l'objet d'un réinvestissement. Il sera donc intégré dans les investissements hospitaliers, mais le problème de la psychiatrie aujourd'hui est loin d'être un problème budgétaire ; il est beaucoup plus complexe. Il est lié à un manque de professionnels formés, de psychiatres qui souhaitent s'installer dans les hôpitaux psychiatriques, à un déficit majeur de pédopsychiatres, discipline qui a été abandonnée. Cela impose de recréer des postes, de former de nouveaux internes. Nous allons travailler sur le terrain avec les professionnels à l'organisation du parcours de soins en santé mentale, comme je m'y suis engagée dans la feuille de route. Tout cela ne nécessite pas un budget dans le cadre du

PLFSS, ce qui ne veut pas dire que la feuille de route ne sera pas tenue. J'ai par exemple pris un engagement en ce qui concerne l'ouverture des pratiques avancées infirmières à la psychiatrie en 2019, autrement dit des infirmières de pratiques avancées pourront se former en master de psychiatrie.

Monsieur Lurton, comme l'a dit M. le ministre, nous faisons des choix en matière de pensions de retraite et de politique de la famille. S'agissant des prestations familiales, la priorité est clairement donnée aux familles les plus pauvres, dans le cadre notamment de la stratégie pauvreté, avec toutes les mesures en faveur des allocations de garde d'enfants, la mixité sociale dans les crèches qui feront l'objet de bonus, la création de places de crèche dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville qui font également l'objet de bonus, le parcours santé des 0-6 ans, les petits-déjeuners à l'école, l'extension des forfaits sociaux dans les cantines à toutes les communes de moins de 10 000 habitants. Cet investissement majeur dans la petite enfance et en direction des familles les plus pauvres est inscrit, non dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, mais dans le projet de loi de finances. Pour le seul ministère des solidarités, ce sont 175 millions d'euros supplémentaires qui sont consacrés à la petite enfance et aux familles dans le cadre du plan « Pauvreté ».

Madame Elimas, je crois avoir déjà répondu en partie à votre question sur la politique familiale. Un mot sur les moyens alloués à la prévention, sujet qui vous tient à cœur. Un effort considérable est consenti en faveur de la prévention. Quinze mesures du plan « Priorité prévention » figurent dans le PLFSS, pour un montant global de près de 40 millions d'euros : remboursement dans les conditions de droit commun des substituts nicotiques, amélioration de la couverture vaccinale, « pass préservatif », création de consultations dédiées à la prévention pour les adolescents, nouvelle répartition des consultations pour les jeunes jusqu'à 18 ans.

Monsieur Vercamer, vous dites que le projet de loi de financement de la sécurité sociale ne traduit pas l'ambition du plan « Ma santé 2022 ». Je ne sais pas quoi vous répondre. Nous finançons la création de 1 000 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), la création de 1 000 postes par an d'assistants médicaux, la création de postes d'assistants salariés qui iront travailler dans les déserts médicaux, nous investissons dans les hôpitaux de proximité pour transformer l'offre de soins de proximité, nous investissons 200 millions d'euros supplémentaires par rapport à ce qui était déjà prévu dans les établissements de santé, nous finançons la tarification à la qualité – le fonds passe de 60 à 300 millions d'euros pour les établissements de santé –, nous tarifons forfaitairement certaines pathologies chroniques comme le diabète et l'insuffisance rénale chronique. Vous seriez donc bien le seul en France à ne pas croire à ce plan auquel adhèrent l'ensemble des organisations syndicales, des fédérations hospitalières, et la Cour des comptes. Mais peut-être ne l'avez-vous pas lu suffisamment.

Un effort supplémentaire de 150 millions d'euros est consenti en direction de l'aide à domicile et porte sur les dispositifs médicaux. Vous savez que la régulation sur les dispositifs médicaux est actuellement assez faible. Nous avons voulu éviter d'en passer par une régulation comme sur le champ des médicaments, c'est-à-dire un reversement automatique après dépassement d'un certain seuil de dépenses. Nous allons travailler sur des baisses de prix dans la liste des prestations et produits remboursables (LPPR). C'est cette traduction sur la baisse des prix qui figure dans les 150 millions d'euros d'économies, sachant que la dynamique de dépenses sur les dispositifs médicaux est extrêmement importante.

Monsieur Christophe, vous considérez que les médicaments sont la variable d'ajustement. La dynamique est très importante, et le moins que l'on puisse dire est que les prescriptions ne sont pas toujours justifiées. Aussi ne serait-il pas honteux que les patients sortent des cabinets médicaux avec des prescriptions un peu plus légères. Des mesures très fortes vont être prises en faveur des médicaments génériques. Tous les types de régulation sont les bienvenus. En tant que ministre, je sais fort bien que certains médicaments sont des rentes de situation et qu'il faut agir sur ce point, ce qui permettra de dégager des marges de manœuvre pour payer l'innovation. On ne peut pas, d'un côté, accepter que de nouveaux médicaments arrivent sur le marché avec des prix qui vont de 300 000 à 400 000 euros par patient et par an, et, de l'autre, ne pas dégager des marges de manœuvre tarifaires sur des médicaments de rente.

Des parlementaires viennent de nous rendre un rapport sur le problème des ruptures de distribution sur lequel nous nous appuyerons pour proposer des mesures, et nous verrons s'il est possible d'améliorer le plan de gestion des pénuries par les laboratoires. Comme vous le savez, les raisons de ces ruptures de distribution sont extrêmement variables. Aussi nous faut-il agir sur plusieurs leviers.

Vous dites que les délais d'accès aux médicaments sont plus longs en France qu'ailleurs. Non. Ils sont plus longs sur le papier, c'est-à-dire que le délai entre l'évaluation des médicaments par la Haute Autorité de santé (HAS) et la fixation du prix par le Comité économique des produits de santé (CEPS) est effectivement supérieur à la médiane européenne. Toutefois, pour les médicaments innovants ce délai est compensé par le mécanisme des ATU qui nous est envié partout dans le monde et qui permet aux patients de ne pas avoir de retard dans la prise en charge liée à ce délai de fixation du prix et d'accéder au médicament parfois un an ou un an et demi avant son autorisation de mise sur le marché. J'ajoute que si nous n'avions pas une certaine liberté en ce qui concerne les délais de fixation du prix, nous ne serions pas en mesure de négocier. Nous sommes attentifs à ce que les délais réglementaires soient tenus, mais dans certains cas cela traduit la difficulté à se mettre d'accord sur un prix.

Nous savons que la proportion de mentions « *non substituable* » sur les ordonnances est passé de 2 % à 9 % en six ans. L'objectif est donc d'agir sur les 9 % d'ordonnances sur lesquelles les praticiens ont écrit cette mention, ce taux

étant bien supérieur en France à ce qu'il est dans les autres pays européens, ce qui pourrait signifier que les patients français sont beaucoup plus allergiques aux médicaments génériques que ceux des autres pays du monde. Nous pensons, pour notre part, que l'usage de cette mention n'est pas toujours justifié. Aussi avons-nous prévu que le médecin puisse écrire la mention « *non substituable* » de façon automatisée afin de ne pas se créer une tâche administrative supplémentaire, mais qu'il doive justifier sa décision. Nous allons négocier avec les médecins et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) les critères médicaux de non-substitution, de façon que des malades ne disent pas qu'ils sont allergiques à la totalité des médicaments génériques, ce qui n'existe pas, comme peuvent le dire ceux qui, comme moi, connaissent un peu l'usage des médicaments.

Monsieur Aviragnet, vous prétendez que rien n'est fait pour lutter contre les déserts médicaux et que la totalité du plan « Ma santé 2022 » est dans le PLFSS. Je ne sais pas quoi vous répondre si ce n'est vous rappeler quelles mesures nous prenons : création de CPTS, de postes d'assistants médicaux pour donner du temps médical aux médecins, investissements dans les hôpitaux de santé, dans les maisons de santé...

Vous me dites qu'il n'y a rien sur la petite enfance et le grand âge. Je pense vous avoir déjà répondu. Nous nous adressons particulièrement aux enfants des familles défavorisées, soit dans le PLFSS, soit dans le PLF, par le plan de lutte contre la pauvreté. Enfin, vous me dites que le reste à charge est financé par les complémentaires santé. Je vous rappelle que 755 millions d'euros issus de l'assurance maladie serviront à financer le reste à charge zéro.

Madame Fiat, vous regrettez que le régime général soit équilibré. Pour ma part, je mets un point d'honneur à ne pas vivre sur le dos de mes enfants et à ne pas leur laisser de dettes. Effectivement, on peut continuer à dépenser toujours plus et faire en sorte que des enfants se retrouvent avec une dette absolument ingérable, mais dépenser plus ne permet pas toujours d'améliorer la situation.

Certes, les hôpitaux psychiatriques rencontrent des problèmes, mais ce ne sont pas uniquement des problèmes financiers. Tout miser sur les investissements nous conduirait à la catastrophe. L'hôpital Pinel d'Amiens dont vous avez parlé ne peut pas recruter de psychiatres pour différentes raisons que je ne détaillerai pas ici. Nous devons recentrer les ressources et travailler à une meilleure utilisation des plateaux techniques de haute technicité, car il y a actuellement une trop forte dispersion de l'offre technique. Les hôpitaux de proximité vont se concentrer sur les besoins de proximité – médecine polyvalente, soins palliatifs, soins gériatriques – et nous allons graduer les soins progressivement de façon à concentrer les financements sur des plateaux techniques performants où les praticiens interviendront pour des hôpitaux généraux, voire pour des CHU, pour l'offre de très haute technicité ou de recours, comme les transplantations.

Si nous savons que mettre toujours plus de moyens ne fonctionne pas, il n'en demeure pas moins que 3,4 milliards d'euros vont accompagner le plan « Ma santé 2022 », dont près d'un milliard sera dédié à l'investissement immobilier. Nous sommes donc bien au rendez-vous des besoins avec un plan parfaitement équilibré et salué par l'ensemble des acteurs comme étant un modèle de ce qu'il faut faire.

Monsieur Dharréville, vous parlez de la compression des dépenses sociales. Non : les dépenses sociales augmentent tous les ans, mais elles ne sauraient représenter la totalité du PIB d'un pays. Nous sommes donc obligés d'avoir une forme de régulation de ces dépenses, de façon à ne pas endetter notre pays, à ne pas endetter la sécurité sociale et à ne pas laisser cette dette à nos enfants. Il s'agit donc d'un budget raisonnable qui fixe des priorités en faveur des plus vulnérables, d'un meilleur accès aux soins et des solidarités. Nous sommes fidèles à la politique de ce gouvernement, c'est-à-dire à la rigueur budgétaire, en tout cas à la responsabilité budgétaire, à des financements dédiés aux politiques publiques que nous assumons, et qui font l'objet de choix assumés.

Vous avez dit que la crise des hôpitaux était liée à un problème d'organisation interne. Non, c'est un problème d'organisation externe. Et c'est bien parce que nous pensons qu'elle est due à la mauvaise ou l'insuffisante organisation des soins de ville que nous avons élaboré ce plan « Ma santé 2022 ». Le problème des hôpitaux est dû à la répartition de l'offre et à une mauvaise structuration de la gradation de l'offre au sein des établissements hospitaliers. Je pense donc que ce plan est totalement raisonnable.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Je vous rappelle que chaque orateur dispose d'une minute pour poser sa question et qu'il y a vingt-huit questions. J'invite donc chacun à respecter son temps de parole.

Mme Claire Pitollat. Je confirme que je partage les avancées saluées par mon collègue Thomas Mesnier.

Mon intervention concerne le financement des hôpitaux qui ne doit pas être strictement lié aux soins. La tendance à la baisse des tarifs à l'activité se fait au détriment des provisions d'investissement et d'innovation des hôpitaux. Au cours d'un cycle de visites de l'ensemble des sites de l'Assistance publique Hôpitaux de Marseille (AP-HM), j'ai pu constater un paradoxe : les modes de financement ont été réformés et rationalisés, mais l'effort demandé est tel que cette rationalisation conduit les établissements à délaisser les plans d'investissement. Il en résulte un vieillissement des établissements qui devient à terme dangereux pour la sécurité et la qualité des soins, là où des provisions sanctuarisées auraient permis de préserver les structures *via* des coûts maîtrisés.

Nombre d'établissements sont réduits à demander de lourds crédits exceptionnels, notamment *via* le Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) au motif de l'urgence de sécurité

des soins. Au-delà de ces crédits exceptionnels supplémentaires, que prévoyez-vous pour permettre aux hôpitaux d'établir leur plan de financement sans avoir à choisir entre les besoins immédiats et la sécurité des soins sur le long terme ?

Mme Isabelle Valentin. Nous ne pouvons que nous féliciter du retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale. Profitons de cette embellie pour réformer en profondeur le système de santé.

Je souhaiterais vous interpellier sur deux points.

Le premier point concerne les crèches. Lors de la présentation du plan pauvreté il y a trois semaines, le Président de la République et vous-même avez annoncé la mise en place de 30 000 places de crèches, essentiellement dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. *Quid* des territoires ruraux, grands oubliés de ce plan, pauvreté, *quid* des maisons d'assistantes maternelles (MAM), essentielles dans nos territoires ruraux ?

Le second point porte sur le vieillissement. L'article 41 du PLFSS propose d'accélérer la convergence des forfaits de soins des EHPAD. Cet article n'est qu'un cautère sur une jambe de bois. Cela ne permettra en rien de résoudre la crise profonde à laquelle est confronté le secteur de l'aide aux personnes âgées dépendantes – EHPAD, maintien à domicile, maisons « Senior », accueil familial. Il y a une insuffisance de places et une insuffisance de personnel, un double problème profondément ancré depuis longtemps. Vous annoncez 18 millions d'euros à partager...

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Je vous demande de poser votre question.

Mme Isabelle Valentin. Comment comptez-vous aborder la prise en compte du vieillissement aujourd'hui et quelles sont les perspectives pour la société de demain ?

Mme Martine Wonner. L'année dernière, nous avons eu une avancée extraordinaire, au sens premier du terme, concernant les expérimentations d'innovation de santé *via* l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale. C'est une vraie victoire pour les professionnels de santé dans les territoires. L'article 29 du PLFSS que vous nous présentez aujourd'hui propose d'élargir le périmètre de cette dérogation pour y intégrer des projets plus ambitieux encore sur le plan de l'innovation organisationnelle. Pouvez-vous nous donner des exemples de dossiers que vous comptez sélectionner pour l'année 2019 privilégiant plus particulièrement l'innovation ?

M. Belkhir Belhaddad. Si la mise en place des parcours de soins avec un financement au forfait commencera par l'insuffisance cardiaque et l'ostéoporose, ils seront étendus aux principales maladies chroniques à la fin de l'année 2019. D'après les estimations de l'Association nationale des élus en charge du sport (ANDES), la généralisation de la pratique d'activités physiques à des fins

thérapeutiques pourrait notamment générer pour la sécurité sociale une économie de plus de 10 milliards d'euros. Je sais, madame la ministre, que vous êtes très sensible à la prescription de cette activité parce qu'elle est innovante, et à ses bienfaits. Dans quelle mesure cette prescription d'activités physiques à des fins thérapeutiques peut-elle entrer dans la définition du parcours de soins et sa tarification au forfait ?

M. Alain Ramadier. Viser un reste à charge zéro semble répondre à une réalité sociale douloureuse et répandue. Cependant, il faut en mesurer toutes les conséquences, notamment en termes de hausse des remboursements par les mutuelles et les complémentaires, ce qui risque de générer une croissance des cotisations pour les assurés.

Madame la ministre, avez-vous mesuré ce risque et/ou négocié avec les mutuelles ? Quel sera l'impact sur la production de l'industrie lunetière française ? N'allons-nous pas institutionnaliser un système à deux vitesses alors que le modèle français consiste à garantir l'égalité de tous face à la qualité des soins ?

M. Dominique Da Silva. Dans l'exposé sommaire de l'article 7 relatif à l'exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires et complémentaires, il est indiqué que, pour un salarié du secteur privé, la mesure permettra un gain de pouvoir d'achat équivalent à 11,3 % de la rémunération brute perçue au titre de chaque heure supplémentaire, soit environ 200 euros par an en moyenne.

Monsieur le ministre, pourriez-vous nous détailler les modes de calcul utilisés dans cet exemple mis en avant ? Pourriez-vous nous indiquer si des moyens seront mis en œuvre pour vérifier l'effectivité de ce gain de pouvoir d'achat, un an après l'entrée en vigueur de cette mesure le 1^{er} septembre 2019, par exemple au travers d'une étude d'impact ?

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Madame Pitollat, vous me demandez quels seront les accompagnements pour les établissements de santé en difficulté ? Les crédits mobilisés au sein de l'ONDAM permettront d'accompagner la structuration des soins dans les territoires, en ville ou à l'hôpital, à hauteur de près de 1,6 milliard d'euros : communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), assistants médicaux, aide aux hôpitaux de proximité. Nous allons mettre 500 millions d'euros pour la transformation numérique en ville et à l'hôpital. Nous allons faire évoluer les métiers et les formations. Nous allons développer l'investissement hospitalier en ajoutant 920 millions d'euros aux investissements déjà votés et engagés par l'intermédiaire du Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO). C'est un investissement non négligeable.

Pour certains hôpitaux, la baisse de la part de la tarification à l'activité (T2A) va permettre une revalorisation de l'activité d'une façon différente. Des hôpitaux comme celui de Marseille pourraient avoir intérêt à diversifier leur

organisation pour qu'elle tienne compte de leur double casquette : CHU, c'est-à-dire soins de recours, et hôpital de proximité. Dans le cas de Marseille, le CHU joue ce rôle d'hôpital de proximité pour les quartiers nord de la ville. Ces établissements pourraient peut-être bénéficier ainsi des financements prévus pour les hôpitaux de proximité.

Madame Valentin, vous posez la question des mesures pour les personnes âgées, du vieillissement, des EHPAD. La feuille de route que j'avais présentée le 30 mai est totalement intégrée dans le PLFSS. L'accélération de la convergence tarifaire permet d'engager 360 millions d'euros en cinq ans et non plus en sept ans, dont 125 millions d'euros dès 2019 pour les postes d'infirmières et d'aides-soignantes. Aucun établissement ne verra ses dotations diminuer puisque nous avons dégagé une enveloppe de 18 millions d'euros supplémentaires pour compenser les pertes des établissements défavorisés par la convergence tarifaire pour les deux années à venir. Nous consacrons 50 millions d'euros à l'amélioration de l'accompagnement des services d'aide à domicile, 10 millions d'euros supplémentaires à la création de postes d'infirmières de nuit, 30 millions d'euros aux plans de prévention en EHPAD qui vont être pilotés par les agences régionales de santé (ARS), et enfin 15 millions d'euros au développement d'une offre d'hébergement temporaire pour les sorties d'hôpital au sein des EHPAD. Ces mesures sont prises en attendant les résultats de la grande concertation et du projet de loi prévu pour 2019 qui devrait permettre d'aboutir à un financement plus pérenne du modèle que nous souhaiterons mettre en œuvre pour les personnes âgées

Madame Wonner, vous me demandez ce que l'on a fait de l'article 51. Au bout de huit mois, le bilan montre qu'il y a quatre-vingt-deux lettres d'intention sur des projets à l'initiative des acteurs en santé et sept cahiers des charges correspondant à des projets finalisés. Cinquante-quatre porteurs de projets ont été choisis pour co-construire l'expérimentation nationale de trois modèles d'organisation et de financement : financement à l'épisode de soins en chirurgie pour les prothèses de hanches et de genoux ; incitation financière à la prise en charge partagée entre professionnels de santé sur un territoire ; paiement en équipe de professionnels de santé en ville. Le cahier des charges doit être co-construit d'ici à la fin de 2018 pour un début d'expérimentation en 2019. Ce volet d'expérimentation extrêmement large est piloté notamment par Jean-Marc Aubert, le directeur de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), qui est à la tête d'une mission *ad hoc* pour transformer les modes de financement. Le PLFSS pour 2019 contient les premières mesures issues de cette réflexion.

Monsieur Belhaddad, vous évoquiez l'insuffisance cardiaque et l'ostéoporose, deux modèles de tarification forfaitaire sur lesquels nous travaillons avec la DREES et qui ne sont pas encore inscrits dans PLFSS pour 2019. Ils seront probablement mis en œuvre en 2020. L'idée est évidemment d'utiliser ces modèles forfaitaires pour intégrer toutes les actions de prévention, notamment l'activité

physique adaptée. C'est vraiment le but de ces modèles : intégrer complètement ces actes de prévention dans le forfait du parcours de soins.

Monsieur Ramadier, vous craignez que le reste à charge zéro ne se traduise par une hausse des assurances complémentaires. Lors des négociations, nous avons été extrêmement vigilants pour éviter une telle augmentation. Un comité de suivi réunit les acteurs de la réforme tous les six mois. Il vérifiera que ce qui a été acté dans la négociation sera bien appliqué, notamment en ce qui concerne le prix des lunettes ou des audioprothèses. Il veillera à ce que les complémentaires intègrent le reste à charge zéro dans leur budget habituel.

Quelles seront les conséquences pour la production de l'industrie lunetière française ? Avec le ministère en charge de l'industrie, nous avons énormément travaillé sur ce secteur à cause des lunetiers du Jura. La grande majorité d'entre eux produisent plutôt des lunettes haut de gamme destinées surtout à l'exportation. Ces lunettes haut de gamme ne sont pas du tout intégrées dans le reste à charge zéro – qui n'est pas du tout obligatoire – et elles resteront évidemment accessibles en offre libre. Ces mesures ont été élaborées avec l'ensemble du secteur, y compris la filière de production française.

Monsieur Da Silva, je vais laisser Gérard Darmanin répondre à votre question sur la hausse de pouvoir d'achat liée à l'exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires et complémentaires.

M. Gérard Darmanin, ministre de l'action et des comptes publics.
Monsieur le député, notre calcul est fondé sur une moyenne d'heures supplémentaires constatée : 109 heures par an. Le gain de pouvoir d'achat – environ 11 % par heure supplémentaire – se lira sur la feuille de paie à partir de la fin du mois de septembre 2019. La mesure coûtera aux alentours de 400 millions d'euros par mois, un peu moins en juillet et août, en raison des vacances. Quelles seront les conséquences en termes de création d'emplois ? Il faudra sans doute attendre la fin de l'année 2020 pour faire le bilan. Quoi qu'il en soit, le Gouvernement vous fournira tous les éléments nécessaires pour évaluer ce dispositif.

Quand le gouvernement précédent a abrogé les avantages sociaux et fiscaux, visant les heures supplémentaires, créés par la loi du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat (TEPA), il a conservé la déduction forfaitaire de cotisations patronales pour les entreprises de moins de 20 salariés. Nous avons gardé cette exonération pour les entreprises de moins de 20 salariés et nous avons supprimé les cotisations sociales pour tous les salariés et employés qui font des heures supplémentaires. Nous n'avons pas opté pour une défiscalisation parce que nous lui préférons une baisse intégrale des cotisations qui est plus profitable aux salariés. Nous avons gardé les charges patronales sur les heures supplémentaires pour les entreprises de plus de 20 salariés pour deux raisons : ces entreprises bénéficient d'allègement de charges dans le cadre du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) ; nous ne voulons pas créer

un effet d'aubaine nuisant à l'emploi. Le Parlement aura l'occasion d'évaluer ce dispositif.

M. Bernard Perrut. Les relations financières entre l'État et la sécurité sociale sont complexes. La diversification du financement de la sécurité sociale et les allègements de cotisations compensée par l'État nuisent à la lisibilité et à la prévisibilité.

Madame la ministre, monsieur le ministre, êtes-vous favorables à ce que nous ayons un examen conjoint des recettes de l'État et de la sécurité sociale à l'avenir ? La Cour des comptes le demande depuis plusieurs années puisque l'autonomie des finances sociales et le modèle – les cotisations considérées comme des recettes et les prestations comme des dépenses – n'ont plus de justification.

Vous avez confirmé que vous allez demander 150 millions d'euros d'économies au secteur de la prestation de santé à domicile, qui a déjà consenti d'importants efforts au cours des dernières années. Quelle catégorie de patients va-t-elle être affectée ? Est-ce que ce seront les personnes âgées et les personnes handicapées ? Je voulais vous faire part de mon inquiétude.

M. Jean-Louis Touraine. Je souhaiterais intervenir sur trois points.

Tout d'abord, je voudrais dire que je suis tout à fait d'accord pour que les traitements ne soient pris en charge qu'au montant correspondant au prix des médicaments génériques. J'imagine que vous allez déterminer les traitements – comme les anti-épileptiques – ou les pathologies qui justifient des dérogations.

Ensuite, je constate que l'insuffisance rénale chronique sera enfin prise en charge par un forfait comme cela est programmé depuis quelques années. Merci de nous préciser que dans ce cadre-là, vous corrigerez les erreurs d'un système qui a favorisé la dialyse au détriment de la transplantation, laquelle est pourtant un traitement beaucoup plus satisfaisant pour les patients et nettement moins cher.

Enfin, je souhaite évoquer l'utilité qu'il y aurait à prévoir une proposition systématique – sans être obligatoire – de vaccination contre le virus du papillome humain – *human papillomavirus* (HPV) – chez toutes les filles et les garçons âgés de onze à quatorze ans. La couverture n'est que de 20 % dans notre pays alors qu'elle dépasse 70 % en Australie et en Suède, ce qui conduit progressivement à l'éradication du cancer du col de l'utérus.

Mme Fadila Khattabi. En circonscription, j'ai eu l'occasion de me rendre au CHU de Dijon où j'ai pu rencontrer le professeur Cottin, spécialiste renommé en cardiologie. Il estime que l'ultra-spécialisation dans les parcours de formation en médecine serait, du moins en partie, la cause d'une réduction de l'offre de prise en charge des patients, tout particulièrement dans les hôpitaux publics. Ne pensez-vous pas qu'un spécialiste est avant tout un médecin ? Quelles mesures du PLFSS pour 2019 vont dans le sens de l'amélioration de l'offre de soins ?

M. Brahim Hammouche. J'ai apprécié votre volonté de trouver un juste équilibre entre la nécessité d'investir pour transformer notre système de santé et celle de répondre notamment aux plus vulnérables et aux plus fragiles de notre société. Il est vertueux de vouloir à la fois redresser nos comptes sociaux et continuer à investir dans ce système de santé qu'il faut transformer en raison, notamment, de l'explosion des maladies chroniques. Vous avez pris les cas du diabète et de l'insuffisance rénale chronique, des maladies qui sont d'ailleurs souvent liées.

En ce qui concerne les nouveaux métiers, vous proposez de multiplier les infirmiers de pratique avancée (IPA). Ne pourrait-on pas étendre ce type de pratique à d'autres disciplines, comme l'orthophonie ou l'orthoptie ?

Mme Stéphanie Rist. Madame la ministre, nous connaissons votre engagement en faveur de la prévention dont vous voulez faire la priorité de la politique de santé. Ce PLFSS pour 2019 traduit cette ambition : augmentation des moyens consacrés à la prévention, notamment par le biais de l'élargissement des compétences des pharmaciens ; lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives ; développement des actions de prévention à destination des enfants et des jeunes.

Il est prévu d'améliorer le suivi des enfants et adolescents à des âges clefs afin de permettre le repérage et la prise en charge précoce mais aussi d'ancrer les bonnes pratiques en matière de santé. Ce PLFSS prévoit ainsi de redéployer les vingt examens obligatoires qui sont actuellement tous réalisés avant l'âge de six ans, afin de couvrir l'adolescence. Pour ces examens, qui sont effectivement indispensables, est-il prévu un suivi et une évaluation afin de s'assurer qu'ils sont réalisés à un âge où il peut exister une perte du suivi ?

M. Jean-Philippe Nilor. La situation sanitaire dans les outre-mer est tellement critique que les deux minutes, dont nous ne disposons même plus pour intervenir, ne suffiraient pas à la décrire. J'ai trois questions à vous poser.

Madame la ministre, pour répondre au manque chronique de médecins et à la désertification médicale qui affecte plus terriblement encore nos territoires d'outre-mer, êtes-vous prête à alléger les formalités de recrutement de médecins étrangers de haute qualité, sous condition de diplôme, de maîtrise de la langue et d'expertise ?

Madame la ministre et monsieur le ministre, au titre d'une légitime réparation expérimentale des scandales d'empoisonnement de nos corps, notamment au chlordécone, êtes-vous prêts à mener une vraie politique de sport-thérapie fondée sur le remboursement par la sécurité sociale de la pratique du sport pour les victimes d'affections de longue durée (ALD) ?

Monsieur le ministre, pour régulariser la situation inacceptable des retraités agricoles outre-mer, dont la pension culmine péniblement à 350 euros,

êtes-vous prêt à aligner leur régime sur celui dont bénéficient les agriculteurs métropolitains, c'est-à-dire à porter ce montant à 75 % du SMIC ?

Mme Annie Vidal. Madame la ministre, l'article 29 du PLFSS prévoit d'amplifier la portée du dispositif d'innovation du système de santé prévu à l'article 51 de la loi de finances de 2018. Les dispositions ouvertes en 2018 portaient essentiellement sur la promotion des modes de financements innovants. Comme vous nous l'avez dit, les expériences de terrain témoignent de la dynamique engagée et de la mobilisation des pouvoirs publics et des acteurs de santé.

Dans le même esprit, et afin d'appliquer le plan de transformation de notre système de santé, cet article prévoit de permettre « *aux praticiens hospitaliers qui le souhaitent d'exercer leur activité libérale hors les murs, dans le cadre d'une activité mixte ville-hôpital.* » Cette mesure suscite une grande attente de la part des professionnels et des usagers ainsi que de nombreuses questions. Pouvez-vous, madame la ministre, nous donner des précisions quant à sa déclinaison ?

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Monsieur Perrut, sur la prestation de l'aide à domicile, je répondrai comme tout à l'heure : en fait, il s'agit essentiellement d'un effort sur les prix de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), c'est-à-dire des dispositifs médicaux utilisés dans le cadre des soins à domicile. Ces dispositifs médicaux ont une dynamique d'évolution des prix extrêmement importante et il nous a semblé légitime de réguler le secteur. Nous voulons le faire non pas par un reversement systématique comme pour les médicaments au-delà d'un certain seuil de dépenses, mais plutôt au moyen d'une régulation par la négociation. Nous espérons bien pouvoir faire ces 150 millions d'euros d'économies mais il ne s'agit pas d'économies sur les malades.

Monsieur Touraine, vous évoquez la dérogation pour les médicaments non substituables et le remboursement des génériques par pathologie. Nous n'abordons pas le sujet de cette manière, préférant établir une dérogation liée à des critères tels que des allergies caractérisées. Des négociations sont en cours entre l'ANSM et les professionnels, visant à mieux réguler cet usage important de médicaments non substituables sur les ordonnances.

Vous demandez si la forfaitisation en matière d'insuffisance rénale chronique permettra un rééquilibrage vers plus de transplantations et moins de dialyses. À ce stade, je ne sais pas exactement ce qui sera décidé par la mission qui travaille sur la forfaitisation mais l'idée est que les forfaits permettent une meilleure prise en charge en termes de qualité et de pertinence. Si besoin est, le rééquilibrage fera partie des critères du forfait qui sera mis en place.

S'agissant du vaccin anti-HPV, vous avez raison. Le cancer du col de l'utérus est si évitable qu'il est le seul cancer qui pourrait être totalement éradiqué. Or on dénombre plus de 3 500 cas par an et plus de 1 500 décès. La France est une

très mauvaise élève en termes de vaccination. C'est pourquoi j'ai saisi l'an dernier la Haute Autorité de santé (HAS) pour voir s'il était envisageable d'élargir la vaccination aux garçons, comme cela se fait en Australie ou dans les pays anglo-saxons, ce qui a permis une nette diminution de la prévalence du virus dans la population. J'attends la réponse. Je tirerai d'autant plus les conclusions qui s'imposent que des cancers du canal anal ou des cancers ORL liés au HPV touchent les garçons. L'élargissement de la vaccination aux garçons serait donc logique.

Madame Khattabi, vous dites qu'il y a probablement un excès de spécialistes. En tout cas, il est clair que nous manquons de médecins généralistes : quasiment tous les territoires français sont sous-dotés en généralistes. Un rattrapage est déjà en cours puisque le nombre de postes d'internes de médecine générale augmente beaucoup depuis plusieurs années. Tous ces postes ne sont pas pourvus mais nous visons bien un rééquilibrage entre spécialistes et généralistes.

Monsieur Hammouche, vous me demandez si nous allons élargir le champ des pratiques avancées qui existent surtout pour les pathologies chroniques, la coordination et les ALD au sens large. Je souhaite étendre ces pratiques à la psychiatrie en 2019, pour qu'il y ait des infirmiers de pratique avancée dans les hôpitaux psychiatriques. Leur absence s'y fait cruellement sentir, notamment en raison du manque de médecins et du fait que la plupart des infirmiers ne sont pas spécialisés.

Madame Rist, vous m'interrogez sur le suivi des enfants. Tout d'abord, je voulais vous remercier pour votre aide concernant le parcours des enfants âgés de zéro à six ans. Vous travaillez avec l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) pour nous aider à améliorer l'offre de soins pour ces enfants. Nous voulons renforcer le suivi de leur santé en prévoyant plusieurs examens espacés et en nous assurant que la totalité des enfants auront passé l'examen obligatoire des six ans avant l'entrée au cours préparatoire (CP). Cet examen obligatoire n'est pas toujours réalisé. Il faudra certainement faire participer d'autres médecins que les médecins scolaires, voire pratiquer des délégations d'une partie de l'évaluation à d'autres professionnels. Nous comptons sur votre rapport pour nous aider à avancer.

Monsieur Nilor, nous avons trois procédures d'intégration de médecins étrangers venant de pays hors de l'Union européenne. Ce système est assez ouvert mais il exige que les candidats démontrent une certaine compétence. Quand ils n'obtiennent pas de statut en France, cela signifie qu'ils ont raté un examen de passage sur les compétences, ou qu'ils n'ont pas, au cours de leur exercice professionnel, montré qu'ils étaient capables de rejoindre le système. En tous les cas, nous veillons très attentivement à ne pas perdre de chances en termes d'intégration de médecins qui pourraient participer à l'offre de soins. L'intégration ne peut se faire au prix d'une perte de qualité de la médecine donnée à nos concitoyens. Nous n'avons pas l'intention d'en arriver à une situation où la qualité des soins dans les zones sous-dotées serait inférieure à celles des autres zones.

Sous réserve de cet équilibre, nous sommes favorables à des dispositions qui intègrent des médecins étrangers.

Vous m'interrogez aussi sur le remboursement de l'activité physique dans le cadre des ALD. C'est totalement la philosophie de la réforme de la tarification. Nous n'allons pas créer une consultation ou un acte « sport » financé par la sécurité sociale, ce qui entraînerait des dérives considérables. En revanche, que l'activité physique soit intégrée à la prise en charge des patients en ALD dans le cadre d'un forfait, cela me semble relever d'une bonne pratique parce que c'est de la prévention utile.

Je laisserai Gérald Darmanin répondre à votre question sur les retraités agricoles outre-mer.

En ce qui concerne l'article 51, madame Vidal, vous m'avez demandé des précisions sur l'exercice mixte ville-hôpital. À ce stade, je ne peux pas vous apporter de précisions sur des mesures qui sont en cours d'élaboration. Dans le plan « Ma santé 2022 », nous avons fixé les grands principes de la réforme et, à présent, nous élaborons des mesures qui seront mises en œuvre en janvier 2019. Disons que ce sera une liberté d'exercice mixte. Nous ne voulons pas trop encadrer afin que cela ne soit pas rédhibitoire pour les professionnels.

M. Gérald Darmanin, ministre de l'action et des comptes publics.
Monsieur Perrut, je suis personnellement favorable à l'idée de rapprocher l'examen des textes financiers, par souci de cohérence globale, même si l'État, la sécurité sociale et les collectivités locales gardent leur spécificité. La question des textes financiers – obéissant aussi à des règles institutionnelles et organiques – se posera dans le cadre de la réforme institutionnelle qui devrait revenir en débat vers le mois de janvier. On pourrait aussi, comme le Sénat l'a proposé, parler des recettes qui, même si elles ne doivent pas être fondues dans un grand tout, peuvent être regardées en miroir. J'en ai d'autant plus conscience que je suis les débats sur le PLF et le PLFSS qui s'entremêlent à l'Assemblée et au Sénat. Pour les parlementaires, il est sans doute compliqué de suivre les deux projets, qui ont pourtant des répercussions l'un sur l'autre. Sur le principe, je suis plutôt favorable à ce qui peut renforcer la cohérence sans remettre en cause la séparation des textes financiers.

Monsieur Nilor, on ne peut que s'émouvoir du montant très faible des retraites agricoles outre-mer, dû à plusieurs raisons et, en premier lieu, au niveau peu élevé des cotisations. À l'occasion de l'examen d'une récente proposition de loi, Mme la ministre des solidarités et de la santé a eu l'occasion de dire que c'est dans le cadre de la réforme des retraites que nous pourrions faire ce rattrapage s'il doit y en avoir un. Je vous encourage grandement à rencontrer Jean-Paul Delevoye, le haut-commissaire à la réforme des retraites. Les cas que vous citez existent et plongent dans la grande pauvreté une partie de la population d'un territoire où, en outre, le coût de la vie est plus élevé qu'ailleurs. Nous n'allons peut-être pas lancer ici le débat sur certains sujets qui sont spécifiques aux outre-

mer et qui méritent d'être évoqués avec M. Delevoye et Mme Girardin dans le cadre de la réforme des retraites. Ces sujets, qui ne sont malheureusement pas nouveaux, ne sont pas oubliés par le Gouvernement.

M. Thierry Michels. Le PLFSS pour 2019 met en avant, à juste titre, l'innovation numérique et technologique au service de la transformation du système de santé. La généralisation du dossier médical partagé (DMP) doit en effet permettre d'éviter des examens redondants, d'exploiter des gisements de données disponibles, de mieux prévenir et soigner.

En ce mois d'octobre, j'ai en tête le travail remarquable effectué par les hôpitaux universitaires de Strasbourg, grâce à l'exploitation des données de dépistage et de traitement du cancer du sein, disponibles depuis 1989 en Alsace, qui se traduit par des avancées spectaculaires dans la prise en charge des patientes et dans la prévention de la maladie. Dans un autre domaine, je pense à l'association Yvoir qui permet à des non-voyants de se déplacer en autonomie avec une canne GPS connectée.

De telles initiatives doivent être soutenues, stimulées et diffusées sur l'ensemble du territoire. Pourriez-vous, madame la ministre, préciser votre stratégie en matière d'innovation numérique et d'intelligence artificielle au service de la santé ?

Mme Laëtitia Romeiro Dias. Madame la ministre, mon intervention portera sur la prévention. Vous avez déjà eu le courage d'étendre l'obligation vaccinale à onze vaccins ou encore de mettre en place le service sanitaire. Le PLFSS que nous nous apprêtons à examiner contient des mesures qui vont plus loin.

J'aimerais avoir quelques précisions concernant la création d'un fonds de lutte contre les substances psychoactives. N'est-il pas envisageable d'élargir les compétences de ce fonds à d'autres addictions, par exemple à l'addiction au jeu dont souffrent environ 200 000 personnes en France ?

D'un point de vue organisationnel, les actes de prévention restent le pré carré des médecins au travers notamment des rémunérations spécifiques sur objectifs de santé publique. Ne pourrait-on pas envisager d'intégrer les actes de prévention dans les négociations conventionnelles avec d'autres acteurs de santé tels que les infirmiers qui sont des relais de proximité et de suivi intéressants ?

Mme Éricka Bareigts. Le problème de la consommation abusive d'alcool me tient à cœur. Je sais, madame la ministre, qu'il en va de même pour vous. Nous avons fait, samedi dernier à La Réunion, une première marche blanche réunissant quatre députés sur sept, le monde associatif, le monde médical, le président du conseil départemental, les représentants la région, des maires. Nous sommes mobilisés et nous voulons passer à l'étape supérieure, au nom de la prévention et de la protection de nos familles. Je vous proposerai des modifications fiscales sur

les rhums produits et consommés dans les outre-mer, et singulièrement à La Réunion. Pensez-vous que cette proposition soit juste et nécessaire ?

Mme Carole Grandjean. Le 6 avril 2018, le Gouvernement a annoncé sa stratégie nationale pour l'autisme pour laquelle des lignes budgétaires sont prévues à l'article 40 du présent PLFSS. La stratégie nationale pour l'autisme a su prendre en compte les enjeux de diagnostic et d'intervention précoces : repérage précoce par les professionnels ; initiation d'une prise en charge rapide et d'un parcours de soins précoce, rationnel, sécurisé, et fluide ; aide financière pour les familles quand ce parcours nécessite de recourir à une offre libérale non conventionnée.

Quelque 400 millions d'euros sont prévus pour la mise en œuvre de cette stratégie nationale, dont 60 millions d'euros qui devraient être accordés dans le cadre du PLFSS pour 2019. Pouvez-vous, madame la ministre, nous expliquer plus particulièrement ces orientations nouvelles sur le repérage, les interventions précoces et le diagnostic des personnes atteintes de troubles du spectre autistique ? Pouvez-vous nous assurer que l'État investira bien le reste des 400 millions d'euros au cours des années suivantes afin de réussir sa stratégie ? Cette réussite ne peut plus attendre.

Mme Hélène Vainqueur-Christophe. Madame la ministre, monsieur le ministre, ma question porte sur un sujet annexe qui s'inscrit néanmoins dans le cadre budgétaire global, puisqu'il s'agit de l'article 27 du PLF, qui prévoit, pour la Guyane et Mayotte, une recentralisation du revenu de solidarité active (RSA).

Cette recentralisation est bienvenue pour les collectivités concernées et conforme aux engagements du Président de la République. Toutefois, lorsque l'on examine cette mesure dans le détail, on constate que le Gouvernement en profite pour modifier les conditions permettant de bénéficier du RSA. Le dispositif prévoit en effet de porter de cinq à quinze ans la durée de résidence préalable en Guyane pour les étrangers et d'introduire une condition similaire d'une durée de cinq ans pour bénéficier du RSA majoré.

Pouvez-vous nous indiquer le nombre des personnes étrangères vivant en Guyane qui seraient ainsi exclus du bénéfice du RSA ? Selon l'étude d'impact, elles seraient au nombre de 380, mais cela ne semble pas réaliste compte tenu de la dynamique migratoire dans ce département. Cette mesure vous paraît-elle juste et solidaire ?

Mme Michèle de Vaucouleurs. Madame la ministre, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale renforce, comme l'avait annoncé le Gouvernement, les moyens alloués aux EHPAD et au maintien des personnes âgées à domicile. Il prévoit notamment d'affecter 50 millions d'euros au financement de la transformation des services d'aide à domicile. Pourriez-vous nous préciser selon quels critères et quelles modalités ces fonds seront affectés et les directives que votre ministère donnera aux agences régionales de santé en la

matière ? Est-il prévu de prendre en compte les besoins des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) renforcés ?

Par ailleurs, pourriez-vous nous préciser le calendrier de la montée en puissance des moyens alloués à l'emploi d'infirmières de nuit dans les EHPAD ? Le dossier de presse fait état de 10 millions d'euros. Confirmez-vous ce chiffre ? Si tel est le cas, leur nombre demeure trop insuffisant pour que la mesure prenne tout son sens.

Mme Delphine Bagarry. Madame la ministre, la CMU-C sera automatiquement accordée aux bénéficiaires du RSA. Pourquoi ne pas étendre cette automaticité aux bénéficiaires de l'AAH et de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), qui sont soumises à conditions de ressources ?

Par ailleurs, les postes d'assistants médicaux seront-ils financés *via* l'article 29 ?

Enfin, vous vous êtes déclarée favorable à la vaccination des garçons contre le HPV. Ne pourrait-on étendre également aux garçons mineurs la prise en charge à 100 % de la première consultation de contraception ? Une telle mesure irait dans le sens de l'égalité entre les femmes et les hommes et, surtout, aiderait ces garçons à prendre conscience du partage de la responsabilité lors d'une grossesse non désirée.

Mme Geneviève Levy. Madame la ministre, ma question est simple : estimez-vous que nous faisons assez pour protéger nos personnes âgées dépendantes ? Ces dernières semaines, des reportages réalisés au cœur de différents EHPAD ont mis en lumière la situation critique de ces établissements : les personnels, en sous-effectifs, sont épuisés et à bout de nerfs, ce qui a des répercussions directes sur les pensionnaires de ces établissements. Où est la dignité d'une personne qui est à peine lavée et changée et qui n'interagit plus avec personne, faute d'attention ?

Vous indiquez que le PLFSS « *concrétise la priorité donnée au renforcement des moyens des EHPAD, comme le Gouvernement s'y est engagé* ». Or, les chiffres qui nous ont été communiqués ne nous incitent pas à l'optimisme. L'effort consenti par le Gouvernement se limite en effet à une enveloppe de 18 millions d'euros, partagée entre tous les EHPAD du territoire, pour qu'aucun établissement ne voie ses dotations diminuer. En somme, on évite le pire en 2019, mais on « acte » une situation ultra-critique.

Mme Catherine Fabre. Madame la ministre, pourriez-vous nous indiquer quelle place doivent, selon vous, occuper les psychologues dans la stratégie de prévention ? On voit, dans le PLFSS pour 2019, qu'ils ont tout leur rôle à jouer dans le diagnostic précoce des troubles dont peuvent souffrir les enfants. Mais, que ce soit notamment dans les crèches, dans le milieu du travail – pour limiter, par exemple, les risques de *burn-out* – ou, à l'adolescence, pour prévenir les

comportements addictifs, la prise en charge de l'accès préventif à un psychologue permettrait d'éviter des problèmes plus graves.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Monsieur Michels, le dossier médical partagé (DMP), dont l'expérimentation a déjà permis l'ouverture d'un million de dossiers, se déploiera à compter du mois de novembre 2018 sur l'ensemble du territoire. Surtout, nous allons travailler sur le thème « Numérique et santé », notamment en développant l'espace numérique personnel prévu dans le cadre du plan « Ma santé 2022 ». Cet espace, dont le DMP est l'un des éléments, permettra d'avoir accès à des services en ligne. Une mission sera créée au sein du ministère afin d'accompagner cette transition.

Par ailleurs, le rapport Villani a identifié la locomotion et la santé comme les deux secteurs clés dans lesquels l'intelligence artificielle peut, grâce à nos acquis, se développer en France. Ainsi, dans le domaine de la santé, la centralisation des données de santé au sein du Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) permet de disposer de bases de données considérables. Le *Health Data Hub*, dont la création a été annoncée par le Président de la République, a vocation à rassembler dans un même espace la totalité des dépenses de santé financées par l'assurance maladie, qu'il s'agisse de dépenses hospitalières ou de ville – un rapport consacré à ce sujet me sera remis vendredi. Une telle structuration permettra à des start-up françaises intervenant dans le domaine de l'intelligence artificielle de se développer, elle facilitera également le travail de chercheurs et permettra à la France d'être un leader mondial dans le domaine des données de santé et de l'intelligence artificielle en santé.

Madame Romeiro Dias, le PLFSS renforce les moyens de la lutte contre les addictions aux substances psychoactives, puisque le budget du fonds « Addictions » sera doublé. Mais nous prenons en compte d'autres formes d'addictions, notamment l'addiction aux écrans. Celle-ci fait l'objet d'une action que je mène avec les médecins de la petite enfance et ; dans le cadre de l'école, d'un travail conjoint avec Jean-Michel Blanquer. Le Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) lancera une campagne d'information destinée à alerter les parents sur les risques que présente l'utilisation abusive des écrans. Je participerai à une conférence de presse consacrée à ce sujet, fin octobre. Au-delà du fonds « Addictions », qui concerne les substances psychoactives – alcool, tabac, cannabis... –, le plan de prévention comporte donc des actions contre d'autres types d'addictions.

Les actes de prévention pourraient-ils inclure des actes réalisés par des infirmiers ou d'autres professionnels de santé ? Je crois que la prévention ne doit pas faire l'objet d'un acte ; elle doit être intégrée dans la pratique quotidienne des professionnels. Ainsi, j'ai déjà demandé aux pharmaciens de s'investir dans ce domaine et nous étendons la capacité de vaccination des infirmières. Encore une fois, la prévention ne correspond pas à un acte supplémentaire. Elle doit être

beaucoup mieux intégrée dans les actes médicaux ou paramédicaux, quels qu'ils soient, car la bonne médecine doit être préventive avant d'être curative.

Madame Bareigts, il est vrai qu'il existe, dans les outre-mer, des problèmes spécifiques liés à la consommation de rhum. Cependant, la lutte contre le syndrome d'alcoolisation fœtale, qui est d'ores et déjà une priorité du Gouvernement, à laquelle nous consacrons beaucoup d'énergie, concerne tout autant la métropole que La Réunion. Faut-il augmenter les taxes ? J'ignore quelle mesure vous souhaitez proposer dans le cadre de l'examen du PLFSS. En tout cas, je ne suis évidemment pas fermée à ce type de dispositions, mais je ne voudrais pas que les habitants des territoires d'outre-mer aient le sentiment de faire l'objet de mesures discriminantes. Si des mesures sont prises contre l'addiction à l'alcool, je veillerai donc à ce qu'elles concernent l'ensemble des Français.

Madame Grandjean, le forfait de prise en charge précoce de l'autisme est activable par n'importe quel professionnel de santé qui repère un trouble du neurodéveloppement, qu'il s'agisse d'un médecin généraliste, d'un pédiatre ou d'un médecin de PMI. Il est donné à une équipe multiprofessionnelle et permet de couvrir des actes qui ne sont actuellement pas pris en charge : orthophonie, psychomotricité... Par ailleurs, au-delà des 400 millions d'euros consacrés à la stratégie, l'investissement et la réorganisation du système bénéficieront de financements propres et des financements particuliers sont prévus pour l'offre de proximité, qu'elle soit libérale ou hospitalière.

Madame Vainqueur-Christophe, nous travaillons effectivement à une recentralisation du RSA en Guyane. Cette recentralisation, qui a été discutée avec les collectivités locales, devrait être prête pour le premier semestre de 2019 – je ne peux pas être plus précise car cette mesure est assez complexe à mettre en œuvre. L'État reprendra donc le financement du RSA. Il est vrai que le critère de la durée de séjour sur le territoire, qui devra être de cinq ans, est strict, mais il vise à éviter les problèmes que nous rencontrons aux frontières de la Guyane, dont la porosité explique la non-soutenabilité des dépenses de RSA pour le département.

Madame de Vaucouleurs, les 150 millions d'euros d'économies sur l'aide à domicile ne concerne pas les personnes, mais les dispositifs médicaux utilisés dans les soins à domicile. L'effort porte donc sur les prix de ces dispositifs, qui figurent dans la Liste des produits et prestations remboursés (LPPR), en raison de leur dynamique.

Madame Bagarry, le renouvellement de la CMU-C est déjà automatisé pour les bénéficiaires de l'ASPA ; il s'agit donc d'étendre le dispositif au RSA. S'agissant de l'AAH, la situation est un peu différente car les allocataires peuvent percevoir d'autres revenus.

Par ailleurs, l'article 29 ne vise pas les assistants médicaux, qui seront financés par des crédits de l'assurance maladie dans le cadre de la négociation conventionnelle avec les médecins libéraux.

Enfin – je vous remercie de m’ avoir posé la question –, nous avons décidé, dans le cadre du plan « Priorité prévention », d’ étendre la prise en charge de la première consultation de contraception, qui ne concerne actuellement que les jeunes filles, aux garçons afin d’ améliorer l’ éducation à la sexualité et à la contraception au sens large.

Madame Levy, nous avons dressé, dans la feuille de route consacrée aux EHPAD, la liste d’ un grand nombre de moyens d’ urgence destinés à ces établissements dans les deux ans qui viennent, en attendant la réforme de la prise en charge de la perte d’ autonomie, prévue pour la fin 2019. Les mesures que nous avons prises couvrent ainsi le temps de la négociation et de la concertation. Ensuite, nous irons vers un dispositif plus pérenne qui sera fondé sur un nouveau modèle de prise en charge. Nous pensons en effet que les EHPAD ne sont pas le seul et unique modèle de prise en charge de nos aînés. Des étapes intermédiaires ou d’ autres types de résidences seniors ou de plateformes de services doivent pouvoir être proposés. Nous définirons également, dans le projet de loi, le mode de financement de ces services. En effet, la question de la gouvernance du financement, notamment les trois étages de la fusée – la partie soins, que finance l’ État, la partie hébergement, que financent les personnes, et la partie dépendance, que financent les départements – va être rediscutée dans le cadre de la concertation en cours. Je ne suis donc pas certaine que le modèle tarifaire actuel persistera.

Madame Fabre, une prise en charge par des psychologues est déjà possible dans quelques situations particulières. En tout cas, à chaque fois qu’ une consultation de psychologue est nécessaire lors d’ une prise en charge, elle doit pouvoir être réalisée dans le cadre d’ un forfait global. Là encore, nous ne transférerons pas à l’ assurance maladie la prise en charge des actes de psychologues car, vous le savez aussi bien que moi, ce ne serait pas soutenable pour elle. En revanche, lorsqu’ un besoin est identifié et qu’ un acte de psychologue est nécessaire pour y répondre, cet acte entrera, si cela est possible, dans un forfait de parcours de soins.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Je remercie les ministres.

COMPTES RENDUS DES DÉBATS SUR L'EXAMEN DES ARTICLES

La Commission procède à l'examen des articles du projet de loi lors de ses séances des mardis 16 et mercredi 17 octobre 2018.

1. Réunion du mardi 16 octobre 2018 à 16 heures 15 (articles 1^{er} à article 11 inclus)

http://www.assemblee-nationale.tv/video.6742064_5bc5f0c95eec9.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2019-16-octobre-2018

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Mes chers collègues, vous me permettez d'introduire cette séance par quelques mots sur l'application de l'article 40. Nul ici n'ignore mon sentiment à l'égard de cet article dont je considère qu'il bride à l'excès l'initiative parlementaire. Il fait toutefois partie de notre Constitution et s'impose donc à nous tous, et à moi au premier chef puisque l'article 89 du Règlement m'oblige à l'appliquer.

Plusieurs groupes ont estimé que son application était plus sévère que l'an dernier. De fait, le taux d'irrecevabilité est supérieur, même s'il est comparable à celui des législatures antérieures. L'explication en est très simple : beaucoup d'entre vous s'étaient « autolimités » l'an dernier à amender le projet de loi. L'expérience et la meilleure connaissance des sujets font que nous en revenons à une pratique plus traditionnelle du droit d'amendement.

De nombreux amendements portent ainsi sur des sujets sociaux au sens large, par exemple sur la santé – voire sur la santé publique. Malheureusement, le V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale définit le champ des mesures pouvant figurer dans les lois de financement de la sécurité sociale. Pour être recevable, un amendement doit avoir un impact significatif sur les comptes sociaux.

Certains d'entre vous m'ont signalé que des amendements identiques ou proches, déclarés irrecevables cette année, avaient par le passé été déclarés recevables. La première explication est structurelle : nous devons tenir compte de la traque des cavaliers sociaux par le Conseil constitutionnel. Dès lors que le Conseil a invalidé une disposition, il ne nous est pas possible de feindre de l'ignorer. La seconde explication est plus ponctuelle : tout système est faillible. Il peut arriver qu'un amendement ne soit pas renvoyé à l'article 40 et soit déclaré à tort recevable. C'est tant mieux pour ses auteurs. En revanche, dès qu'il a été estimé irrecevable par la commission des finances, il est de mon devoir d'en refuser le dépôt, sous peine de créer une incompréhension et une inégalité entre députés selon qu'ils déposent leurs amendements en commission, ou directement

en séance. Je regrette cette situation, mais je ne doute pas que vos prises de parole sur les nombreux amendements restants vous permettront d'évoquer les sujets qui faisaient l'objet de vos amendements. Je vous remercie pour votre compréhension.

M. Jean-Pierre Door. Madame la présidente, je vous remercie pour ces explications. Il est vrai que nous sommes nombreux à avoir eu la mauvaise surprise de constater que beaucoup de nos amendements avaient été invalidés, soit au titre de l'article 40, soit en tant que cavalier législatif. La procédure de l'article 40 relève de la commission des finances. Mais s'agissant du cavalier législatif, en général, c'est *a posteriori* que l'on peut déclarer qu'une disposition constitue un cavalier législatif, pas avant la discussion ! Il appartiendra au Conseil constitutionnel, s'il y a un recours, de se prononcer après nos débats et nos votes la semaine prochaine dans l'Hémicycle. Je regrette que nous soyons nos propres juges, en amont...

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Monsieur Door, vous le savez, la pratique est constante. Je ne vous apprend rien en la matière. Il est normal que vous m'interpelliez, mais je vous ai répondu avec les éléments constitutionnels dont je dispose. Je rappellerai également l'article 121-2 de notre Règlement : « *Les amendements contraires aux dispositions du chapitre I^{er} bis du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale sont déclarés irrecevables dans les conditions prévues au chapitre III de la première partie du présent titre* ».

M. Boris Vallaud. J'ai moi aussi lu l'article auquel vous venez de faire référence, mais l'appréciation du cavalier est parfois discutable. Certains amendements auraient pu être rattachés aux articles après ou avant lesquels ils se situaient. Je tiens à faire part de notre déception car cela coupe court au débat sur des sujets qui, à notre avis, entraient dans l'objet du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Monsieur Vallaud, au fil de la discussion sur les amendements, je ne doute pas que vous en discuterez, même sans amendement.

M. Pierre Dharréville. Je m'associe à vos propos, madame la présidente, mais aussi à ce qu'ont dit mes collègues. On a parfois le sentiment que ces décisions relèvent d'une appréciation de nature politique. L'irrecevabilité de certains amendements est discutable, d'autant que nous ne disposons d'aucun recours... Je soulève donc à mon tour cette interrogation, tout en ayant conscience que vous n'avez pas d'autre élément de réponse à nous donner.

Mme Nathalie Elimas. Le groupe Mouvement Démocrate et apparentés partage l'avis des autres groupes politiques. Nous regrettons nous aussi que bon nombre de nos amendements aient été déclarés irrecevables, même lorsqu'il s'agissait de demandes de rapport – ce qui est peu compréhensible. Notre regret est double car déjà, la semaine dernière, nous vous avons fait part de notre

désarroi quant au délai extrêmement limité pour examiner le texte. Cela étant, j'ai pris bonne note de vos explications, madame la présidente, et je vous en remercie.

M. Pierre Dharréville. En général, le doute n'a pas profité pas à l'accusé – ce qui a rajouté à notre mécontentement...

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. L'audition des ministres ayant tenu lieu de discussion générale, nous allons procéder directement à l'examen des articles et des amendements.

La commission passe à l'examen des articles.

PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017

Article 1er

Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2017

La commission adopte l'article 1^{er} sans modification.

Article 2

Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2017 (annexe A)

La commission adopte l'article 2 et son annexe A sans modification.

La commission adopte la première partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 sans modification.

DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017

Article 3

Rectification des dotations 2018 de la branche maladie

La commission adopte l'article 3 sans modification.

Article 4

Suppression du Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique

La commission adopte l'article 4 sans modification.

Article 5

Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2018

La commission examine l'amendement AS555 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. L'article 5 dispose que le crédit d'impôt prévu à l'article 231 A du code général des impôts ne fait pas l'objet d'une compensation pour la sécurité sociale. Or les compensations de pertes de recettes ou de transferts de charges entre l'État et la sécurité sociale sont régies par le principe de compensation intégrale défini à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

La fin de la compensation systématique des exonérations de cotisations sociales par l'État à la sécurité sociale remet en cause la loi du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale dite « loi Veil ». Mais elle porte aussi atteinte à l'autonomie financière de la sécurité sociale.

Le groupe Socialistes et apparentés refuse cette confusion entre le budget de l'État et celui de la sécurité sociale. C'est pourquoi nous proposons la suppression de l'alinéa 10 de cet article.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Votre amendement propose de supprimer la non-compensation à la sécurité sociale du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS), mis en place en 2017 en faveur des structures non lucratives. Cela soulève deux difficultés : d'une part, ce n'est pas cohérent avec les dispositions adoptées l'année dernière qui ne prévoyaient déjà pas la compensation du CITS ; d'autre part, cette non-compensation est ponctuelle puisque le CITS est voué à disparaître en 2019. En conséquence, mon avis sera défavorable.

Nous aurons l'occasion de débattre de la question plus générale des non-compensations à l'occasion d'autres amendements.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 5 sans modification.

Article 6

Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM pour 2018

La commission passe aux amendements identiques AS72 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS391 de Mme Jeanine Dubié.

M. Paul Christophe. L'amendement AS72 est défendu.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS391 propose un rééquilibrage de l'article 6 pour un partage plus équilibré de l'effort. La nouvelle convention médicale conclue en 2016 se traduit en effet par des augmentations importantes de charges. Cette évolution est cohérente avec le virage ambulatoire annoncé, mais il

reste à s'assurer que ces dépenses nouvelles auront de véritables effets restructurants, en limitant les hospitalisations et en ne se cantonnant pas à de simples mais très coûteux effets revenus additionnels.

De notre point de vue, il manque encore un dispositif prudentiel sur la médecine de ville, à la hauteur de la sur-exécution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2016, 2017 et 2018, déjà annoncée, et de celle à prévoir pour 2019. Il n'est pas normal que les efforts qui ne sont pas demandés à la médecine de ville soient consentis en totalité par les établissements d'hospitalisation publics, privés non lucratifs, et privés de statut commercial.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je suis défavorable à ces amendements. Sur la forme d'abord, il ne suffit pas de décréter que l'on va faire rétroactivement des transferts entre ces objectifs pour y arriver. Nous sommes en octobre 2018 et les dispositions proposées visent le budget de la sécurité sociale de 2018. Lorsque la loi sera promulguée, il sera impossible de les appliquer car elles seraient rétroactives... En outre, sur le fond, je vous rappelle que le sous-objectif 2019 pour l'hôpital a été porté à + 2,7 %, contre + 2,2 % pour les soins de ville. Vos attentes sont donc anticipées par le Gouvernement dans le PLFSS pour 2019. Enfin, pour la première fois, une sorte de coefficient de réserve prudentielle est prévu pour la médecine de ville, à hauteur de 120 millions d'euros. Mais nous aurons l'occasion d'en discuter ultérieurement.

M. Pierre Dharréville. Je saisis ce débat pour dire notre opposition à l'ONDAM tel que mis en œuvre par ce PLFSS, ainsi qu'au principe même de l'ONDAM. Cette logique de compression des dépenses de santé pose problème. C'est son objectif principal et il y parvient relativement bien... Chaque année, nous sommes en effet en dessous de la progression naturelle des dépenses de santé – qui est de 4,5 %. Même si l'on constate un léger desserrement cette année par rapport à l'année dernière – à 2,5 % –, l'ONDAM sera totalement insuffisant pour faire face aux besoins actuels d'un système en crise aiguë, notamment à l'hôpital public. Je m'opposerai donc à cet article.

M. Jean-Pierre Door. Nous nous opposerons également à cet article et à la réserve prudentielle prévue pour la médecine de ville – c'est une des préconisations de la Cour des comptes. Le comité d'alerte de l'ONDAM a récemment souligné le respect des dépenses, y compris de celles liées à l'ONDAM des soins de ville. Il ne faut donc pas en faire trop au détriment de la médecine de ville, déjà en difficulté. La profession souffre.

M. Boris Vallaud. Nous nous opposerons également à l'article 6. Les transferts systématiques vers l'enveloppe des soins de ville, en dépassement et dont les dépenses progressent plus vite que celles de l'hôpital, ne sont pas admissibles.

Sauf erreur de ma part, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a déjà indiqué aux directeurs de centres hospitaliers universitaires (CHU) qu'il n'y aurait pas de dégel du gel prudentiel effectué au début de l'année sur une partie des tarifs et dotations. C'est grave pour les établissements qui auront à le subir, ainsi que pour leurs finances, surtout quand ils sont en déficit...

Nous aurons l'occasion de débattre de l'ONDAM : il est évidemment insuffisant pour combler le manque d'investissement dans les moyens humains et financiers. Il ne prend pas en compte l'inflation et fait supporter aux personnels soignants cette perte de pouvoir d'achat, par le gel du point d'indice.

En outre, en dépit des annonces du Gouvernement, le taux d'investissement dans les hôpitaux est historiquement faible et les annonces des ministres à l'occasion du Plan hôpital sont cinq fois inférieures à ce qui avait été annoncé lors de la campagne présidentielle : 920 millions d'euros d'investissements dans le Plan hôpital quand on sait que l'hôpital de Nantes coûte 1,5 milliard... À quels hôpitaux le Gouvernement va-t-il renoncer ?

Enfin, à l'hôpital, les effectifs ont augmenté bien moins rapidement que le volume des actes, ce qui place les hôpitaux dans une situation extrêmement critique.

M. Alain Bruneel. Comme l'a indiqué mon collègue Pierre Dharréville, nous nous opposerons à cet article 6 car les mesures prévues sont insuffisantes. Certes, l'ONDAM progresse de 0,3 point. Mais l'an passé, le déficit de l'ONDAM était de 4 milliards, quand il est de 3,68 milliards cette année. La croissance tendancielle est de + 4,5 %. On en est loin... En conséquence, le manque à gagner est important pour les hôpitaux. Nous, parlementaires communistes, avons rencontré, au cours de notre Tour de France, plus de 6 000 personnes et entendu les personnels. Nous ne sommes d'ailleurs pas les seuls puisque j'ai vu que M. le Premier ministre et Mme la ministre avaient également été interpellés par les personnels des hôpitaux concernant le manque de moyens et la valorisation de leurs métiers. Ils les ont alertés sur la disparition du cœur de leur métier ; ils ont appris la bienveillance et ont désormais l'impression d'être maltraitants. Ce cri d'alerte est poussé partout. Des médecins démissionnent, des élus rendent leurs écharpes, d'autres expriment leur désaccord. Or cette problématique est mise de côté dans le PLFSS. Nous devons la remettre à l'ordre du jour et augmenter l'ONDAM de 4, voire de 8 milliards d'euros supplémentaires pour faire face à nos obligations en matière de santé.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Personne ne nie les difficultés du secteur hospitalier. L'annonce du Plan santé par le Président de la République il y a quelques semaines et les grandes réformes que nous allons mener en sont la preuve. Certes, les moyens sont importants, mais la réforme doit être plus structurelle : virage ambulatoire, développement de nouvelles unités avec les hôpitaux de proximité, qui vont pouvoir à nouveau investir les territoires qui avaient perdu ces bassins d'emploi et un accès aux soins, mise en place de petits

plateaux techniques suffisants pour que la médecine libérale et la médecine hospitalière assurent des soins de qualité et de proximité pour tous. L'enjeu est partagé. Les annonces ont d'ailleurs été saluées par toute la profession.

Vous nous interpellez sur la question des moyens. Monsieur Vallaud, je ne voudrais pas faire de mauvaises polémiques, mais l'objectif d'ONDAM annoncé par le Président de la République pendant la campagne était à + 2,3 % et nous allons voter un objectif d'ONDAM hospitalier à + 2,7 % pour 2019. Nous dépassons donc l'objectif que nous nous étions fixés. Pour mémoire, l'ONDAM hospitalier 2016 avait été fixé à + 1,6 % sous la précédente législature. Nous sommes 1,1 point au-dessus.

Donc, soyons prudents. Vous savez, comme moi, combien il est difficile de suivre la croissance des dépenses de santé. Reconnaissons ensemble l'effort budgétaire porté sur l'hôpital même si nous aimerions, bien sûr, avoir encore plus de moyens. Vous avez souligné un effort de 900 millions d'euros, annoncé par le Président de la République pour les quatre prochaines années. Mais personne n'a dit qu'il s'agirait du seul budget d'investissement qui permettra aux hôpitaux de s'organiser, d'investir et d'innover ! Vous avez raison, l'investissement hospitalier s'est effondré : en 2017, il a même atteint un plancher sous la pression des ONDAM successifs... Ces 900 millions d'euros constituent une annonce importante, qui a d'ailleurs été accueillie très favorablement. Nous allons par ailleurs proposer une augmentation très sensible du fonds d'investissement hospitalier – qui va passer de 450 à 650 millions d'euros sur une année.

M. Boris Vallaud. Je rappellerai simplement que le niveau d'inflation n'était pas le même il y a trois ans...

M. Alain Bruneel. Monsieur le rapporteur, permettez-moi de pas être d'accord avec vous. Le Plan santé 2022 nous renvoie à cinq, dix, voire cinquante ans. On ne répond pas aux problèmes immédiats des hôpitaux.

La commission rejette ces amendements.

Puis elle adopte l'article 6 sans modification.

La commission adopte la deuxième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 sans modification.

TROISIÈME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE
LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2019

Titre I^{er}
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT
ET À LA TRÉSORERIE

CHAPITRE I^{er}
Mesures en faveur du soutien à l'activité économique et des actifs

Article 7

Exonération de cotisations sociales salariales sur le recours aux heures supplémentaires et complémentaires

La commission en vient aux amendements identiques AS137 de M. Pierre Dharréville et AS434 de M. Jean-Hugues Ratenon.

M. Pierre Dharréville. En regrettant d'ores et déjà les effets dramatiques de la décision que nous venons de prendre, j'en viens au débat qui nous occupe. Sous prétexte de redonner du pouvoir d'achat aux actifs, la désocialisation des heures supplémentaires est dangereuse à plusieurs titres.

En premier lieu, cette mesure ne vise que les salariés en poste auxquels l'employeur a décidé d'octroyer des heures supplémentaires, laissant de côté le plus souvent les franges les plus précaires du salariat, les chômeurs et les retraités. Cette mesure revient donc à redonner du pouvoir d'achat aux seuls salariés concernés au détriment du versement de prestations sociales pour tous, puisque le financement de cette mesure est assuré par des exonérations de cotisations sociales salariales non compensées.

Par ailleurs, de nombreuses études pointent le risque que fait peser une telle mesure sur la création d'emplois. En incitant les employeurs à recourir aux heures supplémentaires de leurs salariés en poste, elle décourage les embauches en cas de progression du carnet de commandes des entreprises. Enfin, cette mesure va à l'encontre de la nécessaire réduction du temps de travail que nous appelons de nos vœux. Pour toutes ces raisons, l'amendement AS137 propose de supprimer l'article 7.

M. Jean-Hugues Ratenon. L'article 7 aurait un impact négatif sur l'emploi. La mise en œuvre entre 2007 et 2012, sous la présidence de Nicolas Sarkozy, de la défiscalisation des heures supplémentaires a détruit de nombreux emplois après cinq ans, selon tous les commentateurs. En 2011, cette mesure a détruit 30 000 emplois, selon les estimations de l'Observatoire français des conjonctures économiques (OFCE). Elle incite les employeurs à faire travailler plus longtemps les salariés plutôt que d'embaucher davantage.

Or l'allongement du temps de travail a des répercussions sur la santé des salariés. Les journées de travail à rallonge augmentent le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) et de développement de maladies coronariennes. C'est la conclusion d'une étude menée par des chercheurs de l'université Umea en Suède, parue dans une prestigieuse revue médicale en 2015. Une étude américaine publiée en 2016 a également montré que les femmes étaient particulièrement touchées par le phénomène, avec un risque d'AVC accru au-delà de quarante heures de travail hebdomadaire.

En outre, cette mesure va accroître la précarité. L'encouragement aux heures complémentaires rend plus intéressants les temps partiels, source de précarité et de faibles revenus, notamment pour les femmes.

Pour terminer, c'est une mesure très coûteuse : l'exonération de cotisations sociales est chiffrée à près de trois milliards d'euros, soit 0,11 point du produit intérieur brut (PIB), selon l'OFCE. De plus, pour la première fois, cette mesure d'exonération ne sera pas compensée par l'État. Cette exonération sera entièrement à la charge de la sécurité sociale.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Avis défavorable sur ces deux amendements de suppression. Monsieur Dharréville, vous avez dit « *sous prétexte de redonner du pouvoir d'achat* ». Redonner du pouvoir d'achat aux salariés n'est pas un prétexte, c'est un objectif assumé par cette majorité, d'autant que la mesure touchera majoritairement les ouvriers et employées des très petites (TPE) et petites et moyennes entreprises (PME). Au niveau du SMIC, un employé ou un ouvrier qui fera quatre heures supplémentaires par semaine – travaillant trente-neuf heures au lieu de trente-cinq – bénéficiera d'un gain net de 300 euros par an.

En outre, la mesure coûtera non pas 3 milliards d'euros – l'OFCE avait fait une mesure « à l'aveugle » pendant la campagne – mais 2 milliards d'euros. En outre, puisque vous citez l'OFCE, il faut mentionner qu'il a souligné, contrairement à l'exposé des motifs de M. Dharréville, qu'en période de reprise économique, l'exonération des heures supplémentaires accélère la reprise de l'activité *via* le soutien à la consommation. Il ne faut pas opposer les heures supplémentaires des uns à l'emploi des autres.

M. Pierre Dharréville. Vous nous entraînez sur le terrain d'un débat qui va nous intéresser : le pouvoir d'achat. Dans l'hémicycle, nos collègues examinent un budget qui va, prétendez-vous, améliorer le pouvoir d'achat des Françaises et des Français. Je ne partage pas cette opinion, bien au contraire. Toutes les mesures prises dans le projet de loi de finances et dans ce PLFSS vont au contraire continuer d'aggraver la situation. Nous sommes habitués à vos tours de passe-passe depuis un an et demi. Les retraités sont très en colère car leur pouvoir d'achat a été gravement touché par les mesures prises l'an dernier et celles que vous portez cette année.

Puisque vous souhaitez améliorer le pouvoir d'achat des Français, augmentez donc les salaires et réfléchissez à la hausse du SMIC ! Vos mesures en trompe l'œil reprennent la théorie du « *travailler plus pour gagner plus* ». C'est une vieille histoire. Vous n'avez rien inventé et nous avons constaté les dégâts qu'elle a causés. Vous prenez une très mauvaise direction : cette mesure n'aura pas l'impact que vous décrivez sur le pouvoir d'achat des salariés !

M. Boris Vallaud. Nous sommes également sceptiques sur l'efficacité de cette mesure. Nous sommes habitués à ce que la communication prenne le pas sur la réalité... Prenons le cas de la prime d'activité, qui devait représenter 20 euros de plus. En réalité au niveau du SMIC, ce sera seulement 8 euros – voire 5,50 euros en prenant en compte la non-indexation !

En outre, nous tenons à vous faire part de plusieurs motifs d'inquiétude. Tout d'abord, ces exonérations de cotisations seront supportées par le budget de la sécurité sociale sans compensation. Or c'est problématique au moment où les comptes de la sécurité sociale retrouvent enfin des excédents. En fait, vous allez faire porter l'effort – qui n'est plus nécessaire – aux familles, aux retraités, aux malades et aux soignants. Ils financeront les baisses d'impôts des ménages les plus aisés.

Par ailleurs, vous avez une lecture partielle de l'étude de l'OFCE : elle conclut bel et bien sur le risque de destruction nette de 19 000 emplois à l'horizon de 2022.

Enfin vous parlez de gain de pouvoir d'achat. Mais la sous-indexation des allocations familiales que nous examinerons ultérieurement va représenter 130 euros de perte de pouvoir d'achat par an pour un couple au SMIC avec trois enfants... Pour beaucoup de salariés, il s'agira donc, non pas de faire des heures supplémentaires pour gagner plus, mais de travailler plus pour ne pas perdre de pouvoir d'achat.

M. Pierre Dharréville. Ces dispositions s'inscrivent dans une logique de contournement de la durée légale du travail. Bien sûr, les heures supplémentaires peuvent être nécessaires pour amortir les pics de production, mais votre mesure les encourage en supprimant les cotisations. Par ailleurs, ces exonérations ne sont pas compensées. Or les salariés vont travailler plus et, ce faisant, peuvent mettre leur santé en danger en prenant un peu moins soin d'eux, faute de temps. Cela aura un coût à l'arrivée, y compris pour la sécurité sociale. Quand on travaille au-delà de la durée légale du travail, la cotisation doit être au rendez-vous ! Votre raisonnement est illogique, voire désastreux.

La commission rejette ces amendements.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS200 de M. Gilles Lurton et AS602 de M. Bernard Perrut.

M. Alain Ramadier. Le dispositif d'exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires et complémentaires prévu par l'article 7 permettra de renforcer le pouvoir d'achat des actifs et d'améliorer l'attractivité du travail quels que soient le mode d'organisation et la durée du travail. L'amendement AS200 vise à introduire dans le texte la référence à la modulation du temps de travail, aussi bien pour les salariés à temps plein qu'à temps partiel, afin d'éviter leur exclusion d'une mesure qui se veut pourtant générale.

M. Bernard Perrut. L'article 7 prévoit un dispositif d'exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires et complémentaires, afin de renforcer le pouvoir d'achat. Mais l'article ne vise pas les accords collectifs de modulation du temps de travail, dispositif abrogé mais qui demeure applicable dans certaines circonstances. Il convient pourtant que l'article 7 s'applique à tous les salariés quel que soit leur mode d'organisation de la durée du travail.

Afin de lever toute ambiguïté, l'amendement AS602 propose de combler cette lacune en mentionnant dans le texte la modulation du temps de travail pour les salariés à temps plein ou partiel. Ne pas mentionner ces heures de dépassement reviendrait à les exclure de cette mesure d'exonération qui se veut pourtant de portée générale.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Ces amendements me semblent déjà satisfaits par la rédaction actuelle de l'article dont l'alinéa 5 prévoit bien de couvrir tout dispositif d'aménagement du temps de travail, quelle que soit sa date de mise en place. Vous faites allusion à des articles qui n'existent plus dans le code du travail depuis 2008, mais qui sont en pratique toujours appliqués par le biais d'accords collectifs. Ils sont donc couverts par la rédaction actuelle de l'article. Votre demande étant satisfaite, je vous propose de retirer vos amendements.

Les amendements sont retirés.

La commission en vient à l'amendement AS283 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Nous ne sommes pas du tout du même avis que MM. Dharréville, Ratenon ou Vallaud. Nous souhaitons aller plus loin que le Gouvernement. Les Républicains plaident pour une défiscalisation totale des heures supplémentaires et non une simple désocialisation. Un amendement de notre groupe propose d'ailleurs cette défiscalisation dans le projet de loi de finances. Sous la présidence de Nicolas Sarkozy, nous avons adopté une telle mesure. Elle avait ensuite été supprimée par le Gouvernement de François Hollande. Pourtant, elle avait permis à 9 millions de salariés de bénéficier d'un gain annuel de l'ordre de 500 euros. Tous ces salariés regrettent sa disparition et nous le font savoir lorsque nous les rencontrons.

L'amendement AS283 vise à faire entrer en vigueur l'exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires dès le 1^{er} janvier 2019, sans attendre le 1^{er} octobre, comme le prévoit le texte.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je me souviens bien du vote de la suppression du dispositif en loi de finances rectificative en 2012. Je me souviens également du débat qui avait animé la majorité à laquelle j'appartenais à l'époque : certaines voix avaient rapidement estimé que nous avions commis une erreur. Je n'ai donc aucune difficulté à soutenir et accompagner le Gouvernement dans sa volonté de désocialiser les heures supplémentaires. Vous avez raison de rappeler que le mécanisme est un peu différent, mais c'est un effort important en faveur du pouvoir d'achat des salariés et ouvriers, notamment ceux qui travaillent dans les petites et très petites entreprises. Je comprends votre impatience mais la mesure est coûteuse – 150 millions d'euros par mois. Si nous adoptions votre amendement, le déséquilibre dans la trajectoire des finances publiques serait de l'ordre de 1,3 milliard d'euros. Ce n'est pas négligeable et cela explique que nous ayons fait ce choix, budgétaire et non politique. Je vous propose donc de retirer votre amendement. Sinon, mon avis sera défavorable.

M. Jean-Pierre Door. Monsieur le rapporteur, je vous remercie d'avoir rappelé que vous étiez favorable aux dispositions adoptées lors de la présidence de M. Sarkozy, supprimées par le gouvernement socialiste...

Aujourd'hui, il importe que l'augmentation intervienne rapidement. Il faut aller plus vite : tous les salariés l'attendent. Le Président de la République et la majorité n'ont de cesse de parler de pouvoir d'achat ! Au regard des 500 milliards d'euros que nous engageons dans ce PLFSS, ces 150 millions ne sont qu'une goutte d'eau, et elle pourra bénéficier aux salariés !

M. Francis Vercamer. Monsieur le rapporteur, faute avouée est à moitié pardonnée ! (*Sourires.*) Le groupe UDI, Agir et Indépendants (UAI) votera cet amendement car c'est une mesure que les salariés attendent depuis longtemps. Elle avait été supprimée par le gouvernement précédent, par erreur – ou peut-être par bêtise. Le président Hollande l'avait reconnu lors d'une émission télévisée.

Plus tôt cette mesure sera applicable, mieux ce sera.

M. Pierre Dharréville. Je reconnais la constance de nos collègues de droite : cette mesure leur tenait à cœur et c'est toujours le cas. J'espère qu'ils me reconnaîtront la même constance : je suis toujours aussi opposé à cette mesure. Il s'agit d'un cadeau au patronat, d'autant que personne ne peut dire si ces exonérations diverses et variées reviennent bien aux salariés. Dispose-t-on d'études en la matière ?

Enfin, cette mesure a un coût, tout comme celle proposée par le Gouvernement, qui va sans doute être financée par la contribution sociale généralisée (CSG). Vous prétendez augmenter le pouvoir d'achat, mais vous voyez bien que le serpent se mord la queue !

M. Thomas Mesnier. Il ne s'agit pas d'un cadeau au patronat, mais d'un vrai cadeau aux actifs qui vont gagner du pouvoir d'achat. Cette mesure entre dans le cadre de notre politique de revalorisation du travail. Cela va dans le même sens

que la suppression des cotisations salariales dont nous allons pouvoir mesurer les effets entre la première et la deuxième lecture du PLFSS, puisque dès la fin du mois d'octobre, ils seront visibles sur la feuille de paie, tant pour les salariés du public que ceux du privé. C'est une bonne disposition, que nous aurions bien entendu aimé pouvoir mettre en œuvre plus tôt dans l'année. Mais, en responsabilité, au regard de l'état de nos finances publiques, nous nous félicitons de sa mise en œuvre dès le mois de septembre.

M. Boris Vallaud. Vous évoquez votre responsabilité en matière de finances publiques, mais vous dégagez des excédents que vous siphonnez ! Toutes ces mesures seraient finançables dès le début de l'année si vous le décidiez, mais vous préférez financer d'autres publics – d'autres électeurs peut-être. Vous voulez que le travail paie ; c'est très bien. Mais, en vérité, vous faites payer le travail par les retraités. Ce sont les grands-mères qui paient, pas les employeurs.

M. Pierre Dharréville. Ce débat sur le travail est intéressant. La meilleure façon de le valoriser consiste à le rémunérer correctement. Ce sera également la meilleure façon de soutenir le pouvoir d'achat. Or aucune mesure ne va dans ce sens et n'est corrélée avec la création de richesse. Pourtant les salariés occupent une place centrale dans cette création de richesse.

Monsieur Mesnier, vous évoquez les effets à venir de la suppression des cotisations. Ce ne sera que de l'affichage puisque, par votre tour passe-passe, les cotisations salariales ont été remplacées par une hausse de la CSG.

M. Alain Bruneel. J'approuve les propos de M. Dharréville. Le débat est intéressant puisqu'il est question de la valeur travail, et donc du pouvoir d'achat. Pour revaloriser le pouvoir d'achat, il faut permettre à chacun de pouvoir être embauché, augmenter le SMIC et dégeler le point d'indice des fonctionnaires.

D'autre part, l'argument des fonds publics ne tient pas : vous faites un choix, mais l'argent est là. Vous décidez par exemple de faire un cadeau concernant l'impôt sur la fortune, et un cadeau de 40 milliards aux entreprises – nous y viendrons dans un instant. Que dire des 20 milliards que représente la fraude aux cotisations sociales ? L'argent existe. Préfère-t-on une stratégie consistant à augmenter les salaires et à répondre aux besoins du personnel des hôpitaux et des EHPAD ? Vous faites un choix différent ; assumez-le !

M. Laurent Pietraszewski. Vous soulevez plusieurs points, monsieur Bruneel, qui n'ont guère de rapport entre eux. Comment faut-il raisonner en la matière ? L'économie comporte de nombreux entrants. Nous voulons valoriser le travail, et c'est ce que nous faisons par cette mesure très spécifique comme nous l'avons fait avec d'autres dispositions. Cela n'empêche pas de conduire une réflexion globale par ailleurs. Ne mélangeons cependant pas tout, même si ces sujets vous tiennent légitimement à cœur – la revalorisation du SMIC et d'autres investissements – car il devient difficile d'interpréter les choses.

En l'occurrence, il s'agit d'une mesure claire et très ponctuelle qui vise à augmenter le pouvoir d'achat. On peut être d'accord ou non, comme en attestent les différentes lectures qui en sont faites de part et d'autre, mais gardons-nous de tout amalgame comme vous venez de le faire.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 7 sans modification.

Après l'article 7

La commission examine l'amendement AS284 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Carles Grelier. J'ai goûté avec plaisir, monsieur le rapporteur général, votre reconnaissance publique de l'erreur manifeste que fut en son temps la suppression de l'exonération des heures supplémentaires. Si l'erreur est humaine, la persévérance dans l'erreur peut être diabolique. Je vous invite donc par cet amendement du groupe Les Républicains à ne pas vous arrêter au milieu du gué et, plutôt que de faire « en même temps », à aller au bout de la logique en rétablissant le dispositif – puisque vous l'avez trouvé excellent – tel qu'il existait à l'époque de M. Sarkozy, en exonérant également la part patronale des charges sur les heures supplémentaires.

Si vous aspirez à ce que votre dispositif fonctionne, il faut qu'il soit conforme non seulement à la pratique des entreprises mais aussi au code du travail. Il est utile de rappeler, en effet, que ce sont les employeurs qui autorisent l'exercice des heures supplémentaires. S'ils n'y trouvent ni avantage ni intérêt, il est assez probable qu'ils encourageront peu leurs salariés à en effectuer.

Ne soyez donc pas frileux et allez au bout de votre démarche en rétablissant *in fine* l'exonération mise en place par M. Sarkozy, puisque vous avez-vous-même reconnu que sa suppression était une erreur.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Vous me faites dire ce que je n'ai pas dit, monsieur le député. Comme chacun d'entre vous, y compris à gauche, j'ai rencontré un certain nombre de salariés qui ne gagnaient pas des fortunes. Je me souviens par exemple de cet ambulancier à qui quatre heures supplémentaires par semaine permettaient de joindre les deux bouts et avaient rendu son travail plus intéressant que d'autres. La suppression du dispositif dit TEPA avait en effet eu des répercussions sur son pouvoir d'achat, au point qu'il avait fini par chercher un emploi ailleurs. C'est donc une réalité.

Vous proposez l'extension de la suppression des cotisations patronales sur les heures supplémentaires aux entreprises de plus de vingt salariés. Dans les entreprises de moins de vingt salariés, la mesure a été maintenue en 2012, car ces entreprises, pour l'essentiel dans le secteur tertiaire ou dans l'artisanat, sont souvent soumises à des coups de feu, des surcroûts d'activité, des périodes plus

erratiques où le recours aux heures supplémentaires est nécessaire à certains moments clés de l'activité économique et où l'effet d'aubaine est au fond modeste. Dans les entreprises de plus de vingt salariés, en revanche, sauf situation particulière, l'effet d'aubaine l'emporte globalement sur l'intérêt pour le pouvoir d'achat des salariés et pour le bon fonctionnement de l'entreprise.

C'est pourquoi nous avons maintenu le dispositif pour les entreprises de moins de vingt salariés en 2012, et c'est pourquoi je reste défavorable à son rétablissement pour les entreprises de plus de vingt salariés – et donc à votre amendement, sans même aborder la question de son coût, dont votre amendement ne comporte pas d'évaluation mais qui ferait exploser les équilibres budgétaires auxquels je crois savoir que vous êtes très attaché.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite, en discussion commune, l'amendement AS14 de M. Paul Christophe ainsi que les amendements AS297 et AS298 de Mme Danielle Brulebois.

M. Paul Christophe. Fondé sur le principe de sécurisation, cet amendement vise à pérenniser une pratique de l'URSSAF concernant les avantages et cadeaux versés par les entrepreneurs aux salariés pour l'exercice d'activités sociales et culturelles. Ces avantages sont répertoriés dans une lettre-circulaire ACOSS qui n'est ni sécurisante sur le plan juridique, ni claire quant aux modalités d'attribution. En effet, cette pratique n'a pas d'existence normative ; elle ne fait l'objet que d'une tolérance. L'URSSAF redresse de nombreuses entreprises pour des motifs d'addition de ces avantages qui, selon elle, pourraient constituer un salaire déguisé. Ce point de vue peut se comprendre ; il me paraît donc important d'inscrire cet usage dans la loi, en l'assortissant d'un plafond clair pour éviter tout flou juridique susceptible d'entraîner des situations de redressement que les TPE-PME craignent. Une telle inscription dans le code de la sécurité sociale sécurisera les chefs d'entreprise qui sont encore très peu nombreux à faire profiter leurs salariés de cet usage.

M. Belkhir Belhaddad. Les amendements AS297 et AS298 sont défendus.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Ces amendements font état d'un décalage effectif entre la jurisprudence constante de la Cour de cassation d'une part, qui prévoit l'assujettissement théorique aux cotisations de tout cadeau ou bon d'achat délivré par l'employeur à ses salariés, et une souplesse administrative d'autre part, qui consiste à tolérer l'exonération lorsque les cadeaux en question ne dépassent pas 5 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS). Au-delà de ce seuil, les cadeaux sont assujettis aux cotisations, mais une forme de tolérance administrative s'exerce dans le cas de cadeaux offerts à l'occasion par exemple d'un mariage, de la Sainte-Catherine ou de la Saint-Nicolas.

Ces amendements présentent trois difficultés sur le plan juridique et financier. D'une part, la non-fiscalisation de ces cadeaux représente un coût non-compensé d'environ 1 milliard d'euros pour la sécurité sociale ; élargir le champ de cette mesure coûterait vraiment trop cher. D'autre part, les tolérances exercées par l'administration doivent toujours rester limitées ; songez aux routiers : ils sont toujours sympas mais il ne faut pas pousser, car ils vont finir par dire stop. Enfin, cette tolérance ne relève pas d'un simple geste de sympathie de la part de l'administration mais fait l'objet d'instructions ministérielles et d'une lettre-circulaire très sérieuse de l'ACOSS. Je suggère donc le retrait de ces amendements pour ne pas mettre en péril le dispositif dans son ensemble et pour permettre aux nombreux bénéficiaires des cadeaux de continuer de recevoir ces avantages de la part de leurs employeurs.

M. Paul Christophe. Je ne suis pas certain que les routiers et autres personnes concernées apprécient votre trait d'humour, monsieur le rapporteur général. En revanche, vous avez à très juste titre évoqué une « forme de tolérance ». C'est précisément sur ce point que nous voulons intervenir afin d'éviter les décisions arbitraires au profit de décisions reposant sur des règles édictées et validées.

La commission rejette successivement ces amendements.

Elle passe à l'amendement AS431 de M. Jean-Hugues Ratenon.

M. Jean-Hugues Ratenon. Alors que huit embauches sur dix se font en contrats courts et précaires, le recours à l'intérim s'est considérablement développé.

S'il peut être un choix, il est souvent une contrainte pour les travailleurs : seuls 16 % des travailleurs en intérim disent avoir fait un choix non contraint. Ils sont donc souvent poussés à accepter le peu qui leur est proposé et à prendre un poste en intérim. Pour les entreprises cependant, le recours à l'intérim est un formidable outil qui permet de modeler la taille des effectifs en minimisant les coûts mais aussi les risques. L'intérim est sans doute l'une des formes les plus abouties du modèle de flexibilisation des travailleurs.

Par cet amendement, nous souhaitons d'une part désinciter à l'embauche en intérim pour refaire du CDI le contrat de base et permettre au plus grand nombre d'accéder à un contrat de travail stable et pérenne. Nous souhaitons également faire en sorte que le taux de recours à l'intérim soit un vecteur de fluctuation des cotisations patronales à la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). Il existe en effet un véritable manque de traçabilité des carrières et de l'exposition aux risques dans le travail temporaire, et le caractère lacunaire des données protège les entreprises. La survenue des maladies professionnelles expose très peu les entreprises en raison de la brièveté du passage du salarié. Pour renforcer la sécurité sanitaire des intérimaires et éviter que leur embauche ne constitue une aubaine sur le plan de la gestion des risques, nous demandons la prise en compte du taux d'intérim dans le calcul des cotisations AT-MP.

M. Olivier Véran, rapporteur général. L'augmentation de la cotisation AT-MP que vous proposez conduirait à fragiliser l'emploi intérimaire en alourdissant son coût. Dans la pratique, l'incidence financière et sociale de cette mesure ne sera pas supportée par l'employeur mais par les salariés intérimaires, le cas échéant *via* une pression à la baisse sur les promotions salariales. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle est saisie de l'amendement AS430 de M. Jean-Hugues Ratenon.

M. Jean-Hugues Ratenon. Cet amendement vise à lancer une expérimentation intitulée « *Objectif 32 heures* » qui consistera en l'exonération de cotisations pour les salariés qui ont signé un contrat de 32 heures hebdomadaires payées 35 heures. L'expérimentation permettra d'étudier l'impact d'une telle mesure sur la productivité de l'entreprise, la santé des salariés et le bonheur au travail, ainsi que son effet sur les besoins en recrutement.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Nous visons moins un « *Objectif 32 heures* » qu'un « *Objectif emploi* » ; c'est l'objet de toutes les réformes en matière d'emploi et de politique économique qui sont conduites depuis le début de la législature. Votre amendement me semble avoir un sens qui n'était pas celui que vous vouliez lui donner, car vous ne visez que les seuls CDD. En restreignant la mesure à ce type de contrats, vous inciteriez à l'embauche massive en CDD alors que notre objectif est d'encourager l'embauche en CDI. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 8

Mise en œuvre de la transformation en 2019 du CICE et du CITS en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs

La commission examine les amendements identiques AS135 de M. Pierre Dharréville et AS429 de M. Jean-Hugues Ratenon.

M. Alain Bruneel. Chaque année, le montant des exonérations de cotisations sociales s'élève à 46 milliards d'euros, d'après l'annexe 5 du PLFSS. Pourtant, l'article 8 du présent projet de loi prévoit de pérenniser à compter du 1^{er} janvier 2019 de nouveaux allègements de cotisations patronales à hauteur de six points pour les salaires inférieurs à 2,5 SMIC et de renforcer des allègements généraux de cotisations sociales entre 1 et 1,6 SMIC, privant ainsi de manière durable les organismes de sécurité sociale de ressources financières.

En 2019, les entreprises cumuleront donc de façon transitoire deux dispositifs : le crédit d'impôt au titre de l'année 2018 et les baisses de cotisations sociales pour 2019. Cela entraînera pour elles un gain de trésorerie de 21 milliards

d'euros. Cet argent public sera sans effet significatif sur l'emploi, et représentera 1,8 point de PIB.

Cinq ans après l'entrée en vigueur du dispositif, le dernier rapport du comité de suivi du CICE d'octobre 2018 conclut à « *un effet modéré du CICE sur l'emploi* » avec 100 000 emplois créés ou sauvegardés. Selon ce même rapport dans sa première version non publiée, la transformation du CICE en réduction de cotisations sociales « *aura des effets globalement neutres sur l'activité et l'emploi* ». Outre son inefficacité avérée, ce dispositif encourage les emplois peu qualifiés du fait de son ciblage sur des rémunérations inférieures à 2,5 SMIC, tout en renchérissant le coût du travail dans les secteurs employant des salariés qualifiés. Ainsi, il ne répond pas au défi de l'élévation des qualifications des travailleurs de notre pays.

Pour toutes ces raisons, nous proposons de supprimer cet article.

M. Jean-Hugues Ratenon. Par cet article le Gouvernement maintient l'exonération de cotisations sociales pour les salaires allant jusqu'à 2,5 SMIC. Environ trois quarts des salariés sont concernés. Autrement dit, le Gouvernement accepte que le patronat soit presque intégralement exonéré de cotisations sociales. C'est un cadeau sans contrepartie qui va à l'encontre de l'un des principes fondateurs de la sécurité sociale selon lequel une partie de la valeur et de la richesse doit être consacrée à la solidarité nationale des travailleurs car ils en sont les seuls producteurs. Le groupe de La France insoumise propose donc par l'amendement AS429 de supprimer l'article.

M. Olivier Véran, rapporteur général. J'émetts un avis défavorable à ces deux amendements de suppression qui reposent sur la dénonciation du système du CICE quelle que soit sa forme, c'est-à-dire de l'aide accordée aux entreprises en faveur de l'emploi et de la compétitivité. Le Gouvernement a fait le choix de supprimer le dispositif de crédit d'impôt pour instaurer un dispositif plus simple d'allègement de cotisations patronales. Cette mesure ayant été votée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, l'adoption de ces amendements de suppression ne suffirait donc pas à revenir en arrière et à faire disparaître le dispositif.

En revanche, vos arguments concernant le coût de la mesure sont partiellement entendus puisque le renforcement de l'allègement général entrera en vigueur en deux temps, en janvier puis en octobre, mais sans doute aurons-nous l'occasion d'en débattre plus tard.

Enfin, vous déplorez le « coup double » de la bascule en 2019 du fait de la réduction immédiate des cotisations au titre de l'année 2019 et de la perception du CICE des années antérieures. En effet, le Gouvernement fait le choix d'apporter un soutien massif à l'économie du pays et à sa compétitivité alors que la croissance repart, car nous avons besoin de créer de l'emploi et de la richesse.

M. Dino Ciniéri. La suppression des exonérations de cotisations patronales pour l'emploi de travailleurs occasionnels et de demandeurs d'emploi (TO-DE) que le Gouvernement entend imposer affectera les agriculteurs à hauteur de 178 millions d'euros par an, dont plus de 22 millions dans la région Auvergne-Rhône-Alpes et quelque 900 00 euros dans le seul département de la Loire. Pour un employeur, la perte financière s'élèverait à 189 euros par mois et par salarié saisonnier. L'allègement général de charges envisagé avec la suppression du CICE ne compensera pas la suppression annoncée de cette exonération TO-DE. Les secteurs fortement employeurs de main-d'œuvre occasionnelle, en particulier l'arboriculture, le maraîchage, l'horticulture, la production de semences et la viticulture, seront directement pénalisés. Je vous demande donc la suppression de cette mesure qui risque de dégrader davantage la compétitivité de nos exploitants agricoles alors que la France doit faire face à la concurrence féroce des pays voisins.

M. Pierre Dharréville. Je me permets d'insister, monsieur le rapporteur général, pour que vous reveniez sur votre position en donnant un avis favorable à nos amendements. Votre dernier argument concernant le doublement du bénéfice du CICE pour les employeurs me semble un peu court, en effet. Regardons ce que représente cette mesure : 40 milliards d'euros ! C'est un montant considérable. Cette année, c'est *open bar*, en quelque sorte ! Il n'est pas sérieux d'aller dans cette direction. Vous adoptez une démarche d'exonération des cotisations sociales qui n'a pas montré ses effets réels sur l'économie et qui entraîne un coût considérable pour la collectivité, en l'occurrence pour la sécurité sociale ; je crois au contraire que cet argent devrait être utilisé autrement pour notre société, car nous en avons besoin pour développer les services publics, pour favoriser la transition écologique, pour répondre aux nombreux enjeux actuels. Le choix que vous faites de ponctionner le budget de la sécurité sociale et de multiplier par deux la somme déjà considérable que représente le CICE versée les années précédentes est proprement hallucinant ! Au moins auriez-vous dû prévoir que les choses restent en l'état mais même cela, vous ne l'avez pas fait. Ne vous plaignez pas que M. Macron soit appelé le « président des riches » !

La commission rejette ces amendements.

Elle passe à l'amendement AS655 du rapporteur général.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Il s'agit d'un amendement de coordination relatif à la communication entre les réseaux de recouvrement, qui vise à garantir une interprétation commune des dispositions relatives aux exonérations de cotisations sociales et de cotisations de retraite complémentaire.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS439 de Mme Éricka Bareigts.

Mme Éricka Bareigts. Cet amendement concerne la presse et la production audiovisuelle, un secteur bénéficiant du régime renforcé d'exonération

prévu par loi du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer (LODEOM). Or l'article 8 du PLFSS exclut la presse écrite et l'audiovisuel de la liste des secteurs renforcés du bénéfice du futur régime d'exonération spécifique de cotisations sociales patronales outre-mer. L'inclusion de ces secteurs se justifiait au motif des handicaps structurels liés au statut de région ultrapériphérique : l'éloignement, la faible taille des marchés – la presse locale répond à un marché de 865 000 habitants à La Réunion et de 200 000 à 400 000 habitants dans les autres départements d'outre-mer. Ces handicaps structurels n'ont pas changé ; pourtant ce secteur est exclu du futur dispositif, ce qui entraînera des plans sociaux d'envergure et menacera l'existence même de la presse sur ces territoires. Précisons que la presse locale ne bénéficie pas dans les outre-mer des subventions nationales de droit commun qui sont versées à la presse quotidienne régionale au niveau national.

M. Olivier Véran, rapporteur général. L'article 8 simplifie le dispositif spécifique d'allègement de cotisations dont bénéficient les employeurs ultramarins. Il restera néanmoins plus avantageux que celui qui s'applique en métropole afin de faire face aux difficultés propres à ces territoires de la République, que vous rappelez justement dans votre amendement, madame la députée. Il comporte trois étages que je ne rappellerai pas ici, mais il retient plusieurs secteurs prioritaires qui sont particulièrement exposés à la concurrence internationale ou qui sont stratégiques pour le développement économique des outre-mer. Le Gouvernement a considéré que le secteur de la presse et la production audiovisuelle ne relève ni de l'une ni de l'autre catégorie. Je n'entrerai pas dans le débat sur le fond : vous avez été ministre des outre-mer et connaissez bien mieux le sujet que moi. Je suis néanmoins tenté de nous en tenir à la liste proposée par le Gouvernement et vous suggère de retirer votre amendement ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

Mme Éricka Bareigts. Je maintiens mon amendement : comme vous l'avez dit vous-même, l'exclusion de ce secteur se justifie parce qu'il ne correspondrait pas aux critères retenus, à savoir l'exposition à la concurrence internationale et le caractère stratégique pour le développement économique. Selon moi, un troisième critère aurait dû s'y ajouter : celui de secteur économique fragile qui ne survivrait pas structurellement à la suppression de ces exonérations. Il y va de la liberté et de l'existence de la presse sur les territoires ultramarins.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine l'amendement AS427 de Mme Caroline Fiat.

M. Jean-Hugues Ratenon. Par cet amendement, nous souhaitons réserver les exonérations de cotisations prévues par le présent article aux entreprises qui en auraient réellement besoin et exclure celles dont la bonne santé financière ne nécessite pas un tel cadeau.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements identiques AS654 du rapporteur général et AS235 rectifié de M. Joël Giraud, rapporteur général de la commission des finances, ainsi que les amendements identiques AS203 de M. Emmanuel Maquet, AS272 de M. Stéphane Viry, AS336 de M. Vincent Rolland, AS538 de M. Gilles Lurton et AS603 de M. Bernard Perrut.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Le Gouvernement prévoit la suppression du dispositif dit TO-DE qui permet aux producteurs agricoles de bénéficier d'une exonération de charges sociales pour l'embauche de travailleurs occasionnels et de demandeurs d'emploi. L'allègement général de cotisations sociales, que nous avons renforcé en 2018, est plus favorable pour les employeurs du secteur agricole au niveau du SMIC. Cependant, à partir de 1,25 SMIC et compte tenu des niveaux de rémunération dans certains secteurs, la suppression du dispositif TO-DE, si elle était adoptée en l'état, emporterait des conséquences qui pourraient être coûteuses pour les employeurs agricoles, notamment les maraîchers, les arboriculteurs et les viticulteurs. Si nous maintenons le dispositif TO-DE, les employeurs auraient toujours le choix de basculer vers l'allègement général, par exemple si la plupart de leurs employés saisonniers sont rémunérés au niveau du SMIC ou légèrement en-dessous car ce régime serait alors plus avantageux, ou d'opter pour le régime TO-DE si les niveaux de rémunération qu'ils pratiquent sont supérieurs à 1,25 SMIC, le niveau auquel s'opèrerait la bascule.

Nous avons examiné cette question avec le rapporteur général de la commission des finances, dont je salue la présence et que je remercie pour son écoute et son travail proactif. J'ai interrogé le ministre des comptes publics la semaine dernière, en appelant son attention sur le fait que de nombreux députés de tous bords ont été alertés sur ce point dans leurs circonscriptions. Quoiqu'élus dans une circonscription très urbaine, la ville de Grenoble, j'entends que les répercussions qu'aurait la suppression du dispositif TO-DE sur un certain nombre d'agriculteurs seraient problématiques.

Le ministre des comptes publics s'est engagé ici même à ce que le Gouvernement propose un dispositif revu et corrigé d'ici à la séance. Il m'a néanmoins semblé important de l'inciter vivement à revoir et à corriger ce dispositif de manière substantielle afin de tenir compte des difficultés que rencontrent les exploitants agricoles sur les territoires. Il est certes inhabituel de proposer la suppression d'un pan entier d'un article d'un texte budgétaire ; je suis conscient de l'originalité de la démarche, à laquelle le rapporteur général du budget s'associe également, comme il vous le dira dans un instant. N'y voyez aucune volonté de fronde ; en ce qui me concerne, je serais très heureux de pouvoir voter la semaine prochaine un dispositif prévu par le Gouvernement qui remplirait ces objectifs et qui lèverait les doutes et les appréhensions.

Enfin, je propose aux groupes de gauche, notamment au groupe Socialistes et apparentés qui n'a pas déposé d'amendement sur cette question mais dont je connais la sensibilité sur la question agricole pour en avoir discuté avec plusieurs de ses membres, de s'associer à cette démarche s'ils le souhaitent.

M. Joël Giraud, rapporteur général de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire. L'amendement AS235 rectifié est identique à celui que vient de défendre le rapporteur général ; permettez-moi d'ajouter quelques points à son exposé pour vous donner une idée des effets du dispositif. Nous nous sommes rendus à une réunion quelque peu surréaliste au ministère de l'agriculture où la directrice de cabinet du ministre a présenté les effets négatifs de la mesure sans mentionner la moindre compensation possible. Une exploitation classique employant sept salariés en CDI, deux salariés en CDD et onze travailleurs saisonniers perdrait environ 6 000 euros par an, sachant que j'intègre dans ce montant les gains liés au renforcement de l'allègement général et les pertes liées à la mesure TO-DE. Ce montant correspond *grosso modo* à la marge que réalisent la plupart des secteurs ; autrement dit, nous supprimerions les marges des exploitations qui, si elles vont mal, n'auront plus qu'à aller voir leurs banquiers, de préférence à genoux jusqu'à Saint-Jacques-de-Compostelle, pour mieux leur plaire.

Nous nous sommes donc employés à bâtir un dispositif viable consistant à revenir sur la suppression de la mesure TO-DE dans le PLFSS. De mon côté, j'ai fait adopter par la commission des finances un amendement modifiant le régime des plus-values à long terme des cessions de titres de participation, dégageant une marge de manœuvre de 390 millions d'euros. À l'article 36 du projet de loi de finances, j'ai proposé un transfert de crédit vers la sécurité sociale de façon que nous puissions financer le maintien de TO-DE sans dégrader le solde des administrations publiques.

Peut-être de magnifiques propositions seront-elles présentées d'ici à la séance. Reste un problème, néanmoins : si nous devons dégager des marges de manœuvre dans le PLF en faveur de la sécurité sociale, cela ne peut se faire qu'en première partie du PLF, et non en deuxième partie. Nous devons donc prendre les devants, d'où cet amendement préalable à toute éventuelle annonce gouvernementale – dont nous serons tous très heureux si elle a lieu. En attendant que les annonces soient faites à Marie, nous avons préféré prévoir un dispositif viable et efficace qui évite aux secteurs cités par votre rapporteur général de connaître de graves difficultés dans les années qui viennent.

M. Jean-Pierre Door. Permettez-moi de vous faire part des souhaits du groupe Les Républicains, étant donné que l'adoption de ces deux amendements ferait tomber tous les autres amendements en discussion commune. Nous demandons bien entendu le maintien de l'exonération dite TO-DE, indispensable à la vitalité de l'emploi dans les territoires ruraux et à la compétitivité de l'agriculture française. N'oublions pas que la suppression cumulée du CICE et du TO-DE engendrerait une perte sèche de près de 144 millions d'euros pour

l'agriculture française, monsieur le rapporteur général du budget, soit 189 euros par mois et par emploi saisonnier. C'est donc un montant très important.

Le maintien de l'exonération TO-DE est donc bienvenu. Manque cependant la réintégration des six points supprimés lors de l'abandon du CICE ; il faudra aborder la question avec le ministre de l'agriculture. Sans cette réintégration, le TO-DE sera extrêmement modeste pour les employés saisonniers du monde agricole. Nous demanderons donc cette réintégration.

Mme Charlotte Lecocq. Je soutiens la proposition du rapporteur général. Il s'agit en effet d'exploitations assez fragiles. En outre, ne rien faire irait à contre-courant de nos objectifs, à savoir soutenir les agriculteurs et l'emploi. Ce sont des secteurs dans lesquels les employeurs ont beaucoup de mal à recruter. Nous ajouterions à ces difficultés d'embauche un surcoût lié à la masse salariale, et risquerions ainsi de décourager les employeurs de produire. C'est pourquoi nous sommes assez nombreux, au sein de la majorité, à approuver la démarche du rapporteur général.

M. Thomas Mesnier. Le groupe La République en Marche s'est en effet saisi de cette question dès qu'il a pris connaissance du PLFSS. En l'état, la rédaction du projet de loi ne nous convient pas et nous soutenons sans réserve les deux amendements déposés par les rapporteurs généraux, en espérant que le Gouvernement nous proposera d'ici à la séance une autre version du texte qui protégera davantage les agriculteurs.

Mme Jeanine Dubié. J'ai déposé un amendement AS400 qui va dans le même sens, à savoir celui du maintien du dispositif actuel, mais je comprends que les amendements des rapporteurs généraux ont de fortes chances d'être adoptés. Je salue à cet égard leur lucidité – cela fait parfois plaisir. Rappelons tout de même, comme l'a dit M. Door, que six points manqueront toujours suite à la suppression du CICE. Je souhaite donc que les réflexions à venir débouchent sur un dispositif identique à celui qui existe déjà : pourquoi changer ce qui fonctionne bien ?

M. Bernard Perrut. Nous partageons tous la même « lucidité » depuis plusieurs semaines : cette mesure, en effet, entraîne des conséquences très lourdes pour tous les secteurs agricoles, qui sont les premiers pourvoyeurs de main-d'œuvre, et met en danger la pérennité d'un certain nombre d'exploitations. Dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, par exemple, dont nous sommes plusieurs représentants ici, 120 000 contrats sont concernés ; c'est dire les conséquences à l'échelle nationale. C'est la raison pour laquelle nous avons déposé plusieurs amendements qui visent non seulement à rétablir le dispositif TO-DE mais aussi à intégrer l'allègement supplémentaire de six points prévu dans le cadre du CICE, afin de maintenir la compétitivité de l'agriculture. Cela a été dit mais le sujet est assez grave pour que nous le rappelions tous. En effet, les menaces économiques seraient très fortes ; au contraire, nous avons besoin d'assurances. Le rapporteur général nous dit que la solution sera en partie trouvée pour ce qui est du dispositif TO-DE, mais nous voilà réunis en commission sans éléments précis quant aux

financements prévus, en particulier en ce qui concerne les allègements prévus dans le cadre du CICE. Nous avons besoin de réponses rapides et précises car ce sujet nous préoccupe tous. Il aurait été souhaitable que la commission dispose de ces éléments avant d'aborder la question.

M. Francis Vercamer. Je tiens avant toute chose à féliciter les deux rapporteurs généraux de prendre leurs responsabilités en faisant passer des messages au Gouvernement. Nous avons souvent vu des rapporteurs généraux qui se contentaient de faire part de leur impuissance en raison du refus opposé par le Gouvernement ; que nos rapporteurs généraux déposent des amendements me fait plaisir.

La disposition qu'ils proposent est intéressante mais oublie le supplément de six points d'allègements prévu dans le cadre du CICE. Il ne faudrait pas que la disposition soit *in fine* pénalisante pour les agriculteurs. Un modeste effort complémentaire serait bienvenu, messieurs les rapporteurs, par exemple en sous-amendant ces amendements.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Le groupe MODEM s'associera naturellement au maintien du dispositif TO-DE.

M. Olivier Gaillard. J'ai bien entendu les interventions des deux rapporteurs généraux. À l'heure où nous devons défendre la compétitivité de l'agriculture française, il faut faire confiance à M. Giraud pour trouver des solutions et des recettes, puisque nous devons compenser cette mesure à l'euro près.

Mme Marie-Noëlle Battistel. Le groupe Socialistes et apparentés milite lui aussi en faveur du maintien du dispositif TO-DE en l'état. Sa disparition entraînerait une forte augmentation du niveau des cotisations versées par les employeurs ; M. Giraud a cité des exemples concrets qui en illustrent les lourdes conséquences. Nous resterons néanmoins très vigilants afin que ce dispositif soit à la hauteur, en intégrant notamment l'allègement supplémentaire de six points prévu dans le cadre du CICE.

M. Stéphane Viry. M. Vercamer m'a ôté les mots de la bouche en évoquant la force dont font preuve nos rapporteurs. Je parlerai quant à moi de rétro-pédalage par rapport à une mesure inique et fortement contestée par le secteur agricole, dont chacun sait que la compétitivité passe par la maîtrise des coûts. C'est pourquoi j'avais moi-même déposé un amendement de suppression de l'article. Comme Mme Battistel, nous serons vigilants quant à la rédaction du nouvel amendement qui nous sera présenté.

M. Vincent Rolland. Nous constatons tous régulièrement des débordements liés à la dégradation de la compétitivité des agriculteurs qui se plaignent que le coût de la main-d'œuvre et la concurrence agricole étrangère mettent en péril la pérennité de leurs exploitations. L'adoption de ces amendements des rapporteurs généraux serait une très bonne nouvelle. Nous

aborderons plus tard d'autres amendements de bon sens dont je souhaite également l'adoption – M. Giraud et Mme Battistel savent de quoi je parle.

Mme Isabelle Valentin. Je suis ravie que vous reveniez sur ce dispositif de TO-DE. J'emploie moi-même des travailleurs saisonniers et occasionnels dans mon exploitation de maraîchage et je sais combien ce dispositif est essentiel pour les entreprises agricoles, notamment dans le secteur des fruits rouges qui est un important pourvoyeur de main-d'œuvre. Si nous voulons pérenniser ces entreprises et ces filières, il est indispensable de faire un geste concernant le coût de la main-d'œuvre.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je déduis de toutes ces interventions que ces amendements ont des chances d'être adoptés et je vous en remercie, comme je remercie M. Giraud pour son travail. Je note que le transfert de sommes d'argent depuis le PLF vers le PLFSS est très inhabituel par les temps qui courent ; c'est un geste important qui illustre l'engagement des commissaires aux finances en faveur de la préservation de notre modèle agricole. Après la Sainte-Catherine et la Saint-Nicolas, nous en venons donc à la Saint-Thomas : nous voulons voir avant de croire et attendons que le Gouvernement nous présente des modalités précises.

Plusieurs amendements visent à prévoir un supplément de six points de cotisations. La mécanique est quelque peu complexe et mérite que l'on s'y intéresse ; sans doute pourrons-nous avoir ce débat avec le ministre des comptes publics en séance. L'exonération TO-DE représente environ 35 % jusqu'à 1,25 SMIC. L'allègement général, quant à lui, représente 40 % au niveau du SMIC après son renforcement par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, contre moins de 29 % auparavant. En clair, l'allègement général est plus favorable dans le cas d'une rémunération allant jusqu'à 1,25 SMIC.

Au niveau du SMIC, la suppression du CICE sera compensée dès janvier par la suppression des cotisations AGIRC-ARRCO, qui représente une baisse de cotisations de six points, à quoi s'ajouteront en octobre les quatre points de cotisations chômage. Pour les rémunérations ne bénéficiant pas de l'allègement général à son niveau maximal, la suppression du CICE est compensée par la réduction de six points de la cotisation maladie.

Au niveau maximal de TO-DE, l'ampleur de l'exonération empêche l'imputation de la réduction forfaitaire de six points de la cotisation maladie, car celle-ci est effacée par TO-DE. Pour compenser la suppression du CICE, il faudrait dans ce cas imaginer un autre type de mécanisme. C'est le débat que nous aurions eu et la réponse que je vous aurais faite si les amendements que vous déposez avaient pu être mis aux voix, ce qui ne sera pas le cas si les amendements en discussion sont adoptés.

Mme Isabelle Valentin. La mention du seuil de 1,25 SMIC encourage presque les employeurs à rémunérer leurs salariés au niveau du SMIC. L'exonération des salaires compris entre 1,25 et 1,5 SMIC les encouragerait en revanche à verser des salaires supérieurs au SMIC.

M. Francis Vercamer. Ne pleurons pas non plus sur le budget de l'État : je rappelle que la transformation du CICE en baisse de charges se traduira par l'augmentation de l'impôt sur les revenus ou sur les sociétés, selon la situation des entreprises concernées, et donc par l'augmentation des recettes de l'État.

M. Jean-Carles Grelier. Permettez-moi une simple remarque sur la méthode, qui ne remet en cause ni votre manière de conduire les débats, madame la présidente, ni le travail du rapporteur général. Le PLFSS nous a été communiqué mercredi de la semaine dernière ; nous ne disposions que de deux jours pour déposer des amendements. Aujourd'hui, sur un point extrêmement important qui engage l'avenir du monde agricole, on renvoie le débat en séance au motif que nous n'avons pas obtenu la position du ministre des comptes publics. Je juge regrettable que les moyens dont dispose son ministère ne lui ait pas permis de prendre position avant que la commission des affaires sociales examine le texte.

La commission adopte les amendements identiques AS654 et AS235 rectifié. (Applaudissements.)

En conséquence, les amendements AS203, AS272, AS336, AS538 et AS603 tombent, de même que les amendements AS17, AS77, AS286, AS295, AS301, AS329, AS400, AS452, AS536, AS604 et AS618.

La commission examine les amendements identiques AS140 de M. Gilles Lurton et AS285 de M. Jean-Pierre Door.

M. Gilles Lurton. L'article 8 propose de transformer le CICE en baisse pérenne de cotisations sociales patronales applicable à compter du 1^{er} janvier 2019. Si cette mesure va dans le bon sens pour la compétitivité, il convient toutefois de noter que les modalités choisies conduiront à une perte financière pour certains secteurs, compte tenu de l'effet sur l'impôt sur les sociétés et sur la participation.

C'est pourquoi l'amendement AS140 vous propose de corriger cette perte financière.

M. Jean-Pierre Door. L'amendement AS285 vise à soutenir l'activité économique. Vous proposez, monsieur le rapporteur, de transformer le CICE en baisse de cotisations patronales. Ce choix nous satisfait.

Mais, du fait de ce basculement, vous renchérissez le coût du travail par deux biais : d'abord parce que le taux du CICE a été abaissé de 7 % à 6 %, si bien que le basculement vers un allègement de cotisations se fait sur la base du CICE à 6 %, ce qui veut dire que les entreprises vont perdre près de 2,5 milliards d'euros ;

ensuite, parce que vous souhaitez mettre en place cette transformation en deux temps, à compter du 1^{er} janvier 2019, puis du 1^{er} octobre.

C'est pourquoi nous vous proposons, par cet amendement, de faire démarrer tous ces allègements au 1^{er} janvier 2019. Il faut en effet ne pas attendre pour passer de la parole aux actes, et permettre aux salariés de récupérer un peu de pouvoir d'achat.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Comme je l'ai dit en réponse aux amendements de suppression de l'article, je ne suis pas favorable à anticiper le renforcement intégral de l'allègement général. L'article 8 prévoit un élargissement en deux temps du champ de l'allègement : dès janvier, aux cotisations de retraite complémentaire, en octobre, à la cotisation d'assurance chômage. À terme, le coût du travail sera bien réduit d'une dizaine de points au niveau du SMIC.

Une entrée en vigueur dès le 1^{er} janvier 2019 aurait au contraire un coût de 2,3 milliards d'euros. En outre, le gain que votre amendement procurerait aux entreprises interviendrait au cours d'une année déjà exceptionnellement favorable aux employeurs, puisqu'il s'agit de l'année où elles bénéficient à la fois du CICE de l'année précédente et du bénéfice de la suppression de cotisations sociales de l'année en cours.

Avis défavorable. Mon avis sera le même pour l'amendement suivant, qui propose d'anticiper l'allègement intégral à juillet, au lieu de janvier.

M. Pierre Dharréville. Je mesure les efforts de créativité de nos collègues de droite pour aller encore plus loin que le texte initial. Je ne pense pas que cela suffise à nous faire passer à côté de la réalité, à savoir que finalement, vous êtes d'accord entre vous sur l'orientation fondamentale de ce texte.

Attention : à pousser les choses aussi loin, vous « risquez » d'obtenir des résultats, car j'ai l'impression que la majorité peut être sensible à un certain nombre d'arguments que vous avez employés. Or un geste de sa part contribuerait à augmenter encore la colère qui est la mienne à l'égard de ce budget.

Je m'opposerai, naturellement, à cette proposition. De ce fait, je voterai avec la majorité, mais je pense que chacun aura compris que, finalement, c'est entre vous que la convergence se dessine.

*La commission **rejette** ces amendements.*

*Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle **rejette** l'amendement AS141 de M. Gilles Lurton.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 8 **modifié**.*

Après l'article 8

La commission examine les amendements identiques AS136 de M. Pierre Dharréville et AS426 de Mme Caroline Fiat.

M. Pierre Dharréville. Notre amendement vise à supprimer les allègements généraux de cotisations sociales patronales sur les bas salaires, appelés « réduction Fillon », lesquels représentent 23 milliards d'euros en 2018 et sont renforcés dans le présent projet de loi.

Ce dispositif, sans jamais faire la preuve de son efficacité en termes de création d'emplois, contribue en effet à maintenir une fraction croissante des travailleurs sur des bas niveaux de rémunération et de qualification. Nous en demandons donc la suppression.

M. Jean-Hugues Ratenon. Il est grand temps de supprimer les allègements généraux de cotisations sociales patronales sur les bas salaires. Ce dispositif, à l'origine destiné à alléger le coût du travail des salariés les moins qualifiés, est en réalité bien plus étendu et constitue de fait une trappe à bas salaires, y compris pour les salariés qualifiés et diplômés, tout en étant particulièrement onéreux pour les finances publiques.

La stagnation des salaires trouve ici une explication : si augmenter les salaires revient cher à l'employeur du fait d'une forte élévation des cotisations patronales, celui-ci a tendance à ne pas augmenter la paie de ses salariés. Il convient donc de maintenir une certaine constance des cotisations, sans quoi apparaissent nécessairement des trappes et autres plafonds de salaires. Le travail n'a pas qu'un coût, il a aussi un prix.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Nous avons renforcé l'allègement général en étendant son champ, en loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Nous venons de discuter des modalités d'entrée en vigueur de ce renforcement.

Vous proposez ici de supprimer purement et simplement cet allègement. Je ne voudrais pas jouer les Cassandre, mais, si on adoptait ces amendements, on alourdirait du jour au lendemain le coût du travail de l'ordre de 30 milliards d'euros. Imaginez les conséquences économiques, en termes d'emploi, de créations d'entreprises, de croissance et de développement... L'impact serait assurément délétère.

J'émet donc un avis défavorable sur ces amendements.

M. Alain Bruneel. On ne cesse de répéter qu'on a créé, depuis 2014, plus de 100 000 emplois grâce au CICE. Cela représente plus de 120 milliards d'euros qui ont été donnés aux entreprises. Donc l'emploi ne jaillit pas de rien...

Permettez-moi une parenthèse : ce chiffre de 100 000 emplois correspond au nombre des emplois qui ont été supprimés dans les hôpitaux pour une économie de sept milliards d'euros. Faites la comparaison.

Qu'on pense que le CICE ait ou non fait ses preuves, on en revient toujours à la question du choix stratégique et du choix politique. Or, en l'occurrence, le choix politique, c'est celui d'aider les entreprises non les salariés des hôpitaux et des EHPAD.

La commission rejette ces amendements.

Puis elle examine l'amendement AS640 de Mme Caroline Fiat.

M. Jean-Hugues Ratenon. En France, les femmes gagnent 24 % de moins que les hommes, en moyenne. Elles représentent 80 % des travailleurs pauvres et la course à la précarisation les touche de plein fouet. Malgré les lois successives en matière d'égalité professionnelle, les écarts en termes de salaire cessent de se réduire. Face à ce constat inadmissible, nous proposons de supprimer les exonérations de cotisations sociales patronales aux entreprises ne respectant pas leurs obligations en matière d'égalité salariale.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS642 de M. Aurélien Taché.

M. Aurélien Taché. Cet amendement vise à pointer la difficulté qu'ont un certain nombre de plateformes, qui favorisent l'insertion par le travail indépendant, à encourager des personnes en grande difficulté sociale à se lancer dans la microentreprise et à utiliser cette voie du travail indépendant pour s'insérer. Cela est dû au fait qu'on observe, en dessous d'un certain seuil de revenus, une absence de droit déclenchée par ce statut, alors même qu'une cotisation est réclamée.

Pour les personnes qui perçoivent le RSA et bénéficient de la CMU, étant ainsi protégées par les minima sociaux, changer de statut revient à perdre ces droits, et même à cotiser pour ne pas retrouver de droit en échange.

Cet amendement propose qu'en dessous d'un certain seuil de revenus, il y ait une exonération de cotisations pour les travailleurs qui contractent avec ces plateformes d'insertion.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Monsieur le député, créer une exonération totale au profit d'une catégorie particulière de micro-entrepreneurs pourrait poser un problème d'égalité devant les charges publiques, même si l'esprit de l'amendement est intéressant. Si vous étiez d'accord pour le retirer, nous pourrions éventuellement y retravailler en vue de la séance publique.

L'amendement est retiré.

Article 9

**Extension de l'exonération triennale de cotisations sociales
aux créateurs d'entreprises relevant du micro-bénéfice agricole**

La commission adopte l'article 9 sans modification.

Après l'article 9

La commission examine l'amendement AS425 de Mme Caroline Fiat.

M. Jean-Hugues Ratenon. L'économie collaborative a donné naissance à un nouveau type de travailleurs reconnus par loi comme indépendants mais qui, dans les faits, ne sont ni salariés, ni indépendants : chauffeurs de VTC, livreurs à vélo, prestataires de services multiples et au volume grandissant. Ces travailleurs ne sont pas libres de fixer leur tarif, d'établir leur rythme de travail et, dans de plus en plus de cas, ne possèdent pas leur outil de travail.

Ces travailleurs ne sont pas, de fait, indépendants car ils n'ont aucune des libertés liées à ce statut. Hélas, ils n'ont pas non plus les protections liées au statut de salarié : leurs accidents du travail ne sont pas indemnisés et leur plateforme n'est pas responsable ; ils n'ont pas de représentants du personnel ; ils n'ont pas de salaire minimum ; ils n'ont en fait aucune garantie compensatrice de leur position de subordination. Et ce n'est pas la mise en place d'une charte, fixée unilatéralement par l'employeur, qui va changer quoi que ce soit.

En France, la précarité des travailleurs faussement indépendants augmente à mesure que les tarifs fixés unilatéralement par la plateforme baissent. Pour s'être endettés pour l'achat de leur outil de travail, beaucoup des travailleurs de plateformes se retrouvent piégés dans une structure sans droits ni libertés.

Si nous voulons favoriser, par le dispositif de l'aide au chômeur créant ou reprenant une entreprise (ACCRE), la création d'entreprise et l'activité d'indépendant, nous devons le faire pour une indépendance réelle, et non alimenter du salariat déguisé. C'est pourquoi nous demandons ce que ce dispositif ne s'applique pas aux travailleurs placés dans une situation de dépendance économique, qui sont notamment ceux des plateformes.

M. Olivier Véran, rapporteur général. L'adoption de cet amendement accroîtrait la précarité des professions indépendantes que vous visez, qui seraient privées du dispositif d'année blanche. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS644 de Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. Cet amendement vise à encourager l'économie sociale et solidaire, notamment les coopératives d'activité et d'emploi (CAE).

Le présent amendement vise à instaurer un fondement juridique permettant leur accès au dispositif ACCRE, ce qui aurait pour effet d'encourager l'activité des CAE qui soutiennent les initiatives et constituent un gisement d'emplois non négligeable pour réduire le chômage en France.

Pour tirer toutes les conséquences de ces dispositions et permettre la disponibilité de l'aide à la reprise ou à la création d'activité, le Gouvernement devra œuvrer à la modification de l'article 35 du Règlement général annexé à la convention du 14 avril 2017 relative à l'assurance chômage.

M. Olivier Véran, rapporteur général. L'année dernière, nous avons adopté, en loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, un dispositif d'année blanche qui permet d'exonérer de toute cotisation sociale un créateur ou un repreneur d'activité jusqu'à 9 000 euros sur la première année, pour un salaire inférieur à 75 % du PASS.

Cette année blanche va entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2019 pour les entrepreneurs indépendants. Il s'agit d'une exonération assise sur les seules cotisations sociales dues par ces travailleurs indépendants. Or votre amendement exonère de cotisations indépendants des salariés n'étant par définition soumis qu'aux seules cotisations... salariales.

L'impact de l'amendement n'est donc pas forcément celui que vous visiez. C'est pourquoi je vous en suggère le retrait.

L'amendement est retiré.

La commission examine ensuite l'amendement AS539 de M. Dominique Da Silva.

M. Dominique Da Silva. Cet amendement porte sur un sujet essentiel pour nos concitoyens, à savoir la façon de concilier les enjeux d'environnement, de santé publique et d'économie du travail, en faisant du véhicule de société un outil d'efficacité écologique, de mobilité inclusive et de justice sociale, au profit des salariés comme des entreprises.

La proposition, soutenue par une vingtaine de collègues de La République en Marche issus de différentes commissions, et largement de la nôtre, est consensuelle, malgré un avis défavorable de notre groupe – faute, je crois, d'expertise réelle de la part des cabinets sollicités.

La nécessité de modifier l'avantage en nature pour faciliter l'usage mixte professionnel et privé des véhicules électriques à faible émission est également soutenue par six organisations compétentes en la matière, dont l'Association française pour le développement de la mobilité électrique. Ce sont des acteurs

majeurs dans la transition énergétique et le soutien à l'électrification de notre parc automobile, de même que nos constructeurs, très investi dans le 100 % électrique.

Paradoxalement, nous devons nous interroger sur le retard pris par la France sur l'accompagnement de nos politiques publiques par rapport à des dispositifs déjà adoptés, par exemple en Norvège ou aux Pays-Bas, depuis plusieurs années maintenant.

Sur la partie compensation, je sais la difficulté à évaluer les dispositifs innovants. Malgré plusieurs rencontres avec la direction générale des finances publiques (DGFIP) et la direction de la sécurité sociale depuis cet été, je n'ai pu obtenir d'évaluation de ma proposition de compensation, et encore moins de son impact financier sur la taxe sur les véhicules de société. J'ai donc dû l'élaborer par moi-même, avec l'aide des associations investies sur le sujet.

À vrai dire, il n'y a pas d'impossibilité financière sur cette mesure qui peut être compensée sans augmentation des prélèvements obligatoires, quoi qu'on en dise au niveau des cabinets. Il suffit en effet d'appliquer tout simplement le principe du bonus-malus ou du pollueur payeur.

C'est donc un sujet éminemment politique. Ma question est donc simple : monsieur le rapporteur, auriez-vous l'audace et le courage, pour moins de six millions d'euros, de vous engager pour l'environnement et la santé publique de nos concitoyens ? Car il suffit de réduire de 5 000 euros l'abattement consenti au barème kilométrique de la taxe sur les véhicules de sociétés (TVS), que l'on a renforcée de 112 millions d'euros l'année dernière, sans que l'on ait jugé que cela pouvait être un problème pour les TPE et les PME.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je ne sais pas pour le courage, mais j'aurai de l'audace ; ce qui me manquerait plutôt, ce sont les six millions d'euros.

Monsieur Da Silva, je reconnais que c'est un dispositif sur lequel vous travaillez avec abnégation et résilience depuis plus d'un an maintenant. Comme vous l'avez souligné, il semble que les relations de travail avec l'exécutif en charge de ces questions ne soient pas forcément très simples. J'en suis absolument désolé.

J'ai moi-même demandé une simulation de l'impact de votre amendement et il est vrai qu'il est compliqué d'obtenir l'ensemble des détails. Néanmoins, j'attire votre attention sur deux choses.

Premièrement, pour éviter de financer la perte de recettes par une augmentation de cotisations, vous la financez directement sur la TVS versée par les entreprises concernées. Je suis incapable de vous dire quelles seront les conséquences précises, sur la trésorerie des nombreuses PME concernées, de cette hausse importante et non anticipée. C'est un premier problème.

Deuxièmement, s'agissant de l'exonération d'avantages en nature, votre dispositif crée un précédent. Car l'avantage en nature constitue bel et bien une partie de la rémunération, qui doit, en toute logique, être assujettie aux cotisations.

Pour ces raisons, je serais tenté de vous demander le retrait de votre amendement. Mais je vous accompagnerais bien volontiers au ministère, d'ici à la séance publique, ou, si le temps manque, d'ici à l'examen en nouvelle lecture, pour que nous puissions y avoir une réunion de travail sur cette question et, éventuellement, pour qu'on puisse enfin enregistrer une avancée en matière de TVS.

M. Dominique Da Silva. Sur ces deux points, monsieur le rapporteur, je m'inscris en faux.

Aujourd'hui, les deux tiers des TPE et des PME payent déjà la TVS. Me faire le reproche de l'augmenter de six millions d'euros alors qu'on l'a augmentée de 112 millions l'année dernière ! Je demande d'ailleurs simplement une compensation, ce qui ne revient pas à ajouter six millions d'euros supplémentaires de plus. Il s'agit plutôt de répartir ces six millions d'euros entre le barème kilométrique pour l'usager et l'achat des véhicules.

Je crois effectivement qu'on taxe trop les entreprises quand elles achètent et utilisent à leur nom ces véhicules, mais pas assez, quand elles recourent au remboursement kilométriques. C'est pourquoi je parle d'injustice sociale. Pour le reste, en ce qui concerne l'avantage en nature, dès lors qu'on s'inscrit dans une mobilité propre, les acteurs s'engagent pour le bien commun. Il est donc doublement injuste de leur demander des cotisations sociales, alors qu'ils font déjà l'effort de réduire l'impact de leurs déplacements sur l'effet de serre et sur la pollution de l'air.

L'exonération est donc tout à fait justifiée. Je dirais même qu'elle doit être encouragée. Qu'on arrête de tourner autour du pot : il est temps de s'engager politiquement sur ces sujets forts.

M. Olivier Véran, rapporteur général. L'année dernière, il n'y a pas eu de modification de l'abattement que vous visez. Votre amendement le réduit en revanche de 15 000 euros à 10 000 euros. Vous allez augmenter ainsi, de façon conséquente, le nombre d'entreprises qui seront concernées par le paiement de la TVS.

Or celles-ci seront majoritairement des PME ayant une activité commerciale et des entreprises situées dans les départements ruraux. J'appelle seulement votre attention sur le fait que si, sur le principe, il faut en effet avancer et que votre combat est juste, il est néanmoins compliqué d'adopter une mesure dont on ne peut pas maîtriser l'impact. Si vous avez des chiffres à me proposer, je veux bien qu'on en discute, mais ni vous ni moi n'en avons. Avis défavorable.

La commission adopte l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS307 de Mme Audrey Dufeu Schubert.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Cet amendement vise à taxer les producteurs utilisant l'alcool comme argument de vente sur les produits à référence alcoolique. Sont considérés comme produits à référence alcoolique les produits dont le nom ou le contenant fait référence à une boisson alcoolique. Je m'explique : cela peut concerner des boissons sans alcool, mais aussi des bonbons, par exemple les bonbons Mojito, ou encore le gel douche Mojito ou d'autres produits où la référence à l'alcool est utilisée comme outil marketing et publicitaire.

Cette taxe ne sera pas supportée par les alcooliers, mais par les producteurs de ces produits qui, indirectement, font la promotion de l'alcool. Leur stratégie est un peu le système du cheval de Troie, un cadeau empoisonné qui mise sur la banalisation des références à des boissons alcooliques sur des produits de consommation courant. Elle tend à rendre anodine la consommation de ces boissons, dont on sait pourtant que l'excès est dangereux pour la santé.

Cela conditionne, dès le plus jeune âge et de manière insidieuse, dans les foyers, une relation aux produits alcoolisés qui les fait apparaître comme inoffensifs. Or beaucoup d'études médicales démontrent que les effets sur la santé sont considérables et dangereux. La préservation de la jeunesse est essentielle. La mesure proposée s'inscrit dans le cadre de la prévention de l'alcoolisme et vise à décourager l'utilisation de l'alcool ou de boissons alcoolisées comme argument de communication et d'influence par les producteurs ou distributeurs de ces produits.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je voudrais vous remercier, madame Dufeu Schubert, pour les travaux que vous menez dans le cadre de la lutte contre les ravages de l'alcoolisme, et donc en faveur de la santé publique.

Une série d'amendements de votre part vise à nous inviter à réfléchir à la question de la fiscalité de l'alcool – sujet sensible aujourd'hui, comme hier et sans doute demain. S'agissant de cet amendement sur les produits à référence alcoolique, vous prenez le risque de créer une catégorie de produits à référence alcoolique difficile à identifier, car il ne sera pas aisé de démêler ce qui constitue une référence directe, ou seulement une référence indirecte, à l'alcool, ou encore si cette référence est volontaire ou involontaire.

Admettons un parfum qui s'appelle Champagne : son producteur aura-t-il voulu expressément faire référence à l'alcool ou plutôt aux territoires et au terroir concernés ? Si vous achetez un rouge à lèvres « Rouge Bordeaux », va-t-on considérer qu'il fait référence au vin ? Il s'agit certes d'un vrai enjeu de santé publique, parce que beaucoup de produits surfent sur la vague. Vous évoquez le Virgin Mojito. J'avais eu l'occasion, l'année dernière, d'en brandir une bouteille au cours du débat sur la taxe sur les sodas. Car cette boisson destinée aux gamins affiche clairement son intention. Par contre, pour d'autres produits, il sera assez

délicat et, à mon avis, juridiquement un peu fragile, d'identifier une telle catégorie – d'autant qu'elle sera de taxation immédiate.

Puisqu'on ne maîtrise pas tous les tenants et aboutissants, je vous propose le retrait de votre amendement.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Je souhaite le maintenir. J'avoue m'être posé la question de la suppression pure et simple de l'autorisation de tels produits. Finalement, mon amendement n'interdirait pas du tout ces produits, mais laisserait au producteur le choix d'en maintenir la fabrication ou de l'interrompre. Il y a là un vrai enjeu de santé publique.

M. Bernard Perrut. La protection de notre jeunesse est effectivement un sujet important. Toutefois, ce type d'amendement va très loin, puisque l'utilisation des noms de régions et de crus sont aussi évocatrices de leur culture de leur patrimoine d'autre chose.

La prévention passe par autre chose que des interdictions. Elle passe par une éducation, qui peut être menée d'ailleurs par les producteurs et par les organisations professionnelles. On pourrait d'ailleurs aller plus loin puisque, si cet amendement est adopté, d'autres amendements suivront pour interdire aussi d'autres références à des vins ou alcools existants. Il faut être prudent en la matière. C'est pourquoi je crois que cet amendement n'est pas acceptable en l'état.

Mme Delphine Bagarry. Je vais renchéris. On ne vit pas dans une société aseptisée. Le véritable enjeu est non pas d'interdire, mais d'éduquer, notamment les jeunes. Peut-être certaines boissons sont-elles faites pour « arnaquer » ou attirer. Je n'en sais rien, mais l'éducation est en tout cas primordiale pour se prémunir d'un tel danger.

M. Thomas Mesnier. Oui, il y a là un vrai enjeu de santé publique. Mais l'amendement paraît difficile à mettre en œuvre en pratique, de sorte que nous ne le soutiendrons pas.

M. Alain Bruneel. Ce débat rejoint celui que nous avons l'année dernière sur le le tabac, lorsque la ministre avait proposé d'augmenter le prix du paquet de cigarettes.

Mais il s'agit plutôt de savoir comment s'attaquer aux causes. Il y a des territoires qui souffrent énormément. Dans ma circonscription, la durée de vie est au même niveau qu'ailleurs en 2003... On a ainsi quinze ans de retard. Tous les voyants sont au rouge. On ne s'est pourtant jamais attaqué aux causes. Il serait donc intéressant qu'un jour, on mène une réflexion sur l'éducation et sur l'accompagnement nécessaire en ce domaine.

M. Francis Vercamer. J'ai un peu de mal à saisir le sens de l'amendement. La bière sans alcool pourrait ainsi être taxée alors que la bière qui en contient ne le serait pas... Je pense qu'au contraire, il faut favoriser les

boissons sans alcool plutôt que les taxer. Mieux vaut que quelqu'un boive une boisson qui fait référence à l'alcool, mais n'en contient pas, plutôt que l'inverse.

Mme Audrey Dufeu Schubert. J'ai bien entendu votre argumentaire. Aussi, dans l'attente de la séance, je propose de retirer mon amendement. Je proposais de taxer à 10 % ces produits, soit à même hauteur que les produits alcooliques. Peut-être que nous pourrions nous entendre sur une taxation intermédiaire en vue de la séance publique.

L'amendement est retiré.

Elle examine ensuite l'amendement AS311 de Mme Audrey Dufeu Schubert.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Cet amendement propose une nouvelle taxe sur les dépenses publicitaires relatives aux produits alcooliques, et non sur les produits en eux-mêmes. Le produit de cette taxation des dépenses publicitaires alimenterait le fonds de prévention, à parts égales entre le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale.

Je défends ainsi le retour aux principes fondateurs de la loi Évin. L'objectif de cet amendement est de taxer la publicité de ses produits. Alors que leur publicité devait au départ être interdite, les modifications successives de la loi ont entraîné leur réapparition massive, de de manière parfois ciblée et par la voie d'un marketing souvent agressif. Je ne défends cependant pas l'idée d'interdire la publicité. Cette simple taxe pourrait cependant servir à financer davantage de prévention. Dans le rapport de la Cour des comptes de cette année, un constat important a retenu mon attention, celui d'un besoin accru de mener une prévention ambitieuse sur le risque cardio-vasculaire. Il faut donc abonder les fonds de prévention.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je me souviens des débats qui ont accompagné l'examen de loi de santé, lorsqu'ils ont porté sur la loi Évin. Des engagements ont été pris en faveur d'une application intégrale de la loi Évin, sur le thème : « toute la loi Évin, rien que la loi Évin ». Je ne voudrais pas me retrouver dans la situation paradoxale de celui qui a été tenté, ou a tenté, de porter des amendements visant à prévenir ou à lutter efficacement contre l'alcoolisme et ses ravages et qui, une fois dans le rôle de rapporteur, soutient qu'il ne faut pas avancer sur le sujet.

Madame la députée, vous voulez créer une taxe de 3 % sur les dépenses de publicité, pour tous les organismes qui vendent des produits alcooliques au-delà de 10 millions d'euros de chiffre d'affaires. Je suis en train de regarder ce que donne ce montant de 10 millions d'euros de chiffre d'affaires. Manifestement, ce dispositif englobe plusieurs coopératives, en tout cas un nombre non négligeable de coopératives viticoles qui, lorsqu'elles font la promotion sur des panneaux ou d'autres supports, devraient payer un droit équivalent à 3 % du coût de la publicité.

Forts de données plus détaillées, chiffrées sur l'impact de cette disposition, je pense qu'on pourrait en débattre dans l'hémicycle en présence des membres du Gouvernement. Mais l'adopter tel quel me semble prématuré, puisque nous n'avons pas tous les éléments en main. Seriez-vous d'accord pour opérer un retrait aujourd'hui ?

Mme Audrey Dufeu Schubert. Très bien, je retire l'amendement jusqu'à la séance publique. Pour votre information, un produit alcoolisé dont je ne citerai pas le nom, mais qui est assez répandu, a fait l'objet d'une campagne marketing évaluée à elle seule à 12 millions d'euros, alors que les fonds de prévention contre l'alcoolisme en France dépassent à peine quatre millions d'euros par an.

L'amendement est retiré.

La commission examine ensuite, en discussion commune, les amendements identiques AS404 de Mme Jeanine Dubié et AS466 de M. Brahim Hammouche, et l'amendement AS318 de Mme Audrey Dufeu Schubert.

Mme Jeanine Dubié. Cet amendement tend à compléter la loi de 2004, qui excluait les vins aromatisés du champ d'application de la taxe « Premix ». C'est ainsi que l'on a vu apparaître des vins ou cidres aromatisés, ciblant clairement les jeunes *via* leur packaging ou leur appellation. Proposés à bas prix, parfois à moins de 3 euros sur linéaire, ils sont très attractifs pour les jeunes. Le présent amendement vise dès lors à étendre aux boissons aromatisées à base de vin ou de cidre l'encadrement de ces produits d'appel.

Ce ne sont pas nos viticulteurs, ni les vins de qualité qui seront concernés. La plupart des vins aromatisés proviennent de l'étranger, et sont de très mauvaise qualité – ce qui expliquerait qu'on ait besoin de les aromatiser pour les rendre buvables.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Les Premix, Alcopops, ou autres Coolers, ces boissons mélangeant alcool fort et boisson non alcoolisée de type soda, très sucrée, masquent la dangerosité de l'alcool et la forte teneur en sucre qu'ils contiennent derrière un packaging festif, coloré et racoleur, à destination tout particulièrement des jeunes. Ils posent un problème de santé publique. Pour des raisons de prévention, le présent amendement propose d'étendre la taxe Premix aux boissons aromatisées à base de vin.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Les Premix sont essentiellement issus de vins étrangers à destination des jeunes femmes et des jeunes. Ce sont des produits de très mauvaise qualité, avec des prix plancher inférieurs parfois à trois euros. Ils visent donc une population qui n'a pas les moyens d'acheter un alcool « de bonne qualité ». Je pense que la mesure envisagée est très intéressante.

M. Olivier Véran, rapporteur général. En fait, comprendre le mécanisme qui avait été mis en place pour la taxation des Premix occasionne un

mal de tête que je pourrais comparer à celui que peut provoquer la consommation de Premix de mauvaise qualité.

Plus sérieusement, la taxe sur les premix est un dispositif qui fut très compliqué à mettre en place, du fait de difficultés juridiques et d'une subtilité. D'abord, les mélanges de vins et de boissons peu ou pas alcoolisés rentrent bien dans le champ de la taxe sur les Premix.

La construction très restrictive de la taxation permet cependant des contournements. C'est par exemple le cas pour le vin modifié avec ajout de sucre lorsqu'ils ont une appellation AOC ou IGP, ou encore une attestation de spécificité. Dans ce cas-là, les producteurs doivent payer leur taxe sur l'IGP et sur l'AOC, si la boisson titre à plus de 1,2 %. Le ratio de sucre entre aussi en compte, à raison de plus ou moins de 35 grammes de sucre par 100 ml de boisson.

Par ailleurs, la mission qui avait été conduite par la commission des finances en 2016 par Véronique Louwagie et Razzi Hammadi sur ce type de taxes avait conclu à des contournements qui étaient finalement assez mineurs. Le contrôle du Conseil constitutionnel et du droit européen sur cette taxe comportementale est extrêmement rigoureux. Il faut donc prendre le temps, si vous voulez modifier le dispositif, d'en maîtriser l'intérêt, qui n'apparaît pas évident au regard de la mission conduite en 2016.

Il faut vraiment vérifier que le dispositif mis en lieu et place du dispositif existant ne serait pas susceptible d'être fracassé par le Conseil constitutionnel ou au regard du droit européen. Sinon le remède serait pire que le mal. Donc je vous propose plutôt un retrait des amendements, dans l'attente d'une note explicative technique qui pourrait vous être livrée d'ici à la séance publique.

Je partage vos préoccupations mais en attendant, mon avis est défavorable.

Mme Jeanine Dubié. J'ai du mal à comprendre votre argumentation, Monsieur le rapporteur. Une faille de la loi de 2004 a été exploitée. Je vous invite à boire du rosé pamplemousse et vous allez voir qu'il n'en faut pas beaucoup pour avoir mal à la tête. En tout cas, c'est très attrayant pour des jeunes entre 16 et 18 ans. Donc l'argument du Conseil constitutionnel ne me convainc pas : adoptons l'amendement, et nous verrons bien ce qu'il en fait. Donc je maintiens l'amendement.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Monsieur le rapporteur, je n'ai pas bien compris non plus en quoi le remède serait pire que le mal.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Pour toute taxe comportementale, le Conseil constitutionnel se saisit et regarde si la disposition répond à des objectifs particuliers et à une nécessité particulière. S'il décide que le dispositif ainsi modifié n'est pas satisfaisant, c'est tout le dispositif qui tombera. Soyons-en conscients.

Par ailleurs, le contentieux européen a été évitée grâce à une rédaction un peu alambiquée : c'est de la dentelle et elle a permis de passer entre les mailles du filet. Madame Dubié, les vins et les cidres sont aussi concernés par la taxation sauf certains types de vins qui répondent à des normes d'AOC ou d'IGP ou à des normes de composition extrêmement ténues – 1,2 degré d'alcool et plus ou moins 35 grammes de sucre par 100 ml de boisson.

La commission rejette successivement les amendements.

La commission examine, en discussion commune, les amendements AS239 de Mme Éricka Bareigts et AS522 de M. Thomas Mesnier.

Mme Éricka Bareigts. L'amendement AS239 a trait à la lutte contre l'alcoolisme, ou l'abus d'alcool. C'est un sujet sur lequel j'interviens régulièrement. Ainsi, j'ai récemment interrogé la ministre de la santé sur une possible modification de la taxation des alcools forts produits et consommés dans les territoires ultramarins. Ce phénomène est en effet très important outre-mer – même si la première région consommatrice de France est une région hexagonale, La Réunion se classant au deuxième rang.

La question est complexe. Bien entendu, il faut mettre l'accent sur l'éducation, réglementer la publicité et lutter contre l'accès facile à ce type de produits. Mais il convient aussi d'agir sur le prix des alcools forts. Or, la situation des outre-mer est singulière à cet égard, puisque la cotisation de sécurité sociale, qui est de 557,90 euros par hectolitre d'alcool pur pour les alcools venant de l'extérieur, est de seulement 106 euros pour les alcools produits sur place. Je propose donc qu'en la matière, la réglementation applicable à ces alcools soit – une fois n'est pas coutume – alignée sur le droit commun et que le montant de la cotisation soit le même quelle que soit la provenance de l'alcool. Il s'agit de réparer une injustice. Je veux, pour conclure, saluer les médecins de La Réunion, en particulier le docteur David Mété, qui a beaucoup publié sur le sujet et qui nous aide dans ce combat.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Mes arguments rejoignent ceux de Mme Bareigts. Il est nécessaire d'uniformiser la taxation sur l'alcool. Celui-ci, faut-il le rappeler, est indirectement responsable de la moitié des hospitalisations. En outre, 92 % des Français souhaitent que nous prenions des mesures de prévention à destination des jeunes. De fait, l'alcool est la première cause de mortalité chez les 15-30 ans, mais il est aussi la première cause de démence précoce, la deuxième cause de cancer et il est impliqué dans la moitié des violences faites aux femmes et aux enfants. Tout est dit : votons l'amendement AS522 !

M. Olivier Véran, rapporteur général. Madame Bareigts, je sais que vous menez de longue date un travail sur la consommation d'alcools forts outre-mer. Votre amendement diffère de celui défendu par Mme Dufeu Schubert en ce qu'il tend à imposer une convergence immédiate des taxations alors que le sien

privilégie une augmentation progressive de la fiscalité sur une durée maximale de cinq ans. Or, cette seconde solution semble préférable pour faciliter l'adaptation des producteurs et des commerçants. Je vous demande donc de retirer votre amendement, sachant que je suis favorable à l'amendement AS522. En tout état de cause, votre objectif sera atteint. La convergence des fiscalités sera un outil de lutte que nous espérons efficace contre les ravages de l'alcoolisme dans les territoires d'outre-mer.

Mme Éricka Bareigts. Je maintiens l'amendement, tout en saluant celui qu'a défendu Mme Dufeu Schubert. Le travail que nous avons accompli dans les territoires nous a en effet montré qu'à chaque fois que nous faisons un pas en avant, nous reculons de dix. Le temps n'agit pas forcément en faveur d'un alignement.

La commission rejette l'amendement AS239.

Puis elle adopte l'amendement AS522.

L'amendement AS240 de Mme Éricka Bareigts est retiré.

CHAPITRE II DES RÈGLES DE COTISATIONS PLUS CLAIRES ET PLUS JUSTES

Article 10

Aménagement de la cotisation subsidiaire d'assurance maladie

La commission est saisie de l'amendement AS541 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Cet article, présenté comme visant à rendre plus équitable la cotisation subsidiaire maladie, cache en réalité un cadeau fiscal fait aux rentiers. L'assurance maladie est financée par la CSG ainsi que par des cotisations sur les rémunérations du travail et les retraites. Mais, en 1999, lors de la promulgation de la loi relative à la couverture maladie universelle (CMU), il a paru équitable de demander une contribution aux personnes qui perçoivent des revenus du capital sans tirer de revenus d'un travail, notamment les rentiers. Sans cette contribution, en effet, ces personnes auraient bénéficié de l'assurance maladie gratuitement.

Ce système, qui fonctionne depuis 2000, le Gouvernement souhaite le modifier. Il propose en effet, d'une part, de porter le seuil de l'abattement de 20 000 à 40 000 euros – cette mesure ne vise donc pas les petits rentiers qui achètent un appartement et le louent pour améliorer leur retraite ; un rapport de 40 000 euros correspond à un capital conséquent – et, d'autre part, de ramener le taux de la cotisation de 8,5 % à 6 %. Pragmatisme ? Simplification ? J'ignore comment vous allez justifier une telle mesure. En tout cas, elle bénéficiera aux plus riches. Et puisque, dans le même temps, on désindexe les retraites, on avantage ceux qui ont le plus au détriment de ceux qui ont le moins.

Je propose donc au Gouvernement de supprimer cet article et de modifier le décret d'attribution de la prime d'activité afin de l'augmenter de vingt euros par mois, comme cela avait été annoncé par le Gouvernement, et non de huit euros, comme c'est le cas actuellement. En tout état de cause, le groupe Socialistes et apparentés s'oppose à ce que les personnes qui tirent leurs revenus du capital bénéficient d'une réduction de leur contribution à l'assurance maladie.

M. Olivier Véran, rapporteur général. La mesure que modifie l'article 10 devait cibler, vous avez raison de le rappeler, des personnes en situation de rente afin qu'elles s'acquittent de cotisations suffisantes. Toutefois, deux ans après son entrée en vigueur, on s'aperçoit qu'elle s'applique également à des personnes qui ne devraient pas être concernées, à commencer par des exploitants agricoles qui, parce que leur activité est déficitaire, sont obligés de se séparer d'une partie de leurs terres et qui enregistrent ainsi une forte augmentation des revenus de leur patrimoine sur une période très brève. Ils se retrouvent alors assujettis à la cotisation protection universelle maladie (PUMA), ce qui les contraint à vendre davantage encore de terres pour pouvoir acquitter cette cotisation. J'ai donc déposé l'amendement AS656, qui vise précisément à éviter que ces agriculteurs et ces indépendants ne subissent de plein fouet une disposition qui ne leur était pas destinée initialement. C'est pourquoi je vous propose de retirer votre amendement de suppression de l'article.

M. Boris Vallaud. Je veux bien considérer qu'il existe des situations particulières, notamment celle des agriculteurs. Mais, tel qu'il est rédigé, l'article 10 concerne l'ensemble des rentiers et des revenus du capital, de sorte qu'il se traduit, en raison de cette indifférenciation, par un nouveau cadeau pour les rentiers. Je vous propose donc, monsieur le rapporteur général, de retirer l'article 10 et d'y retravailler en vue de la séance publique...

M. Olivier Véran, rapporteur général. On ne supprime pas la cotisation : on ajuste son taux en l'abaissant de 8 % à 6,5 % pour assurer une dégressivité. Les personnes concernées continueront donc de la payer.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS656 du rapporteur général.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Cet amendement vise, comme je viens de l'indiquer, à résoudre le problème spécifique lié au fait que les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles peuvent être assujettis à la cotisation PUMA, notamment en cas de forte variation de leurs revenus. Depuis 2016, nous constatons en effet que des agriculteurs sont contraints de se séparer d'une partie de leurs terres en raison de mauvaises récoltes. Ils sont alors pris dans une spirale pernicieuse, puisque la cotisation PUMA, s'applique sur leurs plus-values temporaires pour plusieurs centaines de milliers d'euros et s'ajoute aux cotisations minimales dont ils sont redevables au titre de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), y compris en cas d'activité à perte.

L'amendement s'appuie donc sur la nature spécifique des revenus d'activité des indépendants et des exploitants agricoles pour prévoir un régime dérogatoire de calcul du revenu pris en compte, afin de mettre fin à un assujettissement souvent considéré comme excessif et inadapté.

La commission adopte l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS657 du rapporteur général.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Cet amendement tend à réparer un oubli en excluant du champ d'application de la cotisation PUMA les personnes qui ont perçu une pension d'invalidité au cours de l'année au titre de laquelle la cotisation est due.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 10 modifié.

Après l'article 10

La commission est saisie des amendements identiques AS588 de Mme Marie-Noëlle Battistel et AS601 de Mme Frédérique Lardet.

Mme Marie-Noëlle Battistel. L'amendement AS588, qui concerne les professionnels libéraux pluriactifs, tend à revenir sur le principe de la cotisation forfaitaire minimale pour lui substituer une cotisation proportionnelle au premier euro. J'avais déposé un amendement analogue lors de l'examen du PLFSS pour 2018, et il m'avait été suggéré de le retravailler. C'est chose faite.

Qu'ils exercent leur activité à plein-temps ou de façon très occasionnelle, les professionnels libéraux pluriactifs doivent être affiliés à la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV), alors qu'ils cotisent déjà à un autre régime de retraite au titre de leur activité principale. Or, le coût de cette double affiliation conduit un certain nombre de moniteurs de ski, pluriactifs ou retraités, à renoncer à dépanner occasionnellement les écoles de ski. Nous avons ainsi constaté, cette année, durant les vacances de février, une pénurie de moniteurs dans les écoles de ski, lesquelles n'ont pu, de ce fait, répondre au flux touristique. Ces moniteurs sont pourtant indispensables, car ils offrent une souplesse d'emploi qui permet de répondre à la demande.

Nous souhaitons mettre fin à l'iniquité dont ils sont victimes en instaurant une cotisation calculée au prorata des heures travaillées.

Mme Frédérique Lardet. Mme Battistel a très bien décrit la situation qui nous a incités, avec Joël Giraud, à déposer des amendements identiques. Je citerai simplement quelques chiffres. Un moniteur de ski pluriactif perçoit, au titre de son enseignement, 1 000 à 1 500 euros par an, dont il doit défalquer 465 euros au titre de sa cotisation à la CIPAV : il lui reste un peu plus de 500 euros pour se nourrir,

se loger, payer sa licence et acheter sa tenue. Ces moniteurs ne veulent donc plus travailler pour les écoles de ski car, en fin de compte, cela leur coûte de l'argent.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Il s'agit des amendements « École du ski français ».

La situation de la CIPAV est extrêmement fragile, puisque les pensions versées augmentent très fortement, d'environ 7 % par an, alors que le nombre des cotisants diminue. Dès lors, si l'on modifie les règles d'assujettissement minimal à la cotisation, la caisse risque de se trouver en très grande difficulté, et je ne suis pas certain que quiconque ait à y gagner.

Par ailleurs, l'adoption de ces amendements créerait une différence de traitement entre les professions libérales et les travailleurs indépendants, alors qu'ils sont confrontés à un problème identique de variation de revenus. Je suggère donc aux auteurs de ces amendements de les retirer ; sinon, avis défavorable.

M. Vincent Rolland. Je tiens à apporter mon soutien plein et entier aux amendements de Mmes Lardet et Battistel. Les arguments du rapporteur général ne m'ont pas tout à fait convaincu.

L'une et l'autre ont bien insisté sur le fait qu'il s'agissait d'un enseignement très occasionnel qui permet de répondre aux besoins des écoles de ski. La France veut s'enorgueillir d'être la première destination touristique au monde. Encore doit-elle être capable de bien accueillir les touristes, notamment en période de forte fréquentation. J'ajoute qu'une bonne partie de ces moniteurs sont des étudiants ou des retraités. Je ne vois donc pas en quoi une telle mesure fragiliserait la CIPAV. En revanche, il n'est pas rare de constater, ici ou là, un travail dissimulé qui, pour le coup, porte préjudice aux organismes sociaux collecteurs. Pour ces différentes raisons, il faut adopter ces amendements.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Votre intervention, monsieur Rolland, porte plutôt sur la seconde série d'amendements identiques, sur lesquels je ne me suis pas encore exprimé. Les amendements AS588 et AS601 visent bien à supprimer l'assiette de cotisation minimale à laquelle sont assujetties l'ensemble des professions libérales. J'appelle votre attention sur le fait que si la CIPAV n'enregistre plus de cotisations, elle ne versera plus de prestations. Or, la cotisation minimale a été précisément instaurée pour protéger les professionnels libéraux qui, n'ayant pas cotisé pendant leur carrière, se sont retrouvés sans droits ni prestations lorsqu'ils en ont eu besoin.

M. Boris Vallaud. Je vais sans doute anticiper sur la seconde série d'amendements, qui porte exclusivement sur les moniteurs de ski. Mais il se trouve que, du fait du coût de leur cotisation à la CIPAV, ces personnes refusent d'enseigner. La CIPAV ne perdrait donc aucune ressource si l'on adoptait ces amendements puisque, de toute façon, actuellement, ils ne cotisent pas.

Mme Frédérique Lardet. M. Vallaud l'a parfaitement expliqué, actuellement, les moniteurs de ski renoncent à travailler : ils ne cotisent donc pas du tout. La mesure que nous proposons leur permettrait de travailler et, donc, de cotiser.

La commission rejette ces amendements.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS587 de Mme Marie-Noëlle Battistel et AS600 de Mme Frédérique Lardet.

Mme Marie-Noëlle Battistel. L'amendement AS587 concerne spécifiquement les moniteurs de ski, qui répondent aux besoins de renforts ponctuels des écoles de ski, car celles-ci sont actuellement en grande difficulté pour accueillir les touristes.

Mme Frédérique Lardet. L'amendement AS600 est défendu.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Sans entrer dans un débat sur le régime fiscal dont bénéficient les écoles de ski – ou plutôt une école de ski –, je rappelle que, dans le cadre du PLFSS pour 2017, il avait été proposé de rattacher les moniteurs de ski au régime social des indépendants (RSI) plutôt qu'à la CIPAV. Or, au cours des débats parlementaires, ceux-ci s'étaient mobilisés contre cette mesure car ils souhaitaient rester rattachés à la CIPAV. Un an après, ces amendements visent à supprimer leurs cotisations à cette caisse... Pourtant, les moniteurs de ski, lorsqu'ils sont pluriactifs et enseignent sur de très courtes périodes, peuvent, s'ils le souhaitent, faire le choix du régime microsocial, qui leur permet de ne pas s'acquitter de cotisations minimales puisque la cotisation est alors proportionnelle au chiffre d'affaires, donc résiduelle dans le cadre d'une activité marginale.

Je propose donc, à nouveau, aux auteurs de ces amendements de les retirer ; sinon, avis défavorable.

M. Vincent Rolland. Notez bien l'effet contreproductif de cette cotisation minimale forfaitaire, qui dissuade des personnes d'exercer de manière très occasionnelle l'activité de moniteur de ski. Qui plus est, ces personnes sont le plus souvent, soit des étudiants sollicités pour donner un coup de main pendant leurs vacances et qui suivent, par ailleurs, une formation très coûteuse en vue d'obtenir le diplôme de moniteur de ski, soit des retraités dont les pensions sont, pour diverses raisons, peu élevées. Cette mesure est une entrave majeure à l'activité économique, que l'on prétend par ailleurs encourager, et elle contribue à dégrader la qualité de l'accueil des touristes nationaux et internationaux, ce qui est en contradiction avec les objectifs du Gouvernement.

Mme Marie-Noëlle Battistel. Vous proposez, monsieur le rapporteur général, que les moniteurs qui prêtent main-forte aux écoles de ski pendant les vacances créent une micro-entreprise à cette fin. Je vous laisse imaginer la lourdeur d'un tel dispositif pour des personnes qui veulent simplement assurer

quelques heures d'enseignement dans une école de ski. Cela me paraît déraisonnable. Quant aux retraités, ils ont, par définition, déjà cotisé pour leur retraite, laquelle est dérisoire. Le bon sens commande donc d'accepter ces amendements, qui ne réduiront pas les recettes de la CIPAV puisque, actuellement, les moniteurs restent chez eux.

Mme Isabelle Valentin. J'ajoute que l'on pénalise l'École de ski français, et c'est dommage. Il faut tout de même défendre nos emplois et cette école.

M. Boris Vallaud. Monsieur le rapporteur général, l'an dernier comme cette année, vous nous avez souvent demandé de retirer nos amendements afin de les retravailler. Ce fut le cas, en l'espèce. L'amendement a, depuis, été retravaillé ; c'est pourquoi il en existe deux versions. Votre argument ne me paraît pas convaincant dès lors, encore une fois, que les personnes concernées ne travaillent pas et donc ne cotisent pas.

La commission rejette ces amendements.

Article 11

Atténuation du franchissement du seuil d'assujettissement de la CSG au taux normal sur les revenus de remplacement

La commission est saisie des amendements identiques AS47 de M. Gilles Lurton et AS180 de M. Stéphane Viry.

M. Gilles Lurton. Dans le cadre du PLFSS pour 2018, le Gouvernement a fait le choix d'augmenter la contribution sociale généralisée pour les retraités. Or, pour un couple, il a fixé le seuil en deçà duquel ils ne paient pas cette augmentation à 1 838 euros, et non à 2 400 euros, comme cela aurait dû être le cas s'il avait multiplié par deux le seuil retenu pour une personne célibataire. Le Premier ministre a reconnu, à plusieurs reprises, que le fait de ne pas prendre en considération les véritables revenus du couple constituait une injustice et il a annoncé qu'une mesure serait prise dans le cadre du PLFSS pour exonérer un certain nombre de retraités de l'augmentation de la CSG. Néanmoins, je maintiens que l'injustice réside surtout dans le montant du plafond retenu pour les couples, qui est très largement inférieur au double du montant retenu pour un célibataire.

C'est pourquoi cet amendement vise à dissocier les revenus des couples pour le calcul de la contribution sociale généralisée. Ainsi, le conjoint qui perçoit 1 100 euros de retraites et qui est donc en deçà du plafond n'aurait pas à payer l'augmentation de la CSG...

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Je crois, monsieur Lurton, que vous défendez l'amendement AS294.

M. Gilles Lurton. Excusez-moi, je me suis trompé, en effet. L'amendement AS47 vise à exonérer toutes les pensions de retraite et d'invalidité de l'augmentation du taux de la CSG. Ce sont deux très bons amendements.

M. Stéphane Viry. L'amendement AS180 tend à revenir sur une décision très injuste, durement ressentie par les retraités, en exonérant toutes les pensions de retraite et d'invalidité, sans exception, de l'augmentation de 1,7 point du taux de CSG applicable depuis le 1^{er} janvier 2018. On a bien compris que le Gouvernement avait pris la mesure de son erreur. Il a ainsi proposé, en mars dernier, une première correction qui vise environ 100 000 personnes. Au mois de septembre, ce geste fiscal a été étendu à 300 000 retraités. Cela demeure cependant du bricolage. Il convient tout simplement de supprimer cette mauvaise disposition et de revenir à la situation antérieure, d'autant que s'ajoute à l'augmentation de la CSG le quasi-gel annoncé des pensions en 2019 et 2020, de sorte que les retraités subiront une double peine.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Le Gouvernement et la majorité ont assumé un choix politique, celui de faire contribuer davantage les titulaires de revenus du capital et de revenus de remplacement au financement de notre sécurité sociale, en augmentant de 1,7 point le taux de CSG sur l'ensemble des revenus. Toutefois, il a décidé de faire un geste en faveur des 350 000 foyers qui franchissent chaque année le seuil d'assujettissement au taux normal de CSG parce qu'ils ont perçu, deux ans auparavant, des revenus un peu plus élevés que d'habitude. Tel est l'objet de l'article 11, qui vise à corriger, comme s'y était engagé le Premier ministre, les mesures adoptées l'an dernier. C'est une mesure positive pour ces 350 000 personnes qui échapperont à la hausse de la CSG.

Avis défavorable aux amendements AS47 et AS180.

M. Jean-Pierre Door. Le Gouvernement, je le rappelle, a été cloué au pilori l'an dernier pour avoir augmenté de 1,7 point, soit près de 20 %, la CSG pour près de 9 millions de retraités. Cette mesure a suscité tant de protestations – les résultats électoraux et les manifestations en témoignent – que le Premier ministre fait marche arrière et prend une voie de secours qui consiste à exonérer 300 000 foyers de cette augmentation. Mais n'oublions pas que, pour les salariés retraités du privé, le taux de 8,3 % s'ajoute au 1 % supplémentaire décidé il y a une trentaine d'années, de sorte que ces retraités cotisent à un taux de 9,3 %, contre 8,3 % pour les autres. Il s'agit d'une grave discrimination entre les différents retraités, et nous le ferons savoir de façon régulière.

M. Gilles Lurton. La mesure décidée par le Premier ministre ne corrige absolument pas l'inégalité dont sont victimes les couples de retraités en raison du mode de calcul du seuil qui a été retenu l'an dernier. Je suis convaincu, du reste, que le Gouvernement n'imaginait pas que cette mesure frapperait autant des couples dont les revenus sont très bas. Le seuil de droit commun pour un célibataire est de 14 375 euros ; il devrait, en toute logique, être de 28 750 euros, soit le double, pour un couple. Mais comme la loi dispose que la valeur des demi-

parts suivant la première part est significativement inférieure à la moitié de la valeur de cette première part – 3 838 euros contre 7 187 euros –, le seuil pour un couple est seulement de 18 213 euros sur une année fiscale. Cette situation est absolument inadmissible !

M. Pierre Dharréville. Je suis plutôt en phase avec certains des propos de mes collègues. Je fais en effet partie de ceux qui ont contesté cette mesure l’an dernier, et je continue à la contester aujourd’hui. J’ai du reste déposé une proposition de loi en ce sens. La colère des retraités ne s’est pas apaisée depuis un an : les manifestations se poursuivent – un rassemblement est prévu jeudi prochain – et de multiples organisations se sont exprimées à ce sujet. Le pouvoir d’achat des retraités a été fortement affecté par cette mesure. Il serait sage d’en tirer les leçons et de revenir véritablement en arrière, au lieu de faire semblant.

La commission rejette ces amendements.

Suivant l’avis défavorable du rapporteur général, elle rejette ensuite l’amendement AS294 de M. Gilles Lurton.

Puis elle est saisie de l’amendement AS312 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. L’augmentation, l’an dernier, d’1,7 point de la CSG a touché 60 % des retraités, soit 7,5 millions de personnes âgées. Nous avons tous, y compris ceux qui avaient voté cette disposition, été interpellés, dans nos circonscriptions, sur cette hausse. Je crois donc que le Gouvernement fait bien de revenir en arrière, du moins partiellement.

Mon amendement tend à porter de deux à trois années consécutives le nombre d’années du revenu de référence des assurés prises en compte pour l’application du taux normal de CSG. On éviterait ainsi les effets de seuil liés à des revenus exceptionnels.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Avis défavorable. Non seulement l’amendement ne précise pas quelles seraient les trois années consécutives qui seraient retenues, mais – et c’est la raison principale de mon refus – il coûterait entre 300 millions et 350 millions d’euros.

M. Francis Vercamer. Quand on aime, on ne compte pas, monsieur le rapporteur général ! Comme le représentant du groupe GDR le rappelait à l’instant, nous continuons d’être interpellés sur ce sujet dans nos circonscriptions. Il serait souhaitable que la majorité prenne en compte ces manifestations de mauvaise humeur.

M. Pierre Dharréville. Tout à l’heure, monsieur le rapporteur général, vous avez développé des arguments que nous avons déjà beaucoup entendus, mais qui sont peu convaincants. Vous nous dites *grosso modo* que cette mesure permet de faire contribuer le capital. Or tout le monde a bien compris que ce sont surtout

les retraités – cela ne leur a pas échappé – qui ont été mis à contribution. Peut-être faudrait-il en tenir compte.

On a souligné le poids que peut avoir le rapporteur général lorsqu'il s'engage dans une bataille. Je me demandais – mais peut-être est-ce un peu naïf de ma part – si vous ne pourriez pas vous engager sur cette question. Pour ma part, je préférerais que l'on supprime purement et simplement l'augmentation de la CSG, mais nous pourrions adopter l'amendement de M. Vercamer : 350 millions, ce serait bon à prendre pour les retraités !

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS326 de Mme Nathalie Elimas.

Mme Nathalie Elimas. Cet amendement tend à relever le seuil à partir duquel les pensions de retraite sont assujetties au taux plein de CSG. Nous ne proposons donc pas, contrairement à certains de nos collègues, de revenir sur les taux votés l'an dernier, mais de procéder à des ajustements – certes à la marge – qui auraient néanmoins un impact et permettraient d'aider une bonne partie des retraités. J'ajoute que le gage proposé est participatif, puisque la fixation d'un taux plancher d'impôt sur les sociétés (IS) pour les très grandes entreprises serait un signal fort et cohérent envoyé non seulement aux contribuables mais aussi aux TPE-PME, qui paient un IS souvent très élevé.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Cet amendement aurait – certes, dans des proportions moindres que l'amendement de M. Lurton – un coût sans doute assez significatif, même si vous ne le chiffrez pas. Encore une fois, je le rappelle, l'article 11 tend à exonérer de la hausse de la CSG 350 000 foyers dont le Gouvernement considère que la situation fiscale et les revenus sont suffisamment instables d'une année sur l'autre pour justifier qu'ils soient préservés de cette augmentation. On peut, me semble-t-il, reconnaître l'effort de plusieurs centaines de millions d'euros ainsi consenti par le Gouvernement en faveur de retraités modestes.

Par ailleurs, en ce qui concerne le pouvoir d'achat des retraités, notamment les plus fragiles d'entre eux, nous examinerons ultérieurement la question du « reste à charge zéro », qui bénéficiera très majoritairement aux retraités qui peinent à payer des prothèses dentaires, des audioprothèses ou des soins optiques lourds, ou la CMU-C contributive, qui permettra de réduire de 30 euros par mois facture de complémentaire santé de plus d'1,5 million de personnes, essentiellement des retraités, tout en améliorant leur couverture.

En réalité, nous menons – je crois qu'il faut l'assumer – une forme de politique redistributive au sein de la population des retraités : les plus modestes d'entre eux vont bénéficier d'un renforcement de leurs droits grâce à une mise à contribution des autres retraités. Je suis donc défavorable à votre amendement, madame Élimas, à moins que vous n'acceptiez de le retirer.

Mme Nathalie Elimas. J'entends bien vos arguments, monsieur le rapporteur général. Nous sommes, nous aussi, tout à fait favorables au « reste à charge zéro », mais ce n'est pas la réponse que j'attendais. Je maintiens l'amendement.

Mme Charlotte Lecocq. Comme l'a indiqué M. le rapporteur général, l'article 11 marque un effort important en faveur des personnes retraitées, puisqu'il permet d'éviter les effets de seuil un peu aléatoires. Par ailleurs, plusieurs des mesures que nous prenons bénéficieront aux retraités les plus fragiles. Je pense à la hausse du minimum vieillesse et au fait que l'augmentation de la CSG ne s'applique qu'à partir d'un certain niveau de revenu. Il convient de rappeler également la diminution et, à terme, la suppression de la taxe d'habitation qui constitue, en particulier pour les retraités – on ne le répétera jamais assez –, un gain de pouvoir d'achat conséquent.

M. Sylvain Maillard. Je suis très étonné par les arguments utilisés pour défendre cet amendement et le précédent. M. Vercamer estime qu'il faut revenir sur cette hausse de la CSG au motif qu'elle suscite la grogne un peu partout. Mais cette mesure est indispensable : nous voulons que le travail paie davantage, et nous l'assumons. Nous l'avons d'ailleurs annoncé lors des campagnes présidentielle et législative. Ce que nous faisons, dans le cadre du PLFSS, c'est assouplir le dispositif au profit des Français qui sont à la marge parce que nous entendons – nous ne sommes pas sourds – que, dans certains cas, cette mesure soulève de véritables difficultés.

Par ailleurs, Charlotte Lecocq vient de l'indiquer, vous oubliez le reste à charge et la revalorisation d'un certain nombre de minima sociaux, qui renforcent le pouvoir d'achat des plus petites retraites. Il faut considérer l'ensemble, et non seulement une mesure, car tout cela se tient.

M. Pierre Dharréville. Je trouve dommage d'opposer les retraités entre eux. Il faut garantir un droit à la retraite stable, solide – cela fera sans doute partie de nos prochains débats. Vous aurez du mal à convaincre avec de tels arguments qu'on a déjà trop entendus, et qui n'ont pas porté. Il n'y a pas d'adhésion : la colère des retraités est toujours là. Il faut donc faire quelque chose.

Je salue la créativité de mes collègues qui cherchent à sortir de l'impasse dans laquelle vous vous êtes mis et vous avez mis 10 millions de retraités. J'ai plutôt envie de soutenir cette proposition.

M. Sylvain Maillard a dit : « *Nous voulons que le travail paye plus* ». En l'occurrence, il s'agit de travailleurs retraités qui, eux aussi, doivent y trouver leur compte.

M. Gilles Lurton. Tout à fait ! Ces personnes ont travaillé pour bénéficier d'une juste retraite.

Monsieur Maillard, je vous invite à rencontrer une femme d'agriculteur qui touche 400 euros de retraite, et son mari 1 000 euros. Leurs revenus ont diminué du fait de l'augmentation de la CSG, décidée l'année dernière, alors même qu'ils n'ont pas droit aux minima sociaux et ne reçoivent aucune prestation. Allez donc leur expliquer qu'il est normal de prélever tous les mois 15 euros sur la retraite de l'agricultrice !

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Il est toujours compliqué de parler sans connaître les situations dans leur globalité. Moi aussi, j'entends certains me dire qu'ils sont concernés par cette augmentation malgré la faiblesse de leur retraite. Mais il y a les pensions et les autres revenus, qu'il faut aussi prendre en compte. Le débat est tronqué si on ne dispose pas de tous les éléments. Monsieur. Lurton, un couple qui perçoit 1 400 euros par mois ne peut pas être impacté par la hausse de CSG.

M. Gilles Lurton. Mais si, bien sûr !

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. C'est que ce couple a d'autres revenus qui n'apparaissent pas. Si on ne dispose pas de toutes les données, cela devient incompréhensible.

Ensuite, il ne faut pas oublier que notre système est fondé sur un principe de solidarité, et non de capitalisation dans lequel celui qui a payé obtient ensuite un droit en fonction de ce qu'il a mis de côté. Pendant leur vie active, les actuels retraités ont payé pour ceux qui étaient alors retraités – et il y en avait moins. Aujourd'hui, les gens qui travaillent paient pour les retraités, qui sont plus nombreux, alors même que la vie est de plus en plus longue. On comprend qu'un déséquilibre s'installe. Dans ces conditions, il n'est pas aberrant de demander à ceux qui le peuvent de participer à cette solidarité. C'est l'intérêt de tous.

Nous sommes nous aussi très sollicités sur le terrain. Nous devons faire de la pédagogie en expliquant que notre système de santé est éminemment précieux, qu'on a besoin de s'appuyer dessus quand on vieillit, et qu'il est normal de s'adresser aux plus aisés pour en assurer la solidité.

M. Boris Vallaud. L'argument ne convainc pas. Le pouvoir d'achat de huit millions de retraités, qui ont déjà cotisé quand ils étaient travailleurs, est affecté par votre mesure.

Vous dites que le travail doit payer. En fait, c'était en 2017 dans les annexes au PLFSS et cela apparaît cette année dans l'étude d'impact : le but du basculement des cotisations vers la CSG est la réduction du coût du travail. Vous dispensez les employeurs, à l'occasion des négociations annuelles salariales, d'augmenter les salaires puisque les salariés auront bénéficié d'une hausse de salaires par un autre biais. C'est comme si votre employeur répondait à votre demande d'augmentation : allez la chercher dans la poche de votre grand-mère !

En outre, votre fétichisme du travail est à géométrie variable puisque ce gouvernement a déséquilibré à nouveau la taxation entre le capital et le travail, le premier étant moins taxé que le second.

M. Francis Vercamer. J'ai écouté M. Maillard. Moi aussi, je souhaite que le travail soit mieux payé. On est tous d'accord sur ce point. Mais en l'occurrence, on discute d'un article sur la CSG de nos aînés.

Mon amendement ne faisait que reculer d'un an la hausse maximale de la CSG. C'était intéressant pour les personnes âgées et cela coûtait 350 millions d'euros. Ce n'est pas une somme astronomique au regard d'un PLSS de quelque 400 milliards. Notre intention n'est pas d'empêcher les salariés d'avoir un meilleur revenu mais de mieux considérer nos aînés.

M. Alain Bruneel. Nos retraités, qui ont travaillé toute leur vie, vont être pénalisés. Certains sont même obligés de continuer à travailler pour arriver à joindre les deux bouts. Il y en a malheureusement beaucoup, et il faut le prendre en compte.

Quant au principe de solidarité que certains ont invoqué, il ne peut pas jouer dans un seul sens. Quand on donne 40 milliards, on doit pouvoir accorder 350 millions. Où est le principe de solidarité lorsqu'il s'agit du capital ?

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS25 de M. Jean-François Cesarini, AS484 de M. Frédéric Barbier, AS599 de M. Christophe Lejeune et AS475 de M. Frédéric Barbier.

M. Jean-François Cesarini. Le cœur de la politique économique du Gouvernement consiste à augmenter la CSG sur les retraités pour relancer l'économie. Par cet amendement, nous proposons une progressivité de cette augmentation. De fait, instaurer une hausse de 1,7 point à partir de 1 200 euros produit un effet de seuil. Il est par ailleurs injuste d'appliquer le même taux à des personnes ayant des revenus différents. Nous proposons donc de moduler cette hausse de la CSG.

L'argument selon lequel on ferait perdre de l'argent à Bercy ne vaut pas puisque nous conserverons la même enveloppe, avec un effort proportionné au montant des retraites. Le candidat Macron a dit qu'il fallait donner plus à ceux qui avaient moins : le corollaire de cette affirmation est qu'il faut demander plus à ceux qui ont plus.

Il n'y a pas non plus d'argument d'inconstitutionnalité puisqu'il existe déjà des taux de CSG différents selon les revenus des retraités.

Nous sommes d'accord sur le principe d'augmenter la CSG sur les retraités pour relancer l'économie. Mais pas de manière uniforme. Il est temps

d'écouter tous les gens qui viennent dans nos permanences, d'écouter les députés. Nous proposons donc la même enveloppe avec un peu plus de justice sociale.

M. Frédéric Barbier. L'amendement AS484 va dans le même sens. Passer de 3,8 % à 8,3 % de CSG sur les petites pensions de retraite entraîne un effet de seuil extrêmement violent, chers collègues. Le travail doit payer, mais il doit payer aussi quand on est à la retraite.

Les gens dont le revenu fiscal de référence est de 1 200 euros sont des salariés des entreprises, des ouvriers, pas des techniciens ni des cadres. Cette augmentation de la CSG est insupportable pour eux, qui vont devoir faire face en outre à l'inflation, à une hausse des prix qu'on estime à 1,4 % pour la fin de cette année. On peut considérer qu'ils vont perdre 3,1 % de pouvoir d'achat. Sans compter la progression de 13 % du prix des énergies. Il y a un an, le fuel coûtait 67 centimes le litre, contre 97 centimes aujourd'hui. Voilà ce que doivent supporter nos retraités.

Il faut donc revoir le seuil. Le Premier ministre s'est exprimé sur la question : on gèle pendant deux ans. Mais celui dont le RFR passera de 1 150 euros à 1 210 euros finira par payer au bout d'un ou deux ans et il gagnera moins que s'il était resté en dessous de 1 200 euros de RFR.

La politique, c'est l'art de savoir ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas. On me dit que la mesure coûterait 250 ou 300 millions. Et alors ? A-t-on eu des états d'âme l'année dernière, lorsque l'on a transformé l'ISF en IFI et balayé ainsi 3 milliards de recettes ? Aucun.

J'ai déposé par ailleurs un amendement dans le projet de loi de finances, considérant qu'il fallait « bouger » sur l'IFI. Cet impôt, qui devait rapporter 850 millions, va rapporter 1,2 milliard. Sans qu'on en change le périmètre, il est annoncé à 1,5 milliard. Alors, de grâce, pour 250 ou 300 millions, écoutons nos retraités !

Encore une fois, mes chers collègues, il faut modifier le seuil de l'augmentation de CSG : non plus 1 200, mais 1 600 euros, et revenir à un taux de 6,6 %.

J'en viens à l'amendement AS599 de M. Christophe Lejeune, dont je suis l'un des cosignataires.

Le revenu médian des retraités est de 1 500 euros. Il est donc proposé de faire passer le RFR pris en compte de 1 200 à 1 500 euros, et de faire baisser le taux à 6 %, qui est le pourcentage médian entre 3,8 % et 8,3 %.

Il faut introduire de la progressivité dans la CSG pour éviter ces effets de seuil. En plus, en redonnant quelque argent aux retraités – une vingtaine d'euros par mois ! – on alimentera l'économie.

Je terminerai par mon amendement AS475. Si vous ne voulez pas d'un taux à 6,6 % ou à 6 %, choisissez un taux de 5 % entre 1 200 et 1 400 euros. Là encore, l'objectif est d'alimenter le débat. Reporter la mesure ne changera rien : il faut introduire de la progressivité dans la CSG. D'ailleurs, tous nos impôts sont progressifs – l'impôt sur le revenu, la taxe d'habitation, l'IFI – en fonction des revenus.

Il faut entendre nos retraités et se garder de tout dogmatisme. J'en suis à mon deuxième mandat, et je sais où le dogmatisme nous a conduits, le doigt sur la couture du pantalon. Le rôle du député est de rapporter à l'Assemblée ce qu'il a entendu sur le terrain et de faire bouger les lignes. Oui, c'était annoncé par la République en Marche pendant la campagne. Mais la vie, ce n'est pas une photo, c'est un film, et quand les choses changent, il faut savoir s'adapter. D'où ces propositions qui peuvent coûter 250 ou 300 millions. Mais il n'y a pas de difficulté pour financer une telle somme. On sait le faire.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Ce débat avait été amorcé l'année dernière. Il s'agit bien d'un débat de fond.

Comme vous l'avez dit, monsieur Barbier, dès la campagne présidentielle, nous nous étions engagés à augmenter la CSG de façon uniforme tout en tenant compte de catégories de population particulièrement fragiles. Le Gouvernement a été capable d'entendre la colère du terrain et d'écouter certaines personnes qui ont été mises en difficulté ou qui pourraient l'être. L'article 11 soustrait ainsi à la hausse de la CSG 350 000 foyers – pour de bonnes raisons.

Mais parce qu'il y a un problème d'effets de seuil, vous proposez de créer deux autres seuils intermédiaires – je schématise – pour rendre le dispositif moins violent. Il n'en demeure pas moins qu'un seuil reste un seuil, qu'il soit à 6,6 %, à 8,3 % ou à 9,2 %. Il y aurait donc cinq niveaux de CSG au lieu de trois.

Vous avez évoqué ces personnes dont le seuil d'assujettissement à la CSG serait ainsi plus faible qu'actuellement. Mais je pourrais vous parler de toutes celles et ceux dont le seuil intermédiaire serait alors plus élevé qu'actuellement. En effet, il est proposé dans l'un des amendements d'augmenter de quasiment un point la CSG au-delà de 2 500 euros par mois – avec l'amendement AS25, à partir de 36 000 euros par an, le taux passe de 8,3 % à 9,2 %.

Dans un autre amendement, vous proposez de créer un seuil applicable aux pensionnés qui paient l'IFI. Mais ce n'est pas parce que vous payez l'IFI que vous avez forcément des niveaux de revenus élevés. Vous pouvez avoir du patrimoine immobilier et vous acquitter de cette contribution sans nécessairement avoir des revenus qui justifient qu'on augmente encore votre CSG.

Après c'est un choix politique. Le choix que nous avons fait au cours des campagnes présidentielle et législative, le choix réaffirmé par le Gouvernement et le Président de la République a été de mettre en place un système d'augmentation

de la CSG épargnant les plus fragiles, avec des niveaux de seuil bien définis, que nous avons adoptés l'année dernière à une très large majorité.

Voilà ce que je peux vous répondre aujourd'hui. Je vous propose donc de retirer vos amendements. Vous connaissant, je sais cependant que vous ne le ferez pas. Donc, je donne d'emblée un avis défavorable.

Mme Catherine Fabre. On voit combien il est compliqué d'assumer des choix politiques qu'on avait pourtant annoncés et qui se justifient totalement. Je voudrais revenir sur ces choix structurants sur lesquels nous avons été élus. L'objectif est de porter et de financer de vraies réformes, et de transformer le système pour l'adapter aux mutations de la société.

Pourquoi augmente-t-on la CSG ? Est-il normal que le système de santé et l'assurance chômage soient financés uniquement par les revenus du travail, alors qu'on vit de plus en plus longtemps, que les maladies chroniques et les phénomènes de dépendance se développent ? Ce sont de vrais défis, dont les précédentes majorités ne se sont pas saisies – notamment celui de la dépendance – et que l'on va devoir relever. Il faudra bien penser au financement de ces chantiers, qui nous paraissent essentiels.

La hausse de la CSG, pour tous les Français – et pas uniquement les retraités – est équilibrée : ceux qui ont les revenus les plus faibles ne sont pas touchés. C'est le cas de 40 % des retraités. Par ailleurs, la moitié des 60 % restants s'y retrouvent dès cette année, avec la baisse de la taxe d'habitation. La réforme est tout à fait soutenable. Mais il faut l'expliquer et l'assumer. Pour ma part, je le fais très bien.

Quant à la hausse du prix des carburants, on ne peut pas à la fois lutter contre le réchauffement climatique et vouloir que les gens continuent à rouler des kilomètres et des kilomètres.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Je rejoins tout à fait ma collègue Catherine Fabre. À écouter M. Barbier, nous sommes dans un roman photo. Vous n'êtes pas le seul, monsieur, à écouter les retraités ! Je rappelle que le minimum vieillesse a été revalorisé, que la taxe d'habitation va gommer cet effet de seuil, et que trois quarts des dépenses de santé sont consommées par les plus de soixante-cinq ans. (*Exclamations.*) Si nous voulons un système social soutenable, il importe d'en revoir le financement. J'ajoute que depuis dix-huit ans, c'est la première fois que notre système de santé est budgétairement à l'équilibre. Cela prouve l'efficacité de l'augmentation de cette taxe.

M. Jean-Pierre Door. Nous assistons depuis vingt minutes à un débat interne à la majorité « En Marche ». De fait, certains d'entre vous ont ouvert les yeux en voyant arriver dans leur permanence des retraités qui râlaient ! Vous commencez à comprendre, et c'est très bien, que cette importante augmentation de la CSG a pénalisé neuf millions de retraités en France. Et dans quelque temps, ils descendront dans la rue, ce qui ne s'était jamais vu !

J'en profite pour dire encore une fois que les pensionnés du privé sont encore plus taxés puisqu'ils paient maintenant une CSG à 9,3 % contre 8,3 % pour les autres. Donc, ceux-là aussi rouspètent, et ils vont rouspéter de plus en plus.

Je vais peut-être voter ces amendements...

Mme Charlotte Lecocq. L'augmentation de la CSG est un élément fondamental du programme que nous avons défendu, et qui n'a pas toujours été bien compris. D'ailleurs, pour avoir reçu moi aussi des retraités dans ma permanence, j'ai pu constater qu'ils étaient souvent intoxiqués par de fausses informations. Il suffit de leur exposer quelle est leur situation et la réalité des mesures qui ont été prises pour qu'ils comprennent que nous agissons pour répondre à leur inquiétude de voir baisser leur pouvoir d'achat. Il faut rappeler que les revenus très modestes n'ont pas été impactés, et que la plupart des retraités vont bénéficier de la baisse de la taxe d'habitation qui sera ensuite supprimée – ce qui compensera la hausse de CSG.

Il faut rappeler aussi les mesures évoquées par le rapporteur général sur le « reste à charge zéro », dont les premiers bénéficiaires seront bien évidemment les retraités. Comme l'a souligné Audrey Dufeu-Schubert, nous lançons également une concertation sur la dépendance. C'est un sujet majeur, qui représente un coût pour les retraités et pour leur famille, sur lequel personne ne s'était pas encore penché, et qu'on prend à bras-le-corps. À terme, les retraités bénéficieront des mesures qui en découleront.

Il faut dire la vérité aux retraités, et cesser d'agiter l'épouvantail de la CSG.

M. Pierre Dharréville. En vérité, j'hésite un peu à m'immiscer dans ce débat, que je ne voudrais pas faire pencher du mauvais côté. Cela dit, je ferai quelques remarques, pour rassurer un certain nombre de nos collègues.

Pour ma part, je suis contre la « CSG-isation », contre l'étatisation des ressources de la sécurité sociale. Je crois aux vertus de la cotisation. C'est un autre choix qui a été fait ; je continuerai de le combattre.

Je suis par ailleurs très favorable à la progressivité de l'impôt – et la CSG en est. Je souhaiterais que l'impôt soit beaucoup plus progressif que ce n'est le cas aujourd'hui. C'est une question de justice et d'égalité. Il se trouve qu'un amendement va dans ce sens. Il est en phase avec ce principe qu'il me semble utile de défendre.

Enfin, ce n'est pas une question de pédagogie, de vérité, ou de fausses informations : c'est un désaccord. Celui qu'exprime toute une partie de la population qui vit concrètement les choses. Je comprends que la majorité ait envie de faire beaucoup de pédagogie. Mais là, la pédagogie ne suffira pas. Il faut prendre des mesures.

C'est dans ce sens que, pour ma part, je serais plutôt enclin à accepter cette correction. Elle ne me convient pas sur le fond, mais elle pourrait être bénéfique à un certain nombre de nos concitoyens. Elle pourrait aussi vous être bénéfique, d'une certaine manière – ce qui me gêne un peu ...

M. Laurent Pietraszewski. Personne n'est passé d'un taux réduit de CSG de 3,8 % à 8,3 %. On peut passer de 6,6 % à 8,3 %, mais pas de 3,8 % à 8,3 %. Quand on est au taux réduit, on n'est pas concerné en effet par l'augmentation de 1,7 point. Il faudra m'expliquer...

Par ailleurs, les retraités bénéficient déjà d'un taux réduit par rapport aux actifs. Dans ma permanence, je reçois d'ailleurs beaucoup d'actifs qui me disent ne pas comprendre pourquoi, depuis dix ans, on leur applique un taux de CSG supérieur à celui des retraités. Je ne suis pas parvenu à trouver l'origine de cette différence.

Il ne s'agit pas de stigmatiser les retraités. Et je n'ai pas entendu, dans les propos de ma collègue Dufeu-Schubert, qu'il fallait prendre davantage dans la poche des retraités pour les punir de consommer éventuellement plus de soins de santé que les autres. J'ai juste noté qu'elle était favorable à une solidarité transverse, qui amènerait tout le monde à participer. Eh bien, ce sera le cas ! Ce sera toujours le cas, avec une CSG déjà réduite pour les retraités, ce qui n'a été rappelé par personne, étonnement.

M. Frédéric Barbier. Je ne découvre pas le problème aujourd'hui, monsieur Door. Je me suis même déjà exprimé sur le sujet l'an dernier.

Il ne s'agit pas d'opposer les gens entre eux. De qui parle-t-on ? De personnes qui ont des revenus et des pensions de retraite extrêmement basses. Je ne serais peut-être pas revenu de cette façon sur le sujet si elles n'avaient pas subi une augmentation de 1,7 point de CSG, de 1,4 point d'inflation, et de 13 % sur le prix des énergies. Je comprends l'inquiétude des retraités, qui ne savent pas de quoi l'année prochaine et celles qui suivront seront faites. Ils ont perdu trois points de pouvoir d'achat d'une année sur l'autre. Ils commandent leur fuel par 200 litres, et non plus par 500 litres parce qu'ils n'ont plus les moyens de le faire. Il est bien normal qu'on les entende et qu'on fasse bouger les choses.

Au cours de l'ancien mandat, certains événements nous ont conduits à modifier nos politiques. Il faut savoir s'adapter. Devrons-nous continuer à vendre aux Français ce qu'on leur a dit au lendemain des élections ? La vie est beaucoup plus dynamique que cela. La CSG, l'inflation et le prix des carburants ont augmenté. Ainsi, le diesel vient de rattraper le prix de l'essence. Grâce pour les gens qui roulent au diesel ! Une telle augmentation a un impact conséquent.

Les mesures proposées en faveur de ceux qui touchent de petites pensions coûteraient 250 ou 300 millions. Parler de 2 ou 3 milliards ne pose pas de problème peut-être parce qu'il n'y a qu'une unité devant le mot milliards. En revanche, quand on met des centaines devant le mot millions, on trouve que cela

fait beaucoup. Non, mes chers collègues, je vous assure que 3 milliards, c'est beaucoup plus que 300 millions ! Et redonner 300 millions aux petits retraités, ce serait bien.

Monsieur le rapporteur général, vous avez dit que j'allais maintenir ces amendements. Eh bien, je vais vous surprendre : je les maintiens.

M. Jean-François Cesarini. Les signataires de l'amendement que je défends sont tous de la majorité. À aucun moment nous ne remettons en cause le fait d'augmenter la CSG des retraités et pour relancer l'économie. Nous voulons tous atteindre la même destination avec le Gouvernement. Nous proposons seulement, avec notre amendement AS25, de prendre un autre chemin. J'aimerais que vous m'expliquiez pourquoi vous n'êtes pas d'accord. Donnez-moi un véritable argument.

En quoi une CSG progressive est-elle plus injuste qu'une CSG uniforme ? Cela n'enlève rien à la suppression de la taxe d'habitation, cela n'enlève rien « au reste à charge zéro ». Cela fait un an et demi qu'on utilise ces arguments, et cela ne me pose pas de problème. Expliquez-moi pourquoi, à enveloppe équivalente, la progressivité ce n'est pas bien.

M. Francis Vercamer. Notre groupe va soutenir ces amendements car nous sommes favorables à cette progressivité.

Certains collègues ont évoqué la dépendance. Où en est-il question dans le texte ? Par quel biais la CSG finance-t-elle la dépendance ? Cela n'apparaît nulle part. Demain on rasera peut-être gratis ... Moi, je m'intéresse à ce qui se passe maintenant, et je ne vois pas comment la dépendance est financée par la CSG que l'on augmente aujourd'hui.

Mme Jeanine Dubié. Après le débat que nous avons eu l'année dernière, le Gouvernement s'est bien rendu compte qu'il y avait un sujet, puisqu'il nous propose cet article 11. Mais celui-ci ne va pas suffisamment loin. Je soutiendrai donc les amendements de nos collègues Cesarini et Barbier, qui ont bien expliqué ce qu'il en était.

La CSG n'est pas une cotisation : c'est de la fiscalité. Il est donc légitime qu'elle soit progressive. C'est le principe même de l'impôt, et cela fait partie de notre contrat social.

J'ai été choquée par les propos de notre jeune collègue concernant les dépenses de santé des personnes âgées. Je lui rappellerai simplement que les ordonnances de 1945 reposent sur le principe que l'on cotise en fonction de ses moyens, et qu'on reçoit en fonction de ses besoins. Oui, plus on prend de l'âge, plus on a besoin de recourir à des soins. En vous exprimant comme vous l'avez fait, madame, vous prenez le risque d'un conflit intergénérationnel. Attention !

M. Thomas Mesnier. J'entends votre propos, madame Dubié. En l'occurrence, on parle de la CSG, donc de la solidarité nationale, mais pas d'impôt sur le revenu. Il n'est pas question de créer de nouvelles tranches.

J'entends aussi que l'opposition se délecte de ce débat mais qu'elle est aussi très pressée d'assister, comme nous tous, à l'allocution du Président de la République. Qu'elle se rassure, nous allons y mettre un terme. En effet, le débat a déjà eu lieu l'année dernière et nous l'avons encore abordé en réunion de groupe ce matin. Le groupe La République en Marche tient son programme. Aussi, nous rejeterons ces amendements.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Monsieur Cesarini, je ne voudrais pas qu'au moment de voter, les députés considèrent que votre amendement crée de la progressivité, en passant d'un point A identique à un point B identique. En effet, l'amendement AS25 part d'un point A mais arrive à un point B majoré de un point, puisque vous créez un nouveau taux de CSG de 9,2 %.

Si l'on vote cet amendement, il faudra expliquer aux Français dont les revenus sont supérieurs à 2 500 euros mensuels qu'ils subiront une augmentation de CSG de un point.

Dans un autre amendement, vous ne changez pas le curseur, mais vous introduisez une nouvelle donnée : ceux qui sont assujettis à l'impôt sur la fortune immobilière paieront une CSG complémentaire. Or ces personnes n'ont pas forcément de gros revenus. Souvent ce n'est pas le cas : ils ont simplement un patrimoine immobilier, par exemple une maison située dans un endroit qui a pris de la valeur. Leur CSG augmentera néanmoins tous les mois.

Je tenais à le dire parce que je crois que les termes du débat sont un peu biaisés. Donc l'adoption de ces amendements conduirait à augmenter de façon conséquente la CSG des gens qui gagnent plus de 2 500 euros par mois, ou qui sont assujettis à l'IFI.

*La commission **adopte** l'amendement AS25. (Applaudissements.)*

*En conséquence, les amendements AS484, AS599 et AS475 **tombent**.*

La commission examine l'amendement AS665 du rapporteur général.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Il s'agit d'appliquer à la contribution de solidarité pour l'autonomie – CSA – la même règle que celle prévue pour l'article 11 en matière de CSG. La CSA est en effet due si la pension dépasse les mêmes seuils de revenu fiscal de référence que ceux prévus pour la CSG.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 11 **modifié**.*

2. Réunion du mardi 16 octobre 2018 à 21 heures 30 (après l'article 11 à après l'article 28)

http://www.assemblee-nationale.tv/video.6748236_5bc63ab935ffb.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2019-su-16-octobre-2018

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Mes chers collègues, nous reprenons l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

Après l'article 11

La commission examine, en discussion commune, les amendements AS134 et AS133 de M. Pierre Dharréville et AS413 de M. Jean-Hugues Ratenon.

M. Alain Bruneel. Notre amendement AS134 vise à supprimer la contribution de 0,3 % prélevée sur les pensions de retraite (CASA) pour financer la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), et qui pèse sur le pouvoir d'achat des retraités.

En lieu et place, le financement de la dépendance serait assuré par une contribution de solidarité des actionnaires (CSA) pour financer l'adaptation de la société au vieillissement.

En mettant à contribution les dividendes versés aux actionnaires à hauteur de 2 %, nous pourrions ainsi récupérer 1 milliard d'euros par an pour le financement de la CNSA.

M. Pierre Dharréville. L'amendement AS133 propose également de créer une contribution de solidarité des actionnaires pour financer la perte d'autonomie.

Mme Caroline Fiat. Nous souhaitons, nous aussi, taxer les dividendes des actionnaires.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Vous proposez de remplacer la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) par une contribution de 2 % assise sur « *l'ensemble des dividendes des entreprises* ». On ne sait d'ailleurs pas s'il s'agit des dividendes versés ou des dividendes reçus...

Je rappelle que la CSA, de son côté, est assise sur les pensions de retraite, au taux de 0,3 %.

Si je ne peux être favorable à votre amendement, tant l'assiette est floue, je partage néanmoins votre préoccupation, celle d'assurer un financement durable de la dépendance, qui est sans doute le principal chantier social de la prochaine décennie. Je rappelle à cet égard que le Président de la République souhaite

qu'une large réflexion soit conduite sur l'accompagnement de nos aînés et des aidants, ceux qui prennent soin d'eux lorsqu'ils sont en situation de besoin.

La ministre de la santé a inauguré les chantiers destinés à connaître les besoins avant de connaître les financements il y a quelques jours à peine.

Je vous demande donc de bien vouloir retirer vos amendements, faute de quoi mon avis sera défavorable.

Mme Caroline Fiat. J'aurais dû défendre plus avant mon amendement, ce qui aurait permis à M. le rapporteur d'entendre que la contribution porte sur les seuls dividendes versés par les actionnaires, ce qui est écrit dans le texte de l'amendement.

M. Pierre Dharréville. Il existe déjà des besoins que chacun peut s'accorder à reconnaître, et notre proposition permet de dégager des ressources pour financer le droit à l'autonomie. Si notre amendement ne précise pas si la taxe porte sur les dividendes reçus, c'est pour laisser au Gouvernement une certaine latitude dans la mise en œuvre de la disposition proposée.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je partage cette préoccupation, mais votre amendement précise bien que la taxe que vous souhaitez créer pèse sur « l'ensemble des dividendes ».

La commission rejette successivement les amendements.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS341 de Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Nous avons récemment examiné une proposition de loi relative au don du sang, occasion de rappeler le travail mené au quotidien par l'Établissement français du sang (EFS), qui assure la transfusion sanguine publique en France.

L'EFS a pour mission d'assurer l'autosuffisance de la France en produits sanguins dans des conditions de sécurité et de qualité optimales. Il est chargé du prélèvement de sang, de la préparation des produits sanguins, de la qualification biologique des dons et de la distribution des produits sanguins aux établissements de santé.

La taxe sur les salaires acquittée par les employeurs domiciliés en France n'est pas soumise à la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) sur la totalité de leur chiffre d'affaires. Elle est calculée sur la base des rémunérations versées au cours de l'année par l'application d'un barème progressif.

Cet amendement veut soutenir cet établissement en lui accordant une exonération de la taxe sur les salaires, mesure rendue nécessaire par un arrêt de la Cour de justice européenne en date du mois d'octobre 2016 qui le fera bénéficier de nouveaux droits de réduction de la TVA, ce qui augmentera significativement

sa charge de taxe sur les salaires. Ce soutien à l'EFS est donc nécessaire, tant la mission de service public qui lui incombe est essentielle.

M. Olivier Véran, rapporteur général. L'EFS est un établissement public administratif à statut aménagé dont la mission de collecte du sang est très importante, et qui travaille avec le Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies (LFB) afin qu'il puisse fabriquer des médicaments dérivés du sang.

Je me suis rapproché du Gouvernement pour connaître les détails de l'application de la mesure que vous proposez et qui se justifie. C'est pourquoi mon avis est favorable.

M. Pierre Dharréville. C'est une belle idée, que nous proposons d'ailleurs d'appliquer à l'ensemble des hôpitaux ; j'apprécie donc que cette porte soit ouverte pour la suite de nos débats...

M. Jean-Pierre Door. Il faut absolument soutenir l'EFS, qui rencontre parfois des difficultés, notamment en région. Il souffre en outre de la raréfaction du bénévolat. J'ai pour ma part été surpris par la modification du régime de TVA imposée à l'établissement par la Cour de justice européenne ; c'est pourquoi je remercie le rapporteur de se montrer favorable à la mesure proposée par notre collègue.

La commission adopte l'amendement.

Elle étudie ensuite l'amendement AS132 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Cet amendement entend revenir sur l'allègement de la fiscalité portant sur les actions gratuites, entériné par la majorité à l'occasion de l'examen du précédent PLFSS, cela sans aucune étude d'impact. Lors des débats en séance publique, la perte de recettes a été chiffrée à 120 millions d'euros par an.

Ce dispositif, qui permet l'attribution gratuite d'actions, concerne essentiellement des salariés très bien rémunérés de grands groupes et les dirigeants. Outre un coût non négligeable pour les finances sociales, il s'agit d'un outil de contournement du salaire.

C'est pourquoi nous proposons de ramener la contribution patronale au taux de 30 %.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Nous nous souvenons tous du débat que nous avons eu sur ce sujet l'année dernière, dans des conditions qui font le sel de la vie parlementaire puisqu'il a donné lieu à la convocation d'une réunion de la commission en cours de séance.

Nous n'allons néanmoins pas revenir fin 2018 sur ce que nous avons décidé fin 2017 pour rétablir ce qui avait été voté fin 2016, pour revenir sur une

disposition d'août 2015... Un peu de stabilité fiscale ne serait, en l'espèce, pas de trop. Avis défavorable, donc.

M. Pierre Dharréville. Je souhaite faire observer à M. le rapporteur général que cet argument aurait pu être utilisé l'année dernière... (*Sourires.*)

La commission rejette l'amendement.

Article 12

Sécurisation de la participation aux organismes complémentaires santé au financement des nouveaux modes de rémunération

La commission est saisie de l'amendement AS130 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. L'article 12 prévoit de transformer le financement du forfait « patientèle » des médecins traitants en contribution fiscale annuelle payée par les complémentaires avec un rendement de 300 millions d'euros. S'il peut parfois être opportun de mettre à contribution les complémentaires, il est nécessaire que cela reste dans le champ de la négociation conventionnelle entre les différents acteurs.

Cette nouvelle contribution risque de se transformer en un prélèvement indirect sur les assurés du fait d'une augmentation mécanique des cotisations mutualistes, cela d'autant plus que cette mesure s'ajoute aux nouveaux prélèvements sur les complémentaires que constituent la hausse du forfait hospitalier de 2018 et la participation forfaitaire de 2019.

Le principe même de la taxation des complémentaires est d'ailleurs discutable, car il constitue un contournement de l'objet de la sécurité sociale.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Cette cotisation existe depuis 2012, elle n'augmente pas ; il n'y a donc pas de risque qu'elle puisse peser sur les cotisations des assurés.

Nous introduisons dans la loi, afin de la conforter, une disposition qui a été renouvelée par les dernières négociations conventionnelles ; aucune disposition nouvelle n'est donc créée. Comme vous, je me soucie de l'évolution du coût des complémentaires ainsi que des frais de gestion annexes. À cet égard, je rappelle qu'une enquête réalisée par l'UFC-Que Choisir au mois de juin dernier a montré que, depuis 2010, les frais ont augmenté deux fois plus vite que les remboursements accordés aux assurés. C'est peut-être de ce côté qu'il faudrait porter l'attention, mais je crois savoir que les complémentaires conduisent une réflexion sur cette question.

Je demande donc le retrait de cet amendement, à défaut mon avis sera défavorable.

M. Pierre Dharréville. Il ne me semble pas possible de mettre sur un pied d'égalité l'ensemble des complémentaires. Nous savons qu'il s'agit d'un secteur au sein duquel interviennent des acteurs très différents, et je connais nombre d'opérateurs mutualistes – qui sont vraiment mutualistes – dont le budget a été mécaniquement augmenté par cette taxe, car, contrairement à ce qui a parfois été dit, ils n'avaient pas de réserves.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS658 du rapporteur général.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Ainsi que je l'ai dit, c'est une négociation conventionnelle qui a pérennisé la contribution des complémentaires de santé. Il est prévu qu'elle dure jusqu'à la fin de la convention actuelle, qui date de 2016 et doit rester en vigueur jusqu'en 2021. Puisque nous l'introduisons dans la loi, je propose de limiter l'application de cette taxe à la durée de la convention afin de ne pas grever la qualité du dialogue conventionnel qui devra reprendre au terme de celle-ci.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 12 modifié.

Après l'article 12

La commission examine l'amendement AS624 de M. Pierre Dharréville.

M. Alain Bruneel. Depuis plusieurs années, les organismes complémentaires d'assurance maladie font face à des hausses régulières de leurs dépenses. Celles-ci s'expliquent en grande partie par des évolutions que les complémentaires ne maîtrisent pas. Cela est dû à la progression des dépenses de santé, qui augmentent tendanciellement de près de 4,5 % chaque année ainsi qu'aux transferts de charges toujours plus importants du régime obligatoire vers les complémentaires. En parallèle, les taxes sur les complémentaires santé solidaires et responsables sont passées de 1,75 % en 2005 à 13,27 % en 2012.

Ces évolutions contraignent les complémentaires à ajuster le niveau des cotisations. Or, chaque augmentation constitue un frein supplémentaire à l'accès aux soins, notamment des plus modestes d'entre nous. Notons que 3,5 à 4 millions de personnes n'ont toujours pas accès à une couverture santé complémentaire.

À l'heure où une personne sur quatre renonce à des soins pour des raisons financières, cet amendement entend faire baisser le niveau des cotisations en réduisant la taxation qui pèse sur les contrats d'assurance complémentaire santé.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Avis défavorable.

Ramener de 13,27 % à 0,27 % le taux de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) pesant sur les complémentaires entraînerait pour la sécurité sociale une perte de recettes supérieure à 4 milliards d'euros par an. Je vous laisse en imaginer les conséquences, tant pour les soins hospitaliers que pour la médecine de ville ou, surtout, pour la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), largement financée par cette taxe, et que personne parmi nous, singulièrement vous, ne souhaite voir mise en péril.

La commission rejette l'amendement.

Article 13

Poursuivre la simplification de la déclaration et du recouvrement des cotisations

La commission adopte l'article 13 sans modification.

Article 14

Simplification de la procédure de dépôt des demandes de modifications mineures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments

La commission adopte l'article 14 sans modification.

Article 15

Réforme des mécanismes de sauvegarde applicables aux produits de santé

La commission examine l'amendement AS418 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. L'industrie pharmaceutique et ses dirigeants se portent bien. Le directeur de Sanofi, Olivier Brandicourt, touche un salaire d'environ 16,5 millions d'euros voté par les actionnaires. Le chiffre d'affaires de l'entreprise est de 35 milliards d'euros. Les actionnaires ont récolté 7 milliards d'euros de dividendes l'année dernière. Malgré un très bon chiffre d'affaires qui est en croissance, les budgets consacrés à la recherche et développement consacrés à la recherche-développement ont stagné en 2017. Pire encore : depuis dix ans, environ 1 800 salariés ont été licenciés.

J'appelle par ailleurs votre attention sur l'usage du crédit impôt recherche (CIR), totalement opaque alors qu'il fait bénéficier Sanofi de 110 à 150 millions d'euros d'argent public.

L'avenir de notre industrie pharmaceutique n'est pourtant pas au beau fixe. Comment expliquer un tel paradoxe, qui concerne aussi les autres géants du secteur ? Il semblerait que les industriels du médicament se transforment en financiers et que le regard de leurs dirigeants soit exclusivement tourné vers la rémunération des actionnaires plutôt que celle des chercheurs et des travailleurs. Il

serait donc sage que notre Assemblée demande aux industriels de revoir leurs ambitions.

L'assurance maladie n'a pas à payer des médicaments à un prix exorbitant pour rémunérer des actionnaires ; nous souhaitons donc mettre un terme à la croissance régulière du prix du médicament. Or, la clause de sauvegarde est un dispositif qui nous le permet : il a pour mission de contenir l'évolution du chiffre d'affaires brut réalisé en France au titre de médicaments remboursés par l'assurance maladie. Au-delà d'un taux d'évolution défini par le présent projet de loi se déclenche une contribution obligatoire progressive, partagée entre les entreprises du médicament.

Pour que le prix du médicament soit revu à la baisse, nous proposons de fixer le taux de la clause de sauvegarde à moins 1 %. Cela constituera un formidable outil pour qui aura la volonté de freiner les appétits des actionnaires du monde pharmaceutique. Avez-vous, mes chers collègues, ce courage politique ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Le Comité stratégique des industries de santé (CSIS) s'est réuni sous l'égide du Premier ministre et a pris l'engagement devant le Gouvernement de contenir la progression du prix de vente des médicaments tout en garantissant un taux plancher d'évolution du chiffre d'affaires de l'ordre de 0,5 %. Ce pourcentage est le fruit d'une régulation prix-volume portant sur les médicaments existants et les traitements à venir.

Nous attendons pour l'année 2019 l'arrivée sur le marché de médicaments innovants, notamment dans la prise en charge de maladies auto-immunes ou de cancers. Ces traitements très innovants sont souvent extrêmement chers puisqu'ils sont le fruit d'une R&D très importante. Aussi, empêcher par principe toute croissance de l'évolution du marché du médicament alors que notre population vieillit, que nous sommes de plus en plus nombreux, que les innovations thérapeutiques sont légion, et alors que nous manquons de stock pour certains médicaments, car la France n'est plus regardée comme l'Eldorado de l'industrie pharmaceutique, me semble relever d'un manque de courage quand des gens ont besoin de traitements.

Le taux de progression de 0,5 % me semble suffisant, c'est celui qu'a accepté le Gouvernement, et que nous soutenons. Pour ces raisons, mon avis est défavorable.

M. Jean-Pierre Door. Cet article va dans le bon sens, dans la mesure où il simplifie la situation, qui auparavant établissait deux taux de croissance différents pour la ville et l'hôpital, ce qui était source de confusion.

Les travaux du CSIS ont donné l'impression d'aboutir à une progression de la croissance annuelle se situant à environ 0,5 %. Mais cela demeure un dialogue de sourds puisque, d'un autre côté les économies emportent une reprise de près d'1 milliard d'euros pour l'industrie pharmaceutique, comme cela s'est produit au cours des années précédentes.

Notre industrie pharmaceutique risque donc, madame Fiat, de se trouver en mauvaise position dans les années à venir. La France se tenait au premier rang européen pour la production de médicaments, alors qu'elle se trouve aujourd'hui en cinquième ou sixième position, parce que de nombreux produits sont fabriqués en dehors de notre pays ; de nombreux essais cliniques sont réalisés à l'autre bout du monde, et non plus en France. C'est à force de contraindre l'industrie pharmaceutique que nous en sommes arrivés là.

Il n'est pas certain que le taux de croissance de 0,5 % se maintienne dans les années à venir ; la croissance pourrait être négative, ce qu'elle est depuis plusieurs années. Il faut le dire et ne pas passer notre temps à taper sur l'industrie pharmaceutique française qui représente plus de 100 000 emplois ; nous pouvons être fiers d'avoir ces fleurons de l'industrie pharmaceutique mondiale sur notre sol.

La commission rejette l'amendement.

Elle adopte ensuite l'article 15 sans modification.

Après l'article 15

La commission examine les amendements identiques AS6 de M. Paul Christophe, AS59 de M. Gilles Lurton et AS626 de Mme Josiane Corneloup.

M. Paul Christophe. Pour la première fois, les entreprises de la répartition pharmaceutique ont enregistré un résultat opérationnel négatif. La branche de la répartition annonce, dans son bilan 2017, des pertes de l'ordre de 23 millions d'euros ; interrogée par mes soins lors de son audition devant notre commission, Mme la ministre a d'ailleurs reconnu que cette situation constituait un sujet de préoccupation.

Ces entreprises sont pourtant des acteurs majeurs de la chaîne du médicament puisqu'elles assurent au quotidien l'approvisionnement des pharmacies, à raison de six millions de boîtes par jour. Elles constituent par ailleurs un levier puissant de développement du générique en France.

Le développement des médicaments génériques n'est cependant pas sans conséquence pour l'économie de ce secteur. La marge moyenne sur le médicament générique est de 0,37 centime, contre 0,80 centime en moyenne pour le *princeps*. Les médicaments génériques sont donc moins rémunérateurs pour ces entreprises, alors qu'ils nécessitent le même travail de distribution. Ces entreprises doivent, en parallèle, faire face à la concurrence des laboratoires réalisant de la vente directe, qui perçoivent la même rémunération, mais n'ont pas d'obligations de service public.

Des mesures d'urgence doivent être prises afin de garantir la pérennité de ces entreprises de distribution, c'est pourquoi cet amendement propose de retirer

le segment des génériques de l'assiette de la taxe sur le chiffre d'affaires des distributeurs en gros. Cette mesure, salubre au regard de l'urgence, constituerait par ailleurs, une mise en cohérence avec le cadre fiscal existant, les génériques étant déjà exclus d'une des trois composantes de cette taxe.

Mme Josiane Corneloup. Notre amendement, lui aussi, concerne la répartition pharmaceutique, qui joue un rôle important dans le circuit du médicament. Depuis dix ans, ce secteur connaît des difficultés qui entravent les services qu'il rend aux pharmacies, et à travers lui aux patients, dans un contexte tendu de pénurie récurrente du médicament.

En effet, le modèle de rémunération des grossistes répartiteurs est assis sur le prix des médicaments, ce qui n'est plus adapté, notamment en raison de l'essor des médicaments génériques qui sont moins rémunérateurs.

À la suite de l'examen du PLFSS pour 2018, une concertation s'est ouverte avec la Direction de la sécurité sociale, qui n'a toutefois pas donné de résultats satisfaisants, et n'est pas en mesure de garantir la pérennité de la répartition. Aussi afin d'assurer la continuité du modèle de la répartition pharmaceutique cher à nous tous, cet amendement propose la suppression de l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale, relatif à la taxe sur le chiffre d'affaires des distributeurs. Cette taxe représente en effet 20 % de leur marge, ce qui est disproportionné par rapport à d'autres éléments de fiscalité applicables aux autres acteurs de la chaîne du médicament.

M. Olivier Véran, rapporteur général. La situation des grossistes répartiteurs constitue un réel sujet de préoccupation que nous avons déjà abordé lors de l'examen du précédent PLFSS. La ministre s'était alors engagée à ce qu'une concertation soit conduite avec les acteurs du secteur ; celle-ci est en cours.

Je suis moi-même extrêmement sensible à la situation des grossistes répartiteurs que j'ai rencontrés cette année et qui m'ont exposé les difficultés qu'ils rencontrent sur leurs marges, leur chiffre d'affaires et les tensions que cela peut créer dans la filière de distribution des médicaments et pour les emplois concernés.

Toutefois, la demande principale des grossistes répartiteurs porte sur un changement de modèle économique afin de détacher le mode de leur financement du prix des médicaments.

Par ailleurs, l'amendement le moins coûteux de cette série est évalué à 50 millions d'euros, ce qui aurait un impact non négligeable sur les finances sociales ; c'est pourquoi il m'est difficile, en tant que rapporteur général, d'y donner un avis favorable.

En revanche, puisque l'interrogation est légitime et si vous en étiez d'accord, je vous proposerais volontiers d'avoir ce débat avec la ministre la semaine prochaine en séance publique. Nous pourrions ainsi obtenir des

informations sur l'évolution de la concertation, et savoir s'il est nécessaire de recourir dès aujourd'hui à la loi pour aider cette filière qui est en péril, ou si nous laissons toute la place au dialogue conventionnel engagé entre elle et l'État.

M. Paul Christophe. Je suis sensible aux propos du rapporteur, et j'ai bien conscience du poids que représentent 50 millions d'euros, mais si rien n'est fait, demain les livraisons aux pharmacies diminueront, et le maillage territorial auquel nous sommes attachés sera dégradé. La ministre, lorsque je l'avais interrogée, avait indiqué qu'elle était elle-même consciente de l'importance de ce maillage, qui risque d'être mis à mal si nous échouons à pérenniser cette activité de répartiteur.

J'apprécie que nous puissions introduire le débat dans l'hémicycle, et ose espérer que nous trouverons une solution en adéquation avec les attentes des uns et des autres.

Mme Josiane Corneloup. Je suis en mesure de vous dire que les négociations lancées à l'initiative de la ministre ne semblent pas donner toute satisfaction. Cette situation risque par ailleurs de durer, car nous avons contracté un retard certain dans le domaine de la vente de médicaments génériques ; or le souhait de la ministre est de voir ces ventes croître de façon sensible, ce qui ne fera qu'aggraver la situation des grossistes répartiteurs.

Je considère donc qu'il est urgent d'agir ; c'est pourquoi je maintiens mon amendement.

M. Francis Vercamer. Les grossistes répartiteurs sont un maillon extrêmement important de la chaîne de distribution du médicament. Je n'ignore pas que la Cour des comptes a estimé que le coût de cette distribution était élevé, mais il ne me semble pas si considérable au regard du service rendu à la population.

J'ai entendu le rapporteur général reconnaître qu'il y avait un vrai problème, c'est pourquoi je propose que nous fassions preuve d'audace en adoptant cet amendement afin de mettre la pression sur la ministre ; ce qui lui permettrait de présenter un amendement éventuellement susceptible de le faire tomber en séance publique. « *De l'audace, encore de l'audace, toujours de l'audace* », monsieur le rapporteur !

La commission rejette les amendements.

Puis elle se saisit des amendements identiques AS58 de M. Gilles Lurton et AS625 de Mme Josiane Corneloup.

M. Gilles Lurton. Je vous confirme, monsieur le rapporteur général, que, d'après ce que nous savons, les négociations entreprises avec Mme la ministre à la suite de l'examen du PLFSS pour 2018 sont très décevantes pour les grossistes répartiteurs et peu susceptibles de leur apporter espoir pour l'avenir.

C'est avec justesse que M. Vercamer a souligné l'importance des grossistes répartiteurs qui contribuent à la distribution du médicament dans les pharmacies. Lorsque vous vous présentez à la pharmacie pour avoir un médicament dont l'officine ne dispose pas, vous pouvez l'obtenir dans la demi-journée grâce au travail des grossistes répartiteurs.

Ces professionnels sont rémunérés par un pourcentage du prix de la livraison du médicament ; or le prix médicament générique est beaucoup moins élevé que celui d'un médicament *princeps*, alors que le service rendu par le grossiste répartiteur est exactement le même. La multiplication des génériques, que nous ne pouvons que souhaiter et que nous soutenons, risque d'aggraver encore plus la situation.

C'est pourquoi cet amendement propose de supprimer l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale, qui instaure la taxe sur le chiffre d'affaires des distributeurs en gros, et de pérenniser ainsi l'activité des grossistes répartiteurs ; ce qui nous paraît très important pour la distribution de médicaments dans notre pays.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Vous dites que les négociations ne donnent pas satisfaction. Mais vos amendements excèdent la demande de base des grossistes répartiteurs, car leur adoption se traduirait par une perte de 200 millions d'euros pour la sécurité sociale et par un gain équivalent pour la filière des grossistes répartiteurs, qu'il convient de rapporter aux 23 millions que nous avons évoqués.

Cela constitue une raison supplémentaire pour que nous prenions l'attache de la ministre dans le cadre du débat parlementaire, afin de rester dans des proportions et des bases de discussion qui soient au moins aussi réalistes que celles demandées par les acteurs eux-mêmes.

C'est pourquoi je demande le retrait de ces amendements, à défaut mon avis sera défavorable.

La commission rejette les amendements.

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements identiques AS60 de M. Gilles Lurton et AS627 de Mme Josiane Corneloup, ainsi que l'amendement AS7 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Mon amendement vise à garantir l'égal accès de tous au médicament, eu égard aux difficultés rencontrées par les entreprises de la répartition pharmaceutique. Leur activité est soumise à une taxe prélevée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) au titre de la vente en gros de médicaments.

L'assiette de contribution est composée de trois parts, dont la première correspond à un taux de 1,75 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile. Cette taxe rapporte 200 millions d'euros, ce

qui représente environ 20 % de la marge réglementée des entreprises de la répartition. Il s'agit d'un rendement particulièrement important, presque inégalé dans son ampleur en comparaison avec les autres acteurs de la chaîne du médicament.

Dans l'attente d'une refonte du mode de rémunération des entreprises de la répartition du médicament, mon amendement propose de réduire le taux de cette contribution à 1,25 % du chiffre d'affaires contre 1,75 % afin de rendre l'effort demandé plus supportable.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission **rejette** successivement les amendements.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle **rejette** également l'amendement AS304 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.*

*Puis elle **adopte** l'article 15 sans modification.*

Article 16

Mesures en faveur des travailleurs indépendants (1/2) : Clarification des modalités de calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants

*La commission **adopte** l'article 16 sans modification.*

Article 17

Modulation des sanctions applicables en cas de travail dissimulé

La commission examine les amendements identiques AS129 de M. Pierre Dharréville et AS543 de M. Joël Aviragnet.

M. Pierre Dharréville. L'article 17, qui allège les sanctions en cas de travail dissimulé, est révélateur de la volonté d'une politique de dérégulation en faveur des employeurs, alors que la Cour des comptes a récemment pointé les défaillances des politiques publiques en matière de lutte contre le travail illégal et dissimulé. Il convient au contraire de combattre plus fortement la fraude patronale aux cotisations sociales qui représente près de 25 milliards d'euros de manque à gagner pour les caisses de sécurité sociale.

C'est pourquoi nous demandons la suppression de cet article, faute de quoi nous serons défavorables à son adoption.

M. Boris Vallaud. Je suis stupéfait par cet article, qui porte en lui tous les risques de banalisation du travail dissimulé. Pouvoir moduler les annulations de cotisations de sécurité sociale en fonction de l'infraction et de ne plus traiter de la même manière les employeurs en fonction de la taille de l'entreprise ou de la gravité des infractions constatées constitue une incitation à recourir au travail illégal.

C'est pourquoi nous demandons la suppression de cet article.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Avis défavorable.

Le dispositif retenu consiste à rendre les sanctions encourues plus adaptées à la gravité et à l'importance financière du manquement commis.

Cela est préférable pour le cotisant, parce qu'il est moins injuste de frapper différemment des manquements différents, mais aussi pour les agents de contrôle, qui sont parfois placés dans des situations impossibles consistant soit à prononcer des sanctions disproportionnées pour des manquements mineurs, soit à renoncer à appliquer la loi pour éviter de mettre une entreprise en faillite pour quelques heures supplémentaires mal déclarées. C'est également préférable pour les deniers publics, car des sanctions modulées seront davantage prononcées et mieux recouvrées.

Dans les cas d'infraction qui ne sont pas mineurs ou en cas de réitération en revanche, les annulations totales des allègements sont maintenues et les majorations de redressement seront plus élevées ; ce qui va dans le sens de ce que vous prônez.

Je vous rappelle par ailleurs qu'en 2016, au sujet de la protection sociale complémentaire, le Gouvernement et la majorité de l'époque ont privilégié la modulation du dispositif à la place de l'annulation complète des allègements.

M. Boris Vallaud. Je crois que l'on a toujours intérêt à apprendre de ses erreurs. La réitération sera certes sévèrement sanctionnée, mais la première malversation fera l'objet d'une forme de complaisance.

La commission rejette les amendements.

Elle se saisit ensuite de l'amendement AS416 de M. Jean-Hugues Ratenon.

Mme Caroline Fiat. Depuis le début de la législature, le groupe La France Insoumise s'attache à montrer qu'en matière de lutte contre la fraude le volontarisme affiché du Gouvernement devrait se concentrer sur la fraude aux cotisations sociales patronales.

En la matière, le Gouvernement a fait le choix de se concentrer sur la fraude aux allocations de chômage alors même que selon Pôle Emploi, seuls 0,4 % des demandeurs d'emploi fraudent, c'est-à-dire que 99,6 % respectent parfaitement les règles. Toujours selon Pôle Emploi, la fraude à l'assurance chômage ne représente que 60 millions d'euros par an et son taux de recouvrement atteint 90 %. En triplant les effectifs dédiés au contrôle, vous transformez les missions des conseillers de Pôle Emploi, qui ne feront dorénavant qu'assurer une mission de police de l'indemnisation.

Des marges de manœuvre beaucoup plus importantes existent pourtant. La fraude patronale aux cotisations sociales dépasse chaque année 20 milliards d'euros et peut atteindre jusqu'à 25 milliards d'euros selon les estimations.

Or le taux de recouvrement est ridiculement faible : 1,5 %. Un effort accru de contrôle et de sanctions des patrons délinquants qui fraudent délibérément permettrait de combler le « trou de la sécu » intégralement en une seule année. La lutte contre la fraude sociale patronale permettrait même de dégager une marge de 6 milliards d'euros par an ; je rappelle que, pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ce sont 8 milliards d'euros qui manquent.

En février dernier, la Cour des comptes pointait le laxisme des pouvoirs publics envers la fraude aux cotisations patronales. La nature et le montant des sanctions actuelles ne permettent pas de lutter efficacement contre cette fraude. Les auteurs de cet amendement proposent donc d'augmenter les sanctions des patrons délinquants afin de les rendre réellement dissuasives.

M. Olivier Véran, rapporteur général. J'ai déjà précisé que le Gouvernement propose, en cas de récidive, de porter les majorations de redressement à l'encontre des entreprises de 25 % à 45 % et de 40 % à 60 % selon les situations. Vous proposez 90 % et 120 % ; dès lors, le principe de proportion entre l'acte et la sanction ne serait plus respecté, ce qui signifie que le Conseil constitutionnel ne manquerait pas de se prononcer contre le dispositif dans son ensemble. Ainsi n'y aurait-il plus de moyen de réprimer les entreprises qui se livreraient à des fraudes.

Dans la mesure où tel n'est pas votre objectif, je vous propose de retirer votre amendement ; à défaut, mon avis sera défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 17 sans modification.

Après l'article 17

La commission est saisie de l'amendement AS119 de M. Pierre Dharréville.

M. Alain Bruneel. Nous souhaitons que le Gouvernement remette au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la publication de la loi, un rapport sur la fraude patronale aux cotisations sociales et sur les moyens permettant d'y mettre fin. Cette fraude représenterait 25 milliards d'euros d'après la Cour des comptes, et la somme récupérée à la suite des interventions des agents de contrôle des URSSAF s'élève à 1,5 milliard d'euros d'après le rapport d'activité 2016 de l'ACOSS, dont 555 millions d'euros sont recouverts au titre du travail dissimulé. Alors que ce projet de loi vise à alléger les sanctions en cas de

travail dissimulé, la lutte contre ce type de fraude revêt une importance majeure pour assurer le financement pérenne de la sécurité sociale. Le rapport que nous demandons permettra de disposer d'une évaluation gouvernementale récente du montant de la fraude patronale aux cotisations sociales et de formuler des recommandations pour mieux lutter contre ce phénomène.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Nous n'avons pas besoin qu'un rapport supplémentaire soit remis au Parlement. Un rapport de l'ACOSS retrace chaque année les reprises sur fraude, ce qui permet au demeurant de constater que les sanctions se sont renforcées : 540 millions d'euros de redressement et 330 millions d'euros de pénalités ont été prononcés en 2017. Vous savez aussi que l'on peut exercer un droit de communication de documents auprès de tiers, que l'argent peut être saisi sur le compte en banque et que le *data mining* se développe grâce à la déclaration sociale nominative. Les rapports de l'ACOSS permettent de savoir 87 % des actions menées conduisent désormais à des redressements, lesquels ont augmenté de 70 % en cinq ans. Ce sont de vraies mines d'informations qui sont retracées grâce au travail quotidien des agents des URSSAF. Un nouveau rapport ne me semble donc pas indispensable. Je vous propose de retirer l'amendement, à défaut de quoi j'émettrai un avis défavorable.

M. Alain Bruneel. Il existe en effet des rapports de la Cour des comptes et de l'ACOSS, mais le problème est que l'on ne met pas les moyens nécessaires pour agir. Alors que 1 000 agents risquent d'être embauchés, sur trois ans, par Pôle Emploi pour aller pister ceux qui refusent du travail ou n'en cherchent pas, je propose que 1 000 personnes soient recrutées par les URSSAF pour aller recouvrer directement dans les entreprises les 25 milliards d'euros qui manquent. Il n'y aurait pas besoin de dégager des recettes supplémentaires puisque ces agents s'autofinanceraient !

La commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette également l'amendement AS417 de M. Adrien Quatennens.

Article 18

Mesure d'efficience de la gestion financière des organismes de sécurité sociale

La commission adopte l'article 18 sans modification.

Titre II **Conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale**

Article 19

Transfert de recettes entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale

La commission examine les amendements identiques AS414 de M. Jean-Hugues Ratenon et AS544 de M. Joël Aviragnet.

Mme Caroline Fiat. Des soignants nous interpellent partout en France : il y a des grèves à l'hôpital de Verneuil, au centre hospitalier universitaire (CHU) de Montpellier, à l'hôpital de Saint-Brieuc, où 116 médecins ont démissionné des commissions médicales, au CHU de Rouen, à la polyclinique de Nîmes, à l'hôpital du Puy-en-Velay ou encore à l'hôpital Pinel d'Amiens. Ce sont les mêmes problèmes à chaque fois : externalisations de services, suppressions de postes et de lits, coupes budgétaires... Alors que les comptes de la sécurité sociale sont repassés au vert et qu'on était en droit d'attendre la fin de la logique austéritaire qui prédomine depuis des années, le Gouvernement semble décidé à continuer la saignée en faisant peser sur la sécurité sociale le poids des prochaines exonérations.

La loi Veil de 1994 obligeait l'État à compenser intégralement toute nouvelle exonération de cotisations sociales. Or, dans ce PLFSS, la désocialisation des heures supplémentaires et la suppression du forfait social ne seraient plus compensées par l'État, alors que ces deux réformes n'ont jamais fait leurs preuves en matière d'emploi. Seul le patronat en sortira gagnant car il pourra recourir davantage aux heures supplémentaires et compter sur le mode de rémunération alternatif qu'est l'épargne salariale pour réduire ses propres cotisations. Afin d'avantager le patronat, ce sont les soignants, les malades, les personnes handicapées, les personnes âgées et les pauvres qui vont trinquer. Gel de crédits pour les établissements sanitaires et sociaux, baisse des taux de remboursement, augmentation du forfait hospitalier : pour vous, toutes les mesures sont bonnes à appliquer !

Du côté de la sécurité sociale, la fin du forfait social représente une perte de 440 millions d'euros, montant qui pourrait augmenter à l'avenir, et la non-compensation des exonérations représentera un coût de 1,5 milliard d'euros en 2019. Ce à quoi nous assistons avec la fin de la compensation des exonérations est une mise en œuvre de la « politique des caisses vides » : le Gouvernement crée volontairement un déficit en coupant dans les recettes de la sécurité sociale afin de pouvoir ensuite justifier auprès de la population des politiques d'austérité. Au nom de la bonne gestion, nous assistons tout bonnement à la destruction de la sécurité sociale. Notre amendement de suppression de l'article 19 vous offre, mes chers collègues, la possibilité de vous opposer à cette logique.

M. Joël Aviragnet. Cet article du projet de loi vise, en effet, à assurer un transfert de recettes entre la sécurité sociale et l'État et entre les régimes de sécurité sociale. Vous organisez ainsi le siphonnage des ressources, notamment celles des branches « famille » et « maladie » pour financer des réductions de cotisations et la baisse du coût du travail. C'est quand même extraordinaire : tout le monde connaît la situation des établissements sanitaires et médico-sociaux ainsi que celle des services hospitaliers, qui sont en flux tendu. Ils souffrent d'un réel manque de moyens humains et d'une non-réalisation des investissements nécessaires. Hier encore, je me trouvais dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui accueille 82 personnes, dont 14 en service protégé – certaines d'entre elles déambulent la nuit, car elles sont atteintes d'Alzheimer ou d'autres formes de sénilité. Or il n'y a que deux agents la nuit : une agente des services hospitaliers (ASH), qui relève donc des services généraux, et une aide-soignante. Voilà où on en est ! Ce n'est pas une organisation qui permet de répondre aux besoins : il faut des moyens supplémentaires. Maintenant que la branche dégage des excédents, l'État les siphonne, et les personnels concernés vont apprécier ! De plus, éviter les excédents, c'est se donner les moyens de poursuivre une politique de pression sur les revenus et les ressources des retraités, des familles en difficulté et des hôpitaux publics. C'est pourquoi le groupe socialiste demande la suppression de l'article 19.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je vais commencer par une réponse de forme qui a son importance : si nous votions ces amendements de suppression, il y aurait pour le coup une forme de siphonnage de la sécurité sociale. En effet, l'article 19 prévoit notamment l'affectation entre organismes de sécurité sociale de la fraction de TVA transférée par l'État, en projet de loi de finances, à hauteur d'une quarantaine de milliards d'euros.. Vous porteriez vraiment un mauvais coup à la sécurité sociale, ce que vous ne voulez évidemment pas – ce n'est le souhait de personne ici.

Cet amendement est aussi l'occasion de lancer le débat sur la question des non-compensations. La sécurité sociale n'est pas encore bénéficiaire : on est en train de résorber le fameux « trou » annuel, mais on n'est pas encore en situation excédentaire. Cela fait partie des prévisions, mais on n'en est pas là aujourd'hui. Il y aura une mise à contribution des branches, au nom de la solidarité au sein de la protection sociale : certaines branches sont bénéficiaires alors que d'autres sont déficitaires. C'est le premier volet d'un débat qui peut avoir lieu – cela ne me pose pas de problème. Deuxième aspect, celui de la dette sociale : lorsque la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) aura repris 15 milliards de déficits de trésorerie actuellement portés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), l'Agence continuera néanmoins de porter plus de 10 milliards, qu'il faudra bien apurer un jour. Que la protection sociale soit amenée à payer ses dettes de manière à pérenniser notre modèle, à le conforter et à le transmettre aux générations futures ne semble pas antinomique avec la philosophie qui a prévalu lors de la fondation de la sécurité sociale.

La question qui se posera ensuite – en tout cas pas dans ce texte – est de savoir si des excédents de la sécurité sociale doivent être transférés à l'État. Si vous étiez présents la semaine dernière lors de l'audition des ministres, vous avez vu que j'ai moi-même interpellé celui des comptes publics en lui disant qu'il serait peut-être intéressant, voire justifié, de faire en sorte que l'argent transféré à l'État au titre de la participation de la sécurité sociale à l'effort de la nation pour résorber la dette publique puisse servir à des dépenses en lien avec le social ou la santé, sans forcément relever de la protection sociale. Si l'on investit un milliard d'euros pour améliorer la transition énergétique, l'impact sanitaire est réel, et si l'on investit un même montant dans la qualité de vie au travail, l'impact sur la santé et social sera également important – ce n'est pas vous qui me direz le contraire. C'est un débat que l'on pourra avoir, et vous savez que nous avons commencé à le faire, sans cacher du tout les désaccords qui peuvent exister sur ce sujet précis.

En l'état, voter cet amendement reviendrait vraiment à porter un coup au financement de la sécurité sociale l'année prochaine. J'émet donc un avis défavorable.

M. Boris Vallaud. Le rapporteur général est habile, mais il y a une forme de sophisme dans sa démonstration. Cet article 19 est globalement incompréhensible. Il est extrêmement confus et compliqué : il faut vraiment s'y coller pour le comprendre. Il y a le transfert que vous évoquez, mais la réalité est qu'il y a aussi d'autres dispositions qui organisent un siphonnage de ressources de la sécurité sociale pour mettre les branches « maladie » et « famille » à zéro à partir de 2020 : c'est la réalité de cet article. Vous pouvez tourner les choses dans tous les sens mais, entre les non-compensations et les excédents siphonnés, vous organisez une mise à zéro pour continuer à demander des efforts. Les gains liés aux efforts déjà consentis par les assurés sociaux ne reviendront pas à ces derniers, et vous allez continuer dans le même sens, avec la pression sur l'hôpital et la sous-indexation des allocations familiales. Vous nous parlez de la dette, par ailleurs, mais si l'on regarde précisément ce qu'il en est à l'ACOSS, on voit que la dette à court terme ne coûte rien puisque l'on emprunte à des taux d'intérêt négatifs : cela a même rapporté 90 millions d'euros à l'ACOSS l'année dernière. Il y a une décroissance naturelle de la dette, de sorte que rien ne justifie de l'apurer maintenant : même si l'on ne peut pas compter sur des taux d'intérêt négatifs éternellement, il n'est pas économiquement justifié de le faire au moment où nous parlons, sinon pour siphonner afin de pouvoir demander des efforts supplémentaires.

La commission rejette les amendements.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS623 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Nous avons déposé un amendement qui nous offre une seconde chance de revenir sur les mauvaises dispositions qui sont contenues dans l'article 19. L'article 34 de la Constitution prévoit que « les lois de finances déterminent les ressources et les charges de l'État » et que « les lois de

financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses ». On nous parle beaucoup de maîtrise des dépenses : pour nous, il s'agirait plutôt de maîtriser les recettes afin de garantir un niveau de ressources suffisant pour la sécurité sociale.

Le deuxième alinéa de l'article 19 du projet de loi vise à faire supporter par le budget de la sécurité sociale le coût de la réduction des cotisations sociales qui a été décidée par l'État pour les heures supplémentaires. Nous demandons la suppression de cette disposition qui asséchera les finances de la sécurité sociale alors qu'elle doit faire face à des besoins immenses dans toute la diversité de ses branches. Nous considérons que ces ressources sont nécessaires et qu'il faut donc les conserver, comme nous le pensions tout à l'heure à propos du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE).

M. Olivier Véran, rapporteur général. Pour les mêmes raisons que précédemment, mon avis est défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 19 sans modification.

Après l'article 19

La commission examine l'amendement ASI25 de M. Pierre Dharréville.

M. Alain Bruneel. Cet amendement vise à limiter la création de nouvelles exonérations de cotisations sociales en prévoyant que la création de toute nouvelle mesure dans ce domaine devra s'accompagner de la suppression d'un dispositif existant pour un montant équivalent. Hors intégration du CICE, les différents allègements de cotisations sociales s'élèvent déjà à 46 milliards d'euros en 2018. Outre leur coût exorbitant pour les finances publiques, ces dispositifs ne permettent pas d'élever le niveau de qualification des travailleurs de notre pays car on les maintient à un bas niveau de rémunération.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Cela rejoint un peu le débat que nous venons d'avoir : vous souhaitez que toute nouvelle exonération soit compensée par la suppression d'un dispositif existant. Je comprends l'intention, qui est assez vertueuse du point de vue des finances publiques, mais elle n'est pas vraiment réaliste : une exonération répond à un objectif de politique publique à un instant T, sans que les objectifs poursuivis par d'autres exonérations deviennent *ipso facto* obsolètes. Tous les vases ne sont pas communicants. Par conséquent, je donnerai un avis défavorable à l'amendement s'il est maintenu.

M. Pierre Dharréville. Je suis troublé car je m'attendais à un autre type d'argument. Les exonérations sont pratiquées à grande échelle dans ce PLFSS et les non-compensations commencent aussi à être très importantes. Le débat porte

non seulement sur les exonérations et leur niveau, mais aussi sur la règle de la compensation. L'amendement AS125 vise à rendre son application obligatoire : toute nouvelle mesure devra être compensée. Vu l'état de notre système de santé et les missions qui sont confiées à la sécurité sociale, il serait plutôt positif que l'on ne porte pas atteinte à sa capacité de répondre aux besoins lorsque des décisions prises par l'État ont un impact sur elle.

La commission rejette l'amendement.

Article 20

Reprise par la CADES des déficits portés en trésorerie par l'ACOSS

La commission adopte l'article 20 sans modification.

Article 21

Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe 5

La commission adopte l'article 21 et l'annexe 5 sans modification.

Articles 22 et 23

Approbation des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du FSV pour 2019

La commission adopte successivement les articles 22 et 23 ainsi que l'annexe C, sans modification.

Article 24

Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes affectées au FRR ou mises en réserve par le FSV

La commission adopte l'article 24 sans modification.

Article 25

Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt

La commission adopte l'article 25 sans modification.

Article 26

Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)

La commission examine l'amendement AS557 de M. Joël Aviragnet.

Mme Gisèle Biémouret. Nous demandons la suppression de l'article 26, qui fixe la trajectoire des régimes obligatoires de base pour les années 2019-2022 en prévoyant notamment une participation de la sécurité sociale à la prise en charge du renforcement des allègements généraux, comme le préconisait le rapport « Charpy-Dubertret » sur les relations financières entre l'État et la sécurité sociale : il s'agit de transférer les excédents de la sécurité sociale vers les caisses de l'État. Le groupe socialiste s'oppose à cette confiscation : nous sommes au contraire favorables à l'autonomie financière de la sécurité sociale.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Nous revenons sur le débat relatif au sort des excédents, dans le cadre de la non-compensation avec, demain, un transfert vers l'État d'une partie d'entre eux. Je rappelle que 50 % de ces transferts serviront au remboursement de la dette sociale. Nous empruntons peut-être en bénéficiant de taux négatifs aujourd'hui, mais vous savez bien qu'il existe un va-et-vient dans ce domaine – je réponds ainsi à ce qu'a dit M. Vallaud tout à l'heure. Plus vite on rembourse une dette, mieux on se porte. Avant de considérer combien d'argent il reste sur son compte en banque à la fin du mois, il faut peut-être regarder quel est l'endettement et combien il coûte chaque mois. Par ailleurs, 50 % des excédents iront à l'État, et j'ai dit tout à l'heure ce que j'en pense à titre personnel. Une partie des dépenses devrait à mon sens servir de façon indirecte à la santé et au social, à travers des engagements peut-être plus prononcés en matière d'environnement, de qualité de vie au travail ou encore de transports collectifs. Ce sont des débats que nous aurons dans les années à venir. J'ajoute que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est plus élevé que ce qui était prévu à l'origine, puisqu'il s'élève à 2,5 % – alors que l'on envisageait primitivement un taux de 2,3 %. Il y a aussi le débat sur la dépendance et la perte d'autonomie : on en parle depuis quinze ans sans prendre vraiment les décisions qui s'imposent. Nous allons mettre, dès cette année, ce sujet sur des rails solides, qui vont engager l'État à des dépenses sociales très importantes. Pour toutes ces raisons, je donne un avis défavorable à l'amendement.

M. Pierre Dharréville. Sans vouloir engager un débat philosophique trop approfondi, je trouve qu'une affirmation du rapporteur général est discutable : plus vite on rembourserait une dette, mieux on se porterait...

M. Olivier Véran, rapporteur général. Plus vite, on commence à rembourser, mieux on se porte !

M. Pierre Dharréville. Cela dépend à quel prix, notamment pour les missions que l'on est chargé d'exercer.

M. Boris Vallaud. Je voudrais donner une illustration concrète de ce qui vient d'être dit. Compte tenu des taux d'intérêt négatifs, la dette de l'ACOSS est naturellement décroissante : elle a diminué de 3 milliards d'euros en 2018 et l'ACOSS va gagner 90 millions d'euros selon la Commission des comptes de la sécurité sociale.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Les taux vont et viennent. Ils sont négatifs en ce moment, ce qui est bien, mais il faudrait peut-être avoir commencé à imaginer de rembourser la dette s'ils remontent. Je ne dis pas qu'il faut la rembourser au plus vite, mais qu'il faut commencer à le faire. Personne ne l'a fait pour l'instant. Cela fait des années que l'on regarde cette dette de plusieurs dizaines de milliards d'euros en se disant que son remboursement aura lieu plus tard. Or quand on est en mesure de commencer à envisager de payer sa dette, c'est peut-être le bon moment de le faire.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 26 et l'annexe B sans modification.

Elle adopte ensuite la troisième partie du projet de loi.

Quatrième partie : **Dispositions relatives aux dépenses et à l'équilibre de la sécurité sociale pour l'exercice 2019**

Titre I^{er} – Transformer le système de soins

Avant l'article 27

La commission examine l'amendement AS120 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Nous allons entrer dans une phase un peu plus austère du débat, puisque nous allons regarder comment on dépense l'argent dont on vient de décider de se passer...

L'article 79 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a créé des sanctions financières pour les établissements de santé ne respectant pas les objectifs prévus dans le cadre des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES). Nous contestons la logique de compression des coûts qui prédomine aujourd'hui dans la gestion du service public hospitalier. Par cohérence avec notre demande de suppression de l'article 27 de ce projet de loi, nous souhaitons l'abrogation de la disposition que je viens de citer.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Les CAQES comportent avant tout des objectifs en termes de prescription de médicaments génériques et biosimilaires, et de bon usage des médicaments, en particulier des antibiotiques. Ce n'est donc pas un encouragement à faire moins pour gagner plus : cela relève plutôt des bonnes pratiques médicales. On a par ailleurs ajouté l'année dernière un dispositif d'intéressement. À titre personnel, je suis plutôt favorable à ce que l'on incite les établissements à aller vers plus de qualité et de pertinence des soins, notamment sous l'angle du bon usage des médicaments, notamment les antibiotiques. Je suis donc défavorable à l'amendement.

M. Pierre Dharréville. Ce qui nous semble critiquable est la logique de sanctions dans la situation actuelle des hôpitaux publics : c'est catastrophique car cela ne fait qu'ajouter des problèmes supplémentaires au lieu d'aider à relever les défis, dont l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins fait partie.

La commission rejette l'amendement.

Article 27

Extension du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé

La commission est saisie des amendements identiques AS124 de M. Pierre Dharréville et AS545 de M. Joël Aviragnet.

M. Alain Bruneel. L'article 27 étend le champ d'application du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé qui a été adopté dans le cadre de la dernière loi de financement de la sécurité sociale afin d'attribuer un intéressement aux établissements de santé en proportion des économies réalisées. Au sein de la sphère hospitalière, le projet de loi va appliquer ce système au secteur psychiatrique et l'expérience du patient devra désormais être prise en compte. Je rappelle que nous avons eu un débat très vif et très houleux sur ce sujet l'année dernière.

Alors que les établissements de santé connaissent déjà de graves difficultés financières, l'article 27 va prolonger un système d'économies permanentes qui aura pour conséquence une aggravation des conditions de travail des personnels soignants et de la situation des patients. Par ailleurs, il instaure des « démarches qualité » à la charge des patients qui nous semblent dangereuses. L'amendement AS124 vise à donc à supprimer cet article.

M. Joël Aviragnet. Le système actuel de financement à la qualité reste très complexe. Il fixe une liste d'indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que les conditions de mise à disposition du public de certains résultats. Le principe d'une pénalité existe déjà dans les dispositions en vigueur, mais seulement en cas de refus de l'établissement de signer un CAQES. L'évolution qui nous est proposée vise à renforcer les enjeux : la pénalité pourra aller jusqu'à 0,5 % des recettes provenant de l'assurance maladie, ce qui est considérable. Ce n'est pas le bon moyen d'accompagner un établissement qui peine à s'améliorer : il aurait été plus simple, mais sans doute moins visible, d'augmenter la prime versée aux bons, au lieu de prévoir une punition pour les mauvais. Je le redis, ce ne sera pas le meilleur moyen d'inciter à l'amélioration des pratiques. Le groupe socialiste s'oppose à l'imposition d'une double peine aux établissements en difficulté. C'est pourquoi nous avons déposé l'amendement AS545 qui vise à supprimer à l'article 27.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je comprends cette interrogation. Il y a jusqu'ici un financement à la qualité qui n'est qu'incitatif : il s'agit de donner une prime aux établissements faisant de la qualité. Nous allons multiplier

par cinq la dotation prévue pour l'incitation financière à la qualité (IFAQ), qui passera de 60 à 300 millions d'euros, ce qui est indiscutablement positif – je ne crois pas que vous remettiez en cause une telle évolution. Ce que vous contestez est le malus pour les établissements faisant de la non-qualité. C'est une vraie question : on peut se demander si cela s'explique par de véritables problèmes procéduraux et si l'on peut améliorer la situation au prix d'un peu d'efforts, ou s'il s'agit plutôt d'un hôpital qui tente de survivre tant bien que mal, dans des conditions difficiles – avec des difficultés de recrutement, des médecins intérimaires et du personnel saturé, tout cela dans un territoire reculé. Cela correspond à deux situations différentes.

Si j'ai bien compris, vous dites que si l'on enlève des crédits, au titre de la non-qualité, à un établissement qui est déjà en galère, on va lui mettre complètement la tête sous l'eau. Je ne crois pas du tout qu'il y ait une volonté politique de fermer certains établissements en s'appuyant sur des critères de non-qualité afin de les mettre en banqueroute, alors qu'ils pourraient être fermés de bien d'autres manières... Par ailleurs, il n'y aura pas de sanction automatique : l'agence régionale de santé (ARS) pourra décider de ne pas pénaliser un établissement à ce titre. Ce n'est pas un dispositif aveugle, et je n'imagine pas une seconde qu'une ARS ayant décidé d'accorder une autorisation d'activité à un établissement de santé lui dise ensuite qu'il doit fermer pour des raisons financières. Le coup de la forteresse Alésia que l'on assèche financièrement a été tenté, en effet, mais on y a renoncé depuis un moment.

Il y aura tout simplement un outil permettant d'imposer une pénalité financière, après concertation avec l'ARS, à des établissements faisant vraiment de la non-qualité dans certains domaines – je défendrai ainsi tout à l'heure un amendement relatif aux plateaux techniques de chirurgie oncologique – et qui n'ont pas amélioré la situation. Vous voyez quelle est la logique, en réalité : cette mesure ne fait que s'ajouter aux dispositions existantes. J'ajoute que nous examinerons tout à l'heure des amendements qui permettront d'accompagner les établissements en difficulté sur le plan de la non-qualité : nous pourrons peut-être trouver une formulation susceptible de rassurer les uns et les autres.

M. Alain Bruneel. Vous avez bien décrit la situation, c'est-à-dire le malaise et la souffrance qui existent dans les établissements de santé. C'est la réalité. Vous dites qu'il n'y a pas de volonté politique de fermer des établissements, mais c'est ce qui se passe dans notre pays. On voit qu'il y a notamment des fermetures de maternités, des médecins qui démissionnent et des mouvements de protestation. Par ailleurs, vous connaissez très bien le problème de la psychiatrie : c'est le parent pauvre de la santé. Il y a eu des mobilisations – je pense au centre hospitalier du Rouvray et aux « haut-perchés » du Havre qui demandent plus de moyens. Ce qui se produit dans ces établissements est grave : des adolescents fréquentent les mêmes réfectoires que les adultes et on va jusqu'à les installer dans les mêmes locaux qu'eux. On manque vraiment de moyens. Voilà la réalité, et je ne pense pas que l'ARS puisse être juge et partie.

M. Boris Vallaud. Les raisons de notre trouble et, en définitive, de notre désaccord ont été explicitées. Nous ne mettons pas en cause le fait que la qualité des soins soit une question essentielle, mais nous considérons qu'il faut être capable de la mesurer pour la promouvoir. Or on a pris un retard considérable dans ce domaine en France : on ne dispose de presque aucun indicateur de résultat. Il y a essentiellement des indicateurs, très partiels, de processus, comme cela a été dit tout à l'heure. Au lieu d'envisager une supposée qualité à partir de critères qui nous paraissent inadaptés, il serait plus pertinent d'investir dans la définition d'indicateurs de qualité. Telle devrait être la priorité, mais ce n'est malheureusement pas le cas : rien ne garantit dans ce projet de loi qu'un tel effort sera accompli. Toutes les études internationales montrent qu'il est important de mesurer la qualité et de rendre les résultats publics, mais que le paiement à la qualité n'a jamais fait la preuve de son efficacité. Je recommande la lecture du rapport « *Charges et produits* » de la Caisse nationale de l'assurance maladie des (CNAM), même s'il est un peu ardu. J'ai peur que votre proposition, séduisante en apparence, ne soit en réalité inopérante : on risque de se payer de mots.

Mme Annie Vidal. Le propre du travail sur les CAQES est de créer les conditions d'un contrat sur des objectifs « qualité », avec des indicateurs définis consensuellement par les établissements et les instances de tutelle. Cette mesure a un objectif extrêmement vertueux, qui est de définir une trajectoire « qualité ». Les indicateurs suivis sont construits sur la base d'une trame commune, mais ils sont adaptés à chaque établissement. Je ne fais donc pas tout à fait la même analyse de ce dispositif que vous – et il m'est arrivé de suivre un certain nombre de CAQES... Il est plutôt dynamique de tracer une trajectoire « qualité » de manière collective et consensuelle.

M. Boris Vallaud. Il y a des indicateurs de processus dans le dialogue de gestion entre les établissements et leur tutelle, mais je vous mets vraiment au défi de montrer que la France est en avance pour les indicateurs de qualité définis sur la base de normes internationales.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Vous avez parfaitement raison : nous sommes complètement à la traîne en ce qui concerne les indicateurs de qualité. Je l'ai écrit dans un rapport sur les modalités de financement de l'hôpital et je ne vais pas me déjuger. Nous sommes bons en matière de « process », très mauvais pour les résultats et extrêmement mauvais en ce qui concerne la transparence. Il faut regarder ce qui se passe dans les démocraties du Nord de l'Europe : quand on lit les rapports de l'*International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM), on voit que l'on peut faire mieux – on ne peut pas faire pire en réalité, même si l'on progresse – et que le paiement à la qualité n'est pas inefficace si l'on prend en compte toutes les données. L'expérience de l'Europe du Nord est intéressante.

Nous n'avons pas beaucoup d'indicateurs aujourd'hui, mais il en existe quand même quelques-uns, comme celui relatif aux complications thromboemboliques. Pardon de vous poser la question, mais considérez-vous qu'il

est plus acceptable, si je puis dire, quand on va dans un établissement de santé de repartir avec un risque d'avoir une phlébite, voire une embolie pulmonaire, qui est multiplié par deux ou trois parce que l'hôpital rend quand même un service, dans un territoire donné, par rapport à un autre qui est implanté dans le centre d'une grande ville, sachant en outre que le patient n'est pas informé ? Je considère que non. Le dispositif de malus qui est envisagé est fondé sur ce type d'indicateurs. Si le sur-risque de complications thromboemboliques est bien trop important par rapport aux établissements similaires, on va demander une amélioration. S'il n'y en a pas eu au bout de trois ans, sur la base d'indicateurs factuels, extrêmement précis et qui parlent aux patients, on va envisager une sanction qui ne sera pas automatique : on demandera au directeur de l'ARS si l'établissement doit être sanctionné. On est donc très loin d'un dispositif de malus qui viserait, de façon cachée, à fermer des établissements.

La commission rejette les amendements.

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements identiques AS82 de M. Alain Ramadier, AS187 de M. Stéphane Viry, AS338 de M. Jean-Louis Touraine, AS405 de Mme Jeanine Dubié, AS459 de M. Brahim Hammouche, AS514 de M. Belkhir Belhaddad, AS521 de M. Thomas Mesnier et AS607 de M. Bernard Perrut, ainsi que l'amendement AS460 de M. Brahim Hammouche.

M. Alain Ramadier. L'amendement AS82 vise à prévoir explicitement que la production de critères d'évaluation de la qualité dans les établissements de santé repose sur le vécu et l'expérience des patients. Tel qu'il est rédigé, l'article 27 laisse en effet à chaque établissement le soin de se saisir ou non de cette possibilité. Or il convient d'intégrer davantage le diagnostic des patients, comme le demande la stratégie « Ma Santé 2022 », qui entend « *mettre le patient au centre du système de santé* » en prenant davantage en compte « *son vécu et ses retours d'expérience* ».

M. Stéphane Viry. Nous allons vers une certification des établissements dans l'intérêt des patients, ce qui est probablement une très bonne chose, mais il faut que les indicateurs soient communs et opposables à tout un chacun. Par l'amendement AS187, nous demandons que les indicateurs soient fixes et non pas optionnels, c'est-à-dire laissés au libre choix des établissements. Afin que l'on comprenne bien la performance des établissements, il faut qu'il puisse y avoir une lecture globale.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS405 vise de même à systématiser, pour chaque établissement de santé, la production de critères d'évaluation de la qualité des soins en prenant en compte le vécu et l'expérience des patients. La démarche d'amélioration continue de la qualité des soins doit s'accompagner d'un changement de culture : le patient, qui est au cœur du système de santé, doit bénéficier de soins adaptés et complets sur la base d'une compréhension de son vécu et de ses expériences passées.

M. Brahim Hammouche. L'article 27 étend le dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé. Pour ce faire, le vécu et l'expérience des patients doivent être pris en considération. C'est une exigence conforme à la stratégie « Ma Santé 2022 » du Gouvernement, qui entend « *mettre le patient au centre du système de santé* », cela a été dit, et qui postule que « *favoriser la qualité, (...) c'est prendre davantage en compte son vécu et ses retours d'expérience* ». Comme les précédents, l'amendement AS459 vise à ce qu'une telle démarche soit obligatoire.

M. Belkhir Belhaddad. Il s'agit de prendre en compte l'expérience rapportée par les patients : ils doivent être au cœur du dispositif, conformément à la stratégie « Ma santé 2022 ». Tel est aussi l'objet de l'amendement AS514.

Mme Laëtitia Romeiro Dias. Nous nous félicitons que l'article 27 vise à faire évoluer le modèle de financement des établissements de santé afin d'inciter à améliorer la qualité et la pertinence des soins, et non pas seulement à augmenter le volume d'activité. Dans la droite ligne de l'objectif fixé par la stratégie de transformation de notre système de santé qui a été présentée par le Président de la République, et qui entend replacer le patient au cœur du dispositif, l'amendement AS521 propose de graver dans le code de la sécurité sociale le caractère incontournable de l'« expérience patients » pour l'évaluation des établissements de santé. Nous pensons que cela répondra aux grands principes de notre démocratie sanitaire et permettra d'harmoniser notre cadre législatif avec celui de la majorité des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Le ressenti et le retour des patients doivent être pleinement pris en compte dans les évaluations sanitaires, au même titre que d'autres indicateurs destinés à mesurer la qualité des soins, leur sécurité et leur pertinence.

M. Bernard Perrut. Le développement d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins en associant les usagers est un axe central de la stratégie nationale de santé 2018-2022 – on l'a largement rappelé avant moi. Il n'est pas possible de laisser chaque établissement de santé se saisir ou non de l'opportunité de produire des critères d'évaluation de la qualité des soins reposant sur le vécu et l'expérience des patients : on doit rendre incontournable la production de tels critères. Tel est l'objet de mon amendement AS607 et de ceux déposés par un grand nombre de députés.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Sans suspense, je suis favorable à ces amendements, à propos desquels un consensus s'est dégagé au sein de notre commission. Comme je l'ai dit tout à l'heure, il me paraît absolument nécessaire d'intégrer des indicateurs de résultat : il faut les développer, car on en manque – il y a beaucoup d'indicateurs concernant les « process », mais pas suffisamment en ce qui concerne les résultats. Il faut aussi tenir compte de la satisfaction des patients, en n'ayant pas peur de leur poser la question. Un patient que l'on transfère d'un service de neurologie à un centre de rééducation le vendredi et qui ne voit pas de kinésithérapeute ou d'orthophoniste pendant le week-end pourra dire qu'il n'est pas très content si on l'interroge sur les soins qu'il a reçus. Par

ailleurs, ce qui comptera pour un patient de 85 ans qui s'est cassé le col du fémur, c'est moins le temps passé en salle de réveil ou en rééducation que le fait d'être capable, au bout d'un an, de refaire du vélo avec sa petite-fille. De tels indicateurs sont absolument essentiels et il faut pouvoir en tenir compte. J'avais déposé un amendement sur ce sujet l'année dernière, mais c'était manifestement trop tôt. Nous en redébattons en séance, mais je donne un avis favorable.

M. Brahim Hammouche. Dans le même état d'esprit, l'amendement AS460 vise à prendre en compte non seulement les résultats et les expériences rapportés par les patients, mais aussi le vécu et l'expérience des soignants, c'est-à-dire le baromètre ou le climat social dans les établissements de santé ou psychiatriques. On doit tenir compte de la parole des soignants et du niveau de bienveillance du personnel, qui conditionne également celui des patients : ces différents aspects sont liés.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je suis tout à fait favorable, sur le plan des principes, à ce que l'on tienne compte du baromètre social mais cette notion n'est pas très bien définie juridiquement. Ce que vous proposez me paraît donc compliqué. Que l'on s'appuie davantage sur les retours du personnel en ce qui concerne la qualité des soins qu'il est en mesure de donner me paraît, néanmoins, une bonne idée. Si l'on interroge un aide-soignant sur la qualité de son travail alors qu'il est tellement saturé que, à peine après avoir posé un plateau-repas sur la tablette d'un patient en situation de handicap, il doit partir faire des toilettes avant de revenir une heure plus tard, et ce sans avoir pu aider le premier patient qui n'a pas mangé, ce problème ne manquera pas d'être mis en évidence... Cela crée du stress et de la détresse professionnelle. S'appuyer sur le retour des soignants est absolument indispensable, et c'est déjà prévu dans le dispositif. La notion de baromètre social ne répond pas, en revanche, à cet objectif. La rédaction qu'il faudrait retenir est donc celle des amendements identiques qui sont en discussion commune.

M. Brahim Hammouche. Je maintiens mon amendement, mais je le réécrirai en vue de la séance en tenant compte des observations du rapporteur général.

La commission adopte les amendements identiques AS82, AS187, AS338, AS405, AS459, AS514, AS521 et AS607.

En conséquence, l'amendement AS460 est sans objet.

M. Brahim Hammouche. J'ai une question concernant le fait que mon amendement AS460 tombe alors qu'il est différent des précédents : il est centré sur les patients contrairement aux autres qui le sont sur les soignants.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. C'est précisément la raison qui le fait tomber : il est incompatible avec ceux qui ont été adoptés.

La commission examine les amendements identiques AS73 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS179 de M. Stéphane Viry.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. La dotation prévue à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale est un dispositif de financement incitatif et non répressif. Il vise à instaurer une incitation financière positive pour l'amélioration de la qualité de la sécurité des soins dans les établissements de santé. C'est dans cet état d'esprit d'incitation positive que le financement à la qualité a été mis en place par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Le contrat d'amélioration des pratiques en établissement de santé a également été introduit par ledit article 51 permettant d'apprécier le niveau de qualité et de sécurité des soins au regard des trois risques. Compte tenu des dispositifs de sanction déjà existants, il apparaît incohérent de dénaturer la dotation complémentaire encourageant la qualité en l'assortissant de sanctions supplémentaires. Cet amendement propose donc la suppression de la disposition proposée.

M. Stéphane Viry. Il s'agit en effet de maintenir le caractère incitatif. Nous voulons éviter une mesure de coercition alors que, manifestement, tout va dans la bonne direction. Tel est l'objet de cet amendement qui vise à supprimer les amendements à 6 à 9 de cet article 27.

M. Olivier Véran, rapporteur général. J'ai déjà répondu sur la question du malus. Demande de retrait ou avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Elle en vient à l'amendement AS327 de Mme Nathalie Élimas.

Mme Nathalie Élimas. La loi prévoit que les établissements de santé exerçant les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie obstétrique, d'odontologie et de soins de suite et de réadaptation bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils atteignent des résultats liés à la qualité et à la sécurité des soins, mesurés tous les ans par établissement.

Cet article prévoit d'étendre le dispositif de rémunération à la qualité en établissement de santé aux établissements psychiatriques à l'horizon de trois ans et de mieux prendre en compte, pour l'ensemble des établissements, les résultats et expériences rapportés par les patients.

L'article prévoit, en outre, la possibilité d'appliquer une pénalité aux établissements lorsque ceux-ci n'atteindraient pas, pendant trois années consécutives, un seuil minimal pour certains indicateurs de qualité. Afin de mieux prendre en compte les problématiques de non-qualité et de permettre l'intégration des indicateurs pendant l'année 2020, le présent amendement propose d'introduire ce système de pénalité à partir de 2021.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Demande de retrait ou avis défavorable. Comme nous l'avons vu précédemment, le directeur de l'ARS peut décider de faire appliquer ou non les pénalités. Il faut bien qu'il se donne les moyens d'aller voir si l'établissement est en difficulté pour telle ou telle raison. Prévoir des inspections systématiques sur place et dans certains délais, cela ne correspond pas du tout aux attentes des établissements et des ARS.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie des amendements identiques AS74 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS198 de M. Stéphane Viry et AS394 de Mme Jeanine Dubié.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Dans la même démarche de qualité, nous proposons d'insérer l'alinéa suivant : « *Le directeur général de l'agence prononce la pénalité après avis d'une commission composée à parité de représentants de l'agence et de représentants des fédérations hospitalières représentatives publiques ou privées. La motivation de la pénalité indique, le cas échéant, les raisons pour lesquelles le directeur général n'a pas suivi l'avis de la commission.* »

M. Stéphane Viry. Le parallélisme requis par cet amendement est de bon aloi puisqu'il s'agit de sanctionner, le cas échéant, des établissements non vertueux. On demande parfois aux directeurs généraux de l'ARS de solliciter un avis en amont et de motiver leur décision. Il paraît utile de respecter le même processus que pour les sanctions concernant la T2A.

Mme Jeanine Dubié. Mon amendement propose d'établir un parallélisme avec les prérogatives des directeurs généraux de l'ARS en matière de sanctions concernant la T2A. Les mêmes dispositions seraient appliquées dans le cadre de l'alinéa 7 de cet article : les sanctions ne pourraient être prises et valablement notifiées qu'après avis d'une commission régionale de contrôle.

M. Olivier Véran, rapporteur général. J'ai moi-même reçu cet amendement de la part d'une fédération hospitalière qui s'inquiétait de savoir comment les pénalités seraient appliquées par les directeurs des ARS...

Je ne suis pas sûr qu'il faille créer une nouvelle commission paritaire sur laquelle devrait s'appuyer le directeur général de l'ARS. Il existe des systèmes de contentieux ou judiciaires permettant de contester les décisions. En créant une commission, on ajouterait de la complexité. Nous essayons de faire quelque chose qui soit assez simple, qui fonctionne. Croyez-moi, en définitive, quand un directeur général d'ARS souhaite accompagner un établissement de son territoire dans un sens ou dans un autre, il a les moyens de le faire.

Demande de retrait ou avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Puis elle examine les amendements identiques AS70 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, qui fait l'objet du sous-amendement AS666 du rapporteur général, AS185 de M. Stéphane Viry, AS215 de M. Gilles Lurton, AS216 de M. Jean-Pierre Door, AS453 de M. Thibault Bazin et AS516 de M. Belkhir Belhaddad.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Pour aller dans le sens de l'objectif poursuivi par l'article, nous proposons d'insérer l'alinéa suivant après l'alinéa 9 : « *Cette pénalité s'accompagne d'un plan d'amélioration de la qualité.* »

M. Olivier Véran, rapporteur général. Pour compléter votre amendement, je propose que ce plan d'amélioration de la qualité soit présenté par l'établissement concerné. Sous réserve de cette précision, j'émettrais un avis favorable.

M. Stéphane Viry. Le présent article 27 prévoit que les établissements dont les résultats n'atteignent pas pendant trois ans certains critères liés à la qualité et à la sécurité des soins, puissent se voir notifier une pénalité par le directeur général de l'ARS. En corollaire, il ne peut être envisagé de sanctionner un établissement sans qu'il soit mis en place, également, un plan d'amélioration de la qualité, permettant à celui-ci une remise à niveau sur les critères qui n'ont pas atteint le seuil minimum attendu. Tel est l'objet de cet amendement.

M. Jean-Pierre Door. On ne peut pas dire que rien n'a été fait depuis de nombreuses années. La Haute Autorité de santé (HAS) est sortie de cette enceinte en 2004. La commission de certification et d'accréditation des établissements publics et privés fonctionne depuis 2004. La dernière présidente de cette commission, Mme Agnès Buzyn, a été désignée ici même en 2016.

Nous n'avons pas instauré de pénalité en cas d'absence de qualité comme le prévoit le présent article. Il faut peut-être sanctionner mais à condition que l'établissement soit engagé dans un plan d'amélioration de la qualité. On ne peut pas sanctionner brutalement, de manière sèche : infliger une amende et en rester là. Il faut qu'un plan d'amélioration de la qualité permette à l'établissement de revenir dans les cordes le plus rapidement possible.

M. Thibault Bazin. Le sous-amendement du rapporteur omet une réalité : quand un établissement ne réalise pas les résultats attendus, c'est souvent parce qu'il est en difficulté. Si on le pénalise en considérant qu'il doit seul réaliser ce plan d'amélioration de la qualité, on ne responsabilise pas l'autorité de tutelle. On contrôle mais on doit aussi accompagner. Nous sommes d'accord sur les objectifs à atteindre par tous en matière de qualité et de sécurité mais, en face, il doit y avoir des moyens équitables. Or il existe des disparités : certains établissements du territoire sont en difficulté, donc menacés de sanctions parce qu'ils n'ont pas forcément les moyens de réaliser les objectifs. Le plan d'amélioration de la qualité doit être assumé par l'établissement mais aussi par l'autorité de tutelle.

Mme Martine Wonner. Le plan d'amélioration de la qualité, construit par l'établissement, fait déjà partie d'un indicateur de qualité. Il est presque redondant de le préciser.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Je voulais faire exactement la même remarque.

M. Alain Bruneel. Nous en sommes tous d'accord, il faut veiller à la qualité des soins et mettre le patient au centre des préoccupations. Cela étant dit, je suis un peu effrayé de vous entendre parler de sanctions depuis un moment, car les établissements essaient déjà de faire de la qualité avec les moyens matériels et humains dont ils disposent. Quand on visite des établissements hospitaliers, on peut parfois constater une dégradation terrible : des carrelages qui tiennent avec du scotch dans les couloirs, des murs fissurés ou sans peinture. La qualité passe aussi par là. Avant de sanctionner, il faut donner des moyens financiers et humains aux hôpitaux et aux EHPAD. Les établissements veillent déjà à la qualité des soins grâce à un personnel extraordinaire et très professionnel. Sans ce personnel, l'hôpital ne tiendrait pas debout.

La commission adopte le sous-amendement AS666.

Puis elle adopte les amendements identiques ainsi sous-amendés.

Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS189 de M. Stéphane Viry et AS572 de M. Joël Aviragnet.

M. Stéphane Viry. Notre amendement vise à garantir, par des dispositions législatives, l'équité du dispositif de financement à la qualité puisque tel est l'objet de l'article 27.

Force est de constater que les indicateurs actuellement utilisés dans le cadre du dispositif existant sont essentiellement des indicateurs de procédure et non pas des indicateurs de résultats. Il convient donc, et ce dès 2019, de faire évoluer ces indicateurs et d'intégrer des indicateurs de performances, y compris des indicateurs de mesure de satisfaction des usagers. Cet amendement veille à impliquer la totalité des établissements pour qu'il n'y ait pas d'iniquité entre les structures hospitalières.

Mme Gisèle Biémouret. Les indicateurs utilisés dans le cadre du dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) sont essentiellement des indicateurs de procédure et non des indicateurs de résultats, seuls à même de mesurer la qualité des prestations de soins.

Il convient donc, et ce dès 2019, de faire évoluer ces indicateurs et d'intégrer des indicateurs de résultats, y compris des indicateurs de mesure de satisfaction des usagers. Il convient également de veiller à ce que la mesure et l'évaluation de ces indicateurs ne favorisent pas indûment des catégories

d'établissements, afin de garantir l'équité et l'égalité des chances de toutes les structures, quels que soient leurs statuts et leurs activités.

Notre amendement vise à garantir l'équité du dispositif de financement à la qualité.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Nous venons d'adopter un amendement qui introduit les indicateurs de résultats dans la loi. Vos amendements sont donc satisfaits. La seule différence, c'est que vous proposez des indicateurs de résultats communs à tous les établissements. En fait, il vaut mieux des indicateurs de résultats qui tiennent compte des types d'établissement. Demande de retrait ou avis défavorable.

L'amendement AS189 est retiré.

La commission rejette l'amendement AS572.

Elle en vient à l'amendement AS653 de Mme Jeanine Dubié.

Mme Jeanine Dubié. Cet amendement vise à préciser que l'arrêté doit être pris avant le 31 décembre de l'année précédant l'année civile considérée. Il apparaît, en effet, que les autorités ministérielles prennent l'arrêté un peu trop tard, c'est-à-dire en décembre de l'année considérée. Afin d'améliorer le financement des établissements, il est donc raisonnable d'inscrire cette obligation dans la loi pour que les ministères la respectent.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Puis elle examine les amendements identiques AS75 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS167 de M. Stéphane Viry et AS646 de Mme Nathalie Élimas.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. La psychiatrie et la santé mentale ont été élevées au rang de priorités dans le plan gouvernemental « Ma santé 2022 », autour de la nécessité de donner de nouvelles impulsions à ce secteur majeur de la santé pour améliorer l'accès des patients aux soins psychiatriques.

L'amélioration en continu de la qualité de la prise en charge des patients est évidemment au cœur des préoccupations des acteurs de la psychiatrie. C'est pourquoi nous proposons d'intégrer la psychiatrie dans le dispositif IFAQ dès 2020 et non pas en 2021. Cette proposition est en totale cohérence avec le volontarisme prôné en la matière dans les récentes annonces du Président de la République.

Notons que les travaux préparatoires sur les indicateurs de qualité seront prêts dès 2019. Rien ne s'oppose à l'entrée de la psychiatrie dans le dispositif IFAQ dès 2020.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Les établissements psychiatriques seront-ils prêts à cette date ? Les critères de qualité ne sont pas les mêmes dans les établissements psychiatriques et dans les établissements de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Le secteur MCO a eu quelques années pour expérimenter les indicateurs de qualité avant la mise en place d'un système de bonus-malus. Vous proposez d'appliquer assez vite, me semble-t-il, ce système de bonus-malus aux établissements psychiatriques.

Je suis tenté de faire en sorte que les choses aillent vite. Je suis convaincu que l'incitation à travers le système de financement permet d'avancer vite. Il me semble néanmoins que les acteurs du milieu psychiatrique ne se sentent pas prêts à entrer dans le système à l'horizon 2020. Il ne faut peut-être pas mettre la charrue avant les bœufs. C'est peut-être un peu tôt.

Je m'en remets à la sagesse de la commission, en attendant d'en débattre avec la ministre dans l'hémicycle.

M. Stéphane Viry. Avant l'examen de ce texte, nous avons consulté des professionnels de la psychiatrie. Ils nous ont indiqué qu'il y avait déjà des travaux en cours et qu'en faisant preuve de volontarisme il était possible d'être prêt à bref délai. Nous pouvons travailler sur ces indicateurs pendant toute l'année 2019. C'est la raison pour laquelle, sans pécher par excès d'optimisme, on peut avancer d'une année l'application de cette mesure.

Mme Martine Wonner. Sur le plan théorique, nous pouvons tous être favorables à cette proposition. En pratique, elle me semble être un peu prématurée car l'adopter reviendrait à mettre en grande difficulté des acteurs de la psychiatrie de certains territoires. On peut sans doute faire des expérimentations pour les encourager. Le rapporteur a émis un avis de sagesse et recommandé d'en débattre avec la ministre. C'est important. Il me semble néanmoins qu'il existe une trop grande différence entre les établissements pour anticiper l'entrée dans le dispositif. Le risque serait d'être conduit à négocier sans avoir une vision globale de tout le système.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. La politique des petits pas commence par la sagesse. Il serait intéressant de débattre de cette proposition dans l'hémicycle. Nous avons rencontré certains acteurs de la psychiatrie qui estimaient pouvoir être prêts. En attendant le débat dans l'hémicycle, nous allons essayer d'élargir le champ. Tout en étant consciente de la situation difficile de certains établissements, je pense que cette mesure pourrait donner un signal important. Avec cet amendement, il s'agit de tirer tous les établissements vers le haut et non pas d'enfoncer ceux qui sont déjà en difficulté.

M. Olivier Véran, rapporteur général. À la réflexion, rien n'oblige à instaurer un bonus-malus d'emblée très élevé. Il n'est peut-être pas mauvais d'envoyer un signal au secteur de la psychiatrie pour qu'il se prépare à entrer dans le système en 2020. Si les établissements ne sont pas prêts, nous adopterons un

dispositif contraire l'année prochaine. Vous m'avez convaincu et je vais donc transformer mon avis de sagesse en avis favorable.

La commission adopte les amendements.

Puis elle adopte l'article 27 modifié.

Article 28

Financement forfaitaire de pathologies chroniques

La commission est saisie de l'amendement AS244 de M. Jean-Carles Grelier.

M. Thibault Bazin. L'amendement de notre collègue Grelier vise à supprimer cet article, qui suscite des questions auxquelles j'aimerais que le rapporteur puisse répondre.

La dotation va-t-elle engendrer une modification profonde du fonctionnement informatique et des processus administratifs des professionnels de santé ? La tarification à l'acte a contraint les établissements publics hospitaliers à une profonde transformation, et l'on sait où l'on en est. Il ne faudrait donc pas envoyer un signal inquiétant à ces mêmes établissements qui se trouvent déjà dans une situation difficile en matière de gestion des ressources humaines et financières.

Il existe un risque latent d'« hospitalocentrisme » si cette dotation est versée à l'hôpital public qui redistribuera la part due à chacun des autres professionnels impliqués dans le parcours de soins. Cela pourrait entraîner une gestion de la facturation lourde pour les établissements hospitaliers, et retarder les échéances de paiement des autres professionnels.

En l'état, ce dispositif paraît donc inadapté voire malvenu.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Avis défavorable.

Franchement, nous parlons depuis un bon moment de l'expérimentation du parcours de soins et des indicateurs de qualité. De nombreux pays, autour de nous, ont mis en place des financements au parcours ou à l'épisode de soins. Le parcours prévu est assez maîtrisé puisqu'il est intra-hospitalier, ce qui exclut toutes les tracasseries liées au partage d'enveloppes entre ville et hôpital, médical et médico-social. Ce dispositif va concerner des pathologies chroniques bien cernées pour lesquelles nous sommes capables de sortir de la T2A puisque tel est bien le sujet. Il faut sortir de la tarification à l'activité pour des maladies chroniques.

L'article 51 de la loi de financement que nous avons adoptée l'année dernière permet de faire de formidables expérimentations hors les murs, entre ville et hôpital, médical et médico-social, incluant beaucoup dispositifs. Dans le cas présent, les parcours sont maîtrisés : ils portent sur la prise en charge du diabète ou

de l'insuffisance rénale chronique en intra-hospitalier. La direction générale de l'offre de soins (DGOS) s'estime prête à les mettre en place. C'est un pied dans la porte. Le dispositif complet, sans le remplacer, celui prévu à l'article 51 sur les expérimentations au parcours de soins et à l'épisode de soins.

M. Boris Vallaud. Le rapporteur se veut très rassurant, tout paraît très balisé, les deux maladies chroniques qui font l'objet d'une expérimentation sont bien connues. Cela étant, j'aimerais poser cinq questions très précises pour que nous sachions vraiment ce sur quoi nous votons. Je peux concevoir que vous ne puissiez pas y répondre dès maintenant mais il serait utile que nous ayons des réponses en séance.

Comment seront calculés les forfaits ? Y aura-t-il un seul forfait pour tous les diabétiques ou différents forfaits selon la nature du diabète, les comorbidités associées et l'âge du patient ?

Comment seront répartis les forfaits si un patient doit ou veut fréquenter plusieurs établissements au cours de l'année ?

Quels sont les établissements qui vont y gagner et quels sont ceux qui vont y perdre ?

Quelle enveloppe est prévue pour la prise en charge des diabétiques en 2018 et comment va-t-elle évoluer en 2019 dans le cadre de cette expérimentation ?

Les honoraires des médecins libéraux dans les cliniques seront-ils inclus dans le forfait ? Si c'est le cas, de quelle manière ? Quel sera alors le sens d'un forfait ?

M. Gilles Lurton. Pour compléter l'intervention de notre collègue, je voudrais poser une question sur l'insuffisance rénale chronique. Pour ce type de maladie, où commence et où s'arrête le parcours de soins ? Commence-t-il avant ou pendant la dialyse ? Si la dialyse est prise en charge par un centre privé d'autodialyse, est-ce compris dans le parcours de soins ? L'éventuelle greffe rénale est-elle prise en charge dans le parcours de soins ? Les soins à vie qui suivent la greffe sont-ils pris en charge dans le parcours de soins ? J'aurais aimé comprendre ce qu'est le parcours de soins dans le cas d'une personne atteinte d'insuffisance rénale chronique. Je pose la question depuis la conférence de presse du Président de la République et je n'ai pas trouvé de réponse.

M. Thibault Bazin. Je voudrais réagir aux propos du rapporteur. Même si l'on peut sortir de la T2A pour certaines pathologies, il ne faut pas le faire de cette manière. Nous en débattons avec la ministre car il reste à résoudre une question technico-financière. Comment sera redistribuée la part de la dotation aux autres professionnels ? Ce n'est pas clair. Une autre question de fond se pose : quelle sera la place du médecin de ville dans ce parcours de soins ? À ce stade, cela prête à mauvaise interprétation.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je vais essayer de répondre à quelques-unes de vos nombreuses questions.

Monsieur Bazin, votre question est celle à laquelle il m'est le plus facile de répondre : puisque ce sont uniquement des forfaits hospitaliers, il n'y a pas d'acteurs extérieurs, et c'est ce qui en facilite l'application rapide. Il n'y a pas d'intervention de médecins libéraux dans le cadre de ces forfaits. Les interventions ville-hôpital font l'objet des expérimentations au titre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

De nombreuses autres questions relevant du domaine réglementaire, je ne peux pas leur apporter de réponse. Le décret et le règlement donneront les précisions. En revanche, je peux revenir sur le principe et l'esprit de ce forfait qui existe dans de nombreux pays. Ne soyons pas trop réactionnaires dans ce domaine : la France est l'un des derniers pays à ne pas l'avoir mis en place. Il suffit de regarder ce qui se passe en Europe du Nord, notamment en Suède, et dans certains États américains qui ont fait des choses intéressantes en matière de pistes de financement à l'épisode de soins.

Nous voulons éviter de recréer une hétérogénéité trop importante des forfaits concernant les maladies chroniques, après avoir constaté l'hétérogénéité galopante des groupes homogènes de séjours (GHS) dans le cadre des MCO pour le financement à la T2A. L'idée est de regarder le coût global d'un patient. Y aura-t-il plusieurs types de patients et des comorbidités ? Pour ma part, je souhaite que le dispositif soit le plus simple possible. Il y a suffisamment de patients diabétiques pris en charge dans les hôpitaux pour qu'il puisse y avoir un ensemble plus homogène que cela. Peut-être y aura-t-il un peu d'hétérogénéité en fonction des comorbidités, des âges et autres. Je n'en sais rien et ce n'est pas le plus important.

Ce qui importe, c'est d'arriver à une sorte de dotation forfaitisée qui tienne compte des dépenses engagées par les établissements de santé au cours des années précédentes, afin de suivre une file active de malades. On va s'intéresser davantage à la nature de la pathologie du patient et au nombre de patients qu'aux différentes étapes de soins qui peuvent être réalisées à l'hôpital. Ensuite, il reviendra aux hôpitaux de s'organiser. C'est le système que nous voulons faire émerger afin de sortir de la T2A, de ne plus être dans la consommation à l'acte. Nous voulons une prise en charge du malade chronique dans sa globalité.

Mme Annie Vidal. Il existe une cohérence entre les articles dont nous venons de discuter. Les procédures de certification comportent un point essentiel : la formalisation des parcours patients. Dans le cadre de la sortie de la T2A et de la forfaitisation de certains parcours patients, il existe des formalisations très précises qui permettront, au moment de la rédaction des décrets, de savoir où commencent et où finissent ces parcours. L'intérêt de ces procédures de certification est de produire des documents formalisés par des professionnels de santé sur lesquels il sera possible de s'appuyer. C'est un axe d'entrée assez important. Pour le

moment, il n'y a que des parcours intra-hospitaliers, donc la question de la redistribution aux autres professionnels ne se pose pas.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Je voudrais répondre à mes collègues du groupe Les Républicains, car je suis assez interpellée par leurs peurs et leur crainte du changement, et leur dire que cette réforme est une vraie avancée. Nous changeons de modèle de tarification pour les patients atteints d'une pathologie chronique. Pour prendre la mesure de la transformation, rappelons que les patients atteints d'insuffisance cardiaque sont deux fois moins réhospitalisés en Angleterre qu'en France. Nous avons donc tout intérêt à aller vers ces nouveaux modèles de forfaits.

M. Boris Vallaud. Cet article est symbolique de la volonté « réformatrice » de cette majorité. Voilà qui est fort bien, mais cela repose sur du vent, vous vous payez de mots, vous êtes incapables de répondre à des questions extrêmement précises qui nous permettraient de valider ou non les nouvelles modalités de tarification.

Les décrets d'application sont quand même pris sur la base d'un texte adopté par le législateur. Celui-ci est en droit de savoir ce qu'il vote. Or je constate que vous êtes incapable de répondre aux questions précises – mais pas piégeuses – que je vous ai posées à propos des patients diabétiques ou à celles de M. Lurton à propos des personnes souffrant d'insuffisance rénale.

Je suis quand même très ennuyé. Nous vous ferons passer la version écrite de nos questions pour que la ministre soit en mesure d'y répondre, mais je crains qu'elle ne nous fasse exactement la même réponse que vous. Je crois qu'elle n'a pas les réponses.

M. Gilles Lurton. Madame Dufeu Schubert, je n'ai aucune opposition de principe, bien au contraire. Je pose des questions parce que je suis intéressé. J'aimerais savoir de quoi il s'agit. C'est quand même important : on parle de parcours de soins sans rien indiquer sur le fond. Pour avoir assisté à de nombreuses auditions, je constate que nous ne sommes pas les seuls à nous poser ces questions.

M. Francis Vercamer. Pour notre part, nous ne voterons pas cet amendement de suppression. Pour les maladies chroniques, il nous semble important d'aller vers un forfait. D'ailleurs, pourquoi se limiter à des établissements santé alors que, dans l'exposé des motifs, il est indiqué qu'il n'y a pas de coordination entre médecine de ville et l'hôpital ?

Les maladies chroniques traitées à l'hôpital ne représentent que la partie émergée de l'iceberg. Nombre de patients qui souffrent de diabète sont encore suivis en médecine de ville et certains d'entre eux ne savent même pas qu'ils sont touchés par cette pathologie. Il semblerait logique d'élargir le dispositif à tous les patients concernés par les maladies chroniques et de ne pas le restreindre à ceux

qui sont suivis dans les établissements de santé. Sur le fond, nous sommes d'accord sur le principe du forfait.

M. Thibault Bazin. J'aimerais rassurer nos collègues : je pense aussi que la T2A n'est pas adaptée aux pathologies chroniques. L'article 28 peut aller dans le bon sens mais il est insuffisant car le parcours du patient ne s'arrête pas à la porte de l'hôpital. Certains de nos amendements à venir visent à étendre le dispositif. Celui-ci est un amendement d'appel : nous voulions que vous puissiez nous rassurer et nous apporter des précisions car les décrets à venir nous semblent flous.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS395 de Mme Jeanine Dubié.

Mme Jeanine Dubié. Cet amendement a pour objet de soumettre le financement dérogatoire au forfait pour certaines pathologies chroniques à la procédure applicable aux expérimentations issues de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, et codifiée à l'article L. 161-31-1 du code de la sécurité sociale. Le III de ce dernier article prévoit en effet que les expérimentations à dimension nationale sont autorisées, le cas échéant après avis de la Haute Autorité de santé (HAS), par arrêté ministériel. Par ailleurs, il est proposé d'intégrer au dispositif les prestations délivrées par les établissements autorisés en soins de suite et de réadaptation (SSR). Une telle procédure semble tout à fait adaptée aux dérogations qu'apporte le PLFSS pour 2019 au régime financier des établissements concernés.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Tout en adhérant à son esprit, je suis défavorable à votre amendement, pour deux raisons. Tout d'abord, les établissements de SSR assistent à un véritable bouleversement de leurs modalités de financement dont nous avons encore eu l'occasion de débattre l'année dernière. Dans ce contexte, il est bon de leur donner un peu de stabilité. Ensuite, la prise en charge forfaitaire en milieu hospitalier des maladies chroniques est conçue pour des courts séjours et hors complications. Cela répond à l'une de vos questions, M. Vallaud. Or la prise en charge en établissements de SSR implique de longs séjours.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS76 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS652 de Mme Jeanine Dubié.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Cet amendement a pour objet de soumettre le financement dérogatoire au forfait pour certaines pathologies chroniques à la procédure applicable aux expérimentations, issue de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 et codifiée à l'article L. 161-31-1 du code de la sécurité sociale. Une telle procédure semble tout à fait adaptée aux dérogations qu'apporte le PLFSS pour 2018 au régime financier des

établissements qui seraient concernés. Le III de ce dernier article prévoit que les expérimentations à dimension nationale sont autorisées, le cas échéant après avis de la HAS.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Avis défavorable. Nous voulons aller au-delà du cadre de cinq ans prévu pour les expérimentations. Nous voulons que ce soit pérenne. De plus, avec la forfaitisation de la prise en charge de certaines pathologies, nous voulons faire entrer la dérogation à la tarification à l'activité dans le droit commun. Il s'agit de sortir du cadre expérimental pour installer dans la durée la sortie du paiement des soins à la T2A en milieu hospitalier pour les maladies chroniques.

La commission rejette les amendements.

Puis elle aborde l'amendement AS51 de Mme Laëtitia Romeiro Dias.

Mme Laëtitia Romeiro Dias. Nous ne pouvons que nous réjouir de cet article qui, enfin, ose rompre avec le « tout-T2A » pour mettre en place un financement au forfait pour certaines pathologies, en l'espèce les maladies chroniques. Cela fait quatorze ans que l'on en parle et vous pouvez en témoigner, monsieur le rapporteur, car c'est l'un de vos combats. Cette majorité réalise enfin cette réforme.

L'amendement que je présente vise à compléter cet article et propose de mettre en place un comité de suivi technique afin d'évaluer l'efficacité et la pertinence de ce paiement au forfait. Ce comité serait pluridisciplinaire, composé de représentants de l'assurance maladie, de professionnels de santé, de gestionnaires d'établissements et de représentants de patients. Cette expertise diversifiée permettrait de mettre en valeur les gains médico-économiques et qualitatifs obtenus grâce à la mise en place de la rémunération forfaitaire.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je vous remercie pour vos propos très sympathiques et pour vos encouragements, ma chère collègue, mais le suivi que vous proposez est déjà prévu dans la loi. Il sera assuré par la DGOS et la fameuse *task force* sur le financement du système de santé, dirigée par Jean-Marc Aubert.

À plusieurs reprises au cours des dernières semaines, je les ai auditionnés dans le cadre de la préparation du PLFSS. Madame la présidente, je proposerai volontiers de les réentendre lorsqu'ils auront bien avancé leurs travaux sur le financement de l'hôpital car leurs propositions sont vraiment intéressantes.

Votre amendement étant satisfait, je vous propose de le retirer.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie des amendements identiques AS214 de M. Gilles Lurton, AS218 de M. Jean-Pierre Door, AS371 de Mme Jeanine Dubié, AS454 de M. Thibault Bazin et AS608 de M. Bernard Perrut.

M. Jean-Pierre Door. Les rémunérations au forfait ne sont pas nouvelles : il en existe depuis plusieurs années, notamment chez les médecins libéraux dans le cadre conventionnel. Je fais notamment référence aux rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP).

Avec cet article 28, vous voulez modifier l'article 51 de la LFSS adoptée l'an dernier et inclure la rémunération au forfait des pathologies chroniques en milieu hospitalier. C'est ce que je lis. Vous mettez en place un forfait pour la prise en charge des pathologies chroniques à l'hôpital. Vous avez choisi deux pathologies chroniques : le diabète et l'insuffisance rénale. Or ces pathologies sont aussi traitées en ambulatoire dans le cadre de la médecine de ville. Le diabète et les maladies cardio-vasculaires sont mêmes suivies en ambulatoire dans plus de 80 % des cas.

Puisque l'éducation thérapeutique ne concerne pas exclusivement l'hôpital, notre amendement propose une coordination avec la médecine de ville pour les pathologies chroniques que vous avez ciblées. Cette expérimentation de coordination des soins impliquerait à la fois l'hôpital et la médecine de ville.

Mme Jeanine Dubié. Par mon amendement, je propose d'étendre la disposition aux professionnels libéraux et qu'ainsi, dans le cadre d'un accord conventionnel interprofessionnel, il soit prévu une rémunération forfaitaire lorsque les professionnels exercent dans le cadre de structures coordonnées, afin d'ouvrir l'accès de la médecine de ville à l'éducation thérapeutique. Rappelons que près de 90 % des personnes atteintes de diabète sont suivies à domicile.

M. Thibault Bazin. Mettre en place, uniquement dans les établissements, un forfait pour les pathologies chroniques, n'a pas de sens pour une pathologie comme le diabète, dans la mesure où les malades sont suivis essentiellement à leur domicile, par des professionnels libéraux.

Pour améliorer le parcours de soins, ce qui constitue un objectif que nous partageons tous, le dispositif proposé devrait être adapté aux réalités vécues en ne concernant pas que les établissements – à défaut, ce premier pas dans le financement forfaitaire de pathologies chroniques serait un faux pas. Tel est l'objet de l'amendement AS454.

M. Bernard Perrut. Comme l'ont expliqué les collègues qui m'ont précédé, chacun sait que la plupart des pathologies chroniques sont prises en charge à la fois par la médecine de ville et par les structures hospitalières, dans le cadre de parcours rarement coordonnés. Mettre en place un forfait pour les pathologies chroniques qui ne concernerait que les établissements n'aurait pas de sens, notamment pour une pathologie comme le diabète.

Pour améliorer réellement l'organisation du parcours de soins, il convient d'aller plus loin, en prenant en compte les médecins de ville. Ceux-ci ne comprendraient d'ailleurs pas que ce premier pas en direction d'un financement forfaitaire des pathologies chroniques, tout particulièrement l'éducation thérapeutique, ne concerne que les établissements, alors que l'objectif poursuivi est bien de prévenir la survenue de complications liées aux maladies chroniques et d'en freiner l'évolution.

L'amendement AS608 vise donc, comme cela a été dit au sujet des amendements identiques qui viennent d'être présentés, à aller plus loin que les mesures proposées par le texte.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je partage la volonté, que plusieurs d'entre vous viennent d'exprimer, d'étendre le plus rapidement possible aux soins de ville le financement forfaitaire de la prise en charge des pathologies chroniques, et de ne pas limiter la mesure aux seuls établissements de santé. Je répète que cela se fait déjà dans de nombreux pays et que nous ne sommes pas pionniers dans ce domaine, mais plutôt à la traîne.

Cependant, le dispositif qui est ici proposé n'est pas le dispositif expérimental prévu par l'article 51 du PLFSS pour 2018, auquel a fait référence M. Door, mais au contraire un dispositif généralisé, ce qui justifie qu'il se limite au cadre hospitalier. C'est précisément cette limitation qui va nous permettre d'avancer rapidement, car je pense qu'il nous faut encore un peu de temps pour mettre au point un dispositif englobant le parcours de soins à l'hôpital et chez les médecins de ville. Nous aurons l'occasion d'en reparler lorsque nous évoquerons les dispositifs visant à promouvoir l'innovation en santé, qui constituaient l'objet de l'article 51 de LFSS pour 2018, et, si vous le souhaitez, je ferai alors le point sur l'état d'avancement des projets ayant germé sur l'ensemble du territoire depuis le vote de cet article, ce qui vous permettra de constater que les choses vont très vite.

Pour le moment, avec l'article 28, il ne s'agit que de sortir du « tout T2A » pour la prise en charge hospitalière des maladies chroniques. Je suis donc défavorable à cette série d'amendements identiques.

M. Julien Borowczyk. Il y a quelques minutes, il a été reproché à la majorité de ne pas être suffisamment précise quant aux engagements qu'elle prend en matière de forfaitisation. Or, les amendements qui nous sont ici présentés sont particulièrement imprécis. Nous devons respecter la logique du plan « Santé » et nous efforcer de structurer la médecine de ville en mettant en place des communautés professionnelles et territoriales de santé et des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP). En d'autres termes, nous devons apprendre aux professionnels de santé à travailler ensemble sur le parcours de soins : la rémunération se fera probablement plus tard, mais la priorité est d'inciter les professionnels de santé à travailler ensemble en ville et de les faire ensuite communiquer avec l'hôpital.

Pour ce qui est de la forfaitisation hospitalière, elle est finalement assez simple. Le diabète, par exemple, peut tout à fait être pris en charge dans le cadre d'une médecine de ville structurée, avant que la forfaitisation ne permette la prise en charge en hôpital de semaine et la mise en œuvre d'examen tels que les électrocardiogrammes, les échodopplers artériels, etc.

Je rejoins M. le rapporteur pour considérer que nous ne devons pas nous précipiter, mais au contraire veiller à ce que la forfaitisation, dont nous avons bien besoin pour aller au-delà de la T2A, se fasse dans les meilleures conditions.

La commission rejette les amendements.

Puis elle examine l'amendement AS503 de Mme Martine Wonner.

Mme Martine Wonner. L'article 28, qui propose la mise en œuvre progressive d'un modèle de rémunération forfaitaire pour la prise en charge des patients diabétiques et présentant une insuffisance rénale, concerne au maximum 6 millions de personnes.

Je suggère d'aller plus loin en étendant, à terme, le dispositif aux 12 millions de personnes en souffrance psychique. Dans l'immédiat, l'amendement AS503 vise à mettre en place, à compter du 1^{er} janvier 2019 et pour une durée d'un an, une expérimentation de la prise en charge forfaitaire pour les patients atteints de schizophrénie. Cela se ferait dans deux ou trois régions, selon des conditions d'application définies par voie réglementaire.

Je précise que l'ARS de la région Grand-Est, à laquelle j'ai soumis cette proposition, l'a trouvée très intéressante.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Il me paraît délicat d'imposer un parcours de soins comprenant la prise en charge de la schizophrénie à tous les établissements de santé, sans avoir procédé à une concertation préalable.

Par ailleurs, le financement de la prise en charge de cette maladie ne relève pas aujourd'hui de la tarification à l'activité, à laquelle déroge l'article 28, mais de la dotation annuelle de financement (DAF) rémunérant les soins de psychiatrie.

À mon sens, la mise en place d'une telle expérimentation relève davantage du dispositif que prévoyait l'article 51 de la LFSS pour 2018.

Mme Martine Wonner. Je retire mon amendement, mais le redéposerai en vue de la séance publique.

L'amendement AS503 est retiré.

La commission adopte l'article 28 sans modification.

Après l'article 28

La commission est saisie de l'amendement AS245 de M. Jean-Carles Grelier.

M. Thibault Bazin. Cet amendement, qui propose un mode de financement alternatif à celui proposé par l'article 28, pourrait faire consensus, puisqu'il prévoit un financement du parcours de soins effectué par les établissements hospitaliers, mais aussi par les professionnels libéraux.

Chaque acte réalisé dans le cadre du parcours de soins d'un patient ferait l'objet d'un financement depuis le dossier médical partagé, qui intégrerait un volet financier activé par la carte Vitale ou, le cas échéant, par une feuille de soins. Dans le cas où des actes autres que ceux prévus dans le cadre du parcours de soins se révéleraient nécessaires, l'établissement hospitalier ou le professionnel de santé devraient en faire reconnaître la justification médicale par l'assurance maladie – ce qui va dans le sens de la maîtrise des coûts.

Les marcheurs dont vous êtes, monsieur le rapporteur, ne peuvent qu'être séduits par cet amendement qui ferait d'eux des coureurs...

M. Olivier Véran, rapporteur général. À titre personnel, je vous répondrai que je pratique malheureusement beaucoup moins la marche depuis que je suis obligé de délaissier Grenoble pour Paris... (*Sourires.*)

Je suis défavorable à cet amendement pour les mêmes raisons que celles que j'ai déjà indiquées : nous disposons de tous les outils pour nous permettre d'expérimenter de nouvelles façons de financer les soins, mais il est trop tôt pour étendre le financement forfaitaire aux soins de ville, c'est pourquoi je vous demande un peu de patience.

La commission rejette l'amendement.

3. Réunion du mercredi 17 octobre 2018 à 9 heures 30 (article 29 à article 36)

http://www.assemblee-nationale.tv/video.6750554_5bc6e2bbca3c9.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2019-su-17-octobre-2018

Article 29

**Amplifier la portée du dispositif d'innovation du système de santé
(article 51 LFSS 2018)**

La commission examine l'amendement AS520 de Mme Martine Wonner.

Mme Martine Wonner. L'année dernière, nous avons adopté le « fameux » article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018, relatif aux nouveaux projets d'expérimentation.

Ces projets sont déterminés par trois caractéristiques : qualité, performance, économie. Les expérimentations permettent non seulement de moderniser et de transformer les pratiques de santé, mais elles pourraient, à terme, conduire la sécurité sociale, et notamment ses branches maladie et vieillesse dans le cas de la télémédecine par exemple, à réaliser de conséquentes économies budgétaires.

Mon amendement vise à ce que le montant des économies permises par les projets, une fois mis en œuvre, alimente directement la sécurité sociale tout en bénéficiant aux organismes dont les innovations sont issues.

Il n'est pas question, au travers de cet amendement, d'établir de manière précise qui recevra combien puisqu'en fait, cette question relève du domaine réglementaire. Par contre, ce mécanisme « gagnant-gagnant », financé par les économies réalisées, créerait donc une nouvelle source de rentrées budgétaires pour la sécurité sociale et une prime à l'innovation pour les organismes dont les projets ont été expérimentés de manière fructueuse.

M. Olivier Véran, rapporteur général. L'article 29 a pour objectif d'élargir le périmètre de l'article 35 du PLFSS pour 2018, devenu article 51 de la LFSS pour 2018. Cet article porte sur les expérimentations des modalités de financement ville-hôpital à l' « épisode de soins » ou au « parcours de soins ».

J'ai souhaité faire le point avec la direction générale de l'offre de soins (DGOS) avant l'examen du texte actuel en commission, pour savoir ce qu'il est advenu de cet article 51 dans son application réelle, quelques mois après la promulgation de ce mode de financement. Nous en sommes à 270 lettres d'intention spontanées, soit 270 équipes médicales et paramédicales qui, sur l'ensemble du territoire national, ont fait connaître leur intérêt à expérimenter de nouvelles façons de soigner : ce n'est pas rien ! Cela représente plusieurs dizaines d'équipes par région. Les thèmes principaux concernent le cancer, l'obésité, mais également la santé mentale. Nous recensons même 170 porteurs de projets qui ont répondu aux trois appels à manifestation d'intérêt dans le secteur des épisodes de soins en chirurgie, de paiement en équipes en ville et de prise en charge partagée en ville.

On entendait dire, l'année dernière, qu'il y avait une attente importante des professionnels de terrain ; nous en voyons, en quelques mois seulement, les premières expressions. J'entends quelques reproches qui sont faits, ici et là, par des équipes, sur la lourdeur de la mise en place pratique des protocoles expérimentaux, mais cela porte généralement sur des projets d'envergure, qui justifient tout de même qu'il y ait des temps et des moments de rencontre.

Vous souhaitez que l'article 51 de la LFSS pour 2018 permette « *le versement d'un intéressement économique collectif lié à la performance médico-économique des innovations mises en œuvre, aux acteurs de coopérations*

interprofessionnelles en santé dont les prestataires de service et distributeurs de matériels ».

Sur la forme, il y a un problème de rédaction. Vous visez en effet l'article L. 6133-1 du code de la santé publique, qui est relatif aux groupements de coopération sanitaire, et qui ne peut donc s'appliquer aux prestataires de service et aux distributeurs de matériels.

Sur le fond, l'article 51 permet déjà le versement d'un intéressement collectif aux acteurs de santé. Le présent article 29, quant à lui, vise à s'assurer de l'effectivité de cet intéressement pour les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et pour les groupements de coopération sanitaire. Nous sommes en train d'étendre le périmètre de l'article 51 à d'autres structures que les seules structures ville-hôpital conventionnelles.

Pour ces deux raisons, je vous invite donc à retirer votre amendement. À défaut, j'y serai défavorable.

Mme Martine Wonner. Je suis d'accord pour le retirer. Peut-on imaginer de le retravailler en vue de la séance, afin de rendre possible une extension du dispositif ? Pour certains projets centrés sur la télémédecine qui sont en train de se mettre en place, cela permettrait d'obtenir un retour sur investissement.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS610 de M. Bernard Perrut.

M. Bernard Perrut. Cet amendement vise à perfectionner l'article 51 qui offre la possibilité de déroger aux règles de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Car cet article lève, certes, certaines rigidités financières, mais ne règle pas le problème de tous les cloisonnements nuisibles à la pertinence des accompagnements de patients.

Les nouvelles dérogations concerneraient, d'une part, les règles d'organisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux, afin de favoriser les innovations organisationnelles et permettre d'expérimenter de nouvelles formes de coopération entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires au service du parcours de santé et de vie des personnes.

Elles concerneraient, d'autre part, les modalités de classement des actes en actes d'aide et actes de soins, dans le cadre d'un accompagnement par un établissement ou service social ou médico-social, afin de rompre avec l'étanchéité des missions entre aides à domicile et aides-soignants, étanchéité qui nuit à la qualité et à la pertinence de l'accompagnement dans son objectif de préservation ou de renforcement de l'autonomie des personnes. On constate en effet que le maintien de ces frontières structurelles et arbitraires est néfaste à l'accompagnement et génère des ruptures graves dans le parcours des personnes. En expérimentant de nouvelles répartitions entre actes d'aide et actes de soins en

fonction des besoins des personnes elles-mêmes, lors d'un accompagnement par un établissement ou service social ou médico-social, il sera possible d'identifier les « transférabilités de compétences » en fonction des situations.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Un certain nombre d'entre vous souhaitent renforcer la place du médico-social dans les dispositifs législatifs. Mais il me semble que l'amendement est satisfait, puisque l'article 51 prévoit déjà la possibilité d'expérimenter des coopérations et des délégations de tâches entre professionnels de santé, et que les nouvelles modalités d'articulation prévues au présent article permettent de souscrire complètement aux objectifs qui sont les vôtres.

En tout état de cause, nous aurons bientôt l'occasion de débattre longuement de l'article 51.

Je vous invite donc à retirer l'amendement. À défaut, j'y serai défavorable.

M. Bernard Perrut. Je comprends que vous vous engagez à ce que nous évoquions le sujet en séance publique. Si les établissements expriment de pareilles attentes, c'est bien qu'elles ne sont pas satisfaites, me semble-t-il. Évoquons-les donc.

M. Olivier Véran, rapporteur général. En ce qui concerne le débat que je vous annonçais, je faisais référence à l'examen ultérieur du présent texte en commission.

L'amendement est retiré.

La commission examine les amendements identiques AS65 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS114 de M. Alain Ramadier, AS183 de M. Stéphane Viry, AS306 de Mme Annie Vidal et AS462 de M. Brahim Hammouche.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il s'agit d'ajouter, à l'alinéa 7, le mot « tarification » après le mot « organisation ».

Cet amendement permet d'amplifier la portée de l'article 51 pour le secteur médico-social. Il permet, pour la mise en œuvre des expérimentations, de déroger aux règles de tarification, mais également d'organisation, applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, afin de favoriser les innovations organisationnelles.

M. Alain Ramadier. Mon amendement vise également à amplifier la portée de l'article 51 de la LFSS pour 2018, au profit du secteur médico-social.

En effet, tel qu'il est rédigé, cet article cantonne le renforcement des innovations organisationnelles entre acteurs de santé au seul secteur sanitaire. À écouter les professionnels qui interviennent au domicile des personnes âgées, il semble qu'aucune coordination n'existe entre ces intervenants, par ailleurs

impliqués et compétents, ce qui nuit à l'évaluation de l'état de santé des personnes suivies, à l'adaptation de leur environnement et de leur habitat.

Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, les professionnels hospitaliers préconisent souvent un placement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), qui pourrait être préconisé en amont s'il existait une véritable coordination entre tous les acteurs participant au maintien à domicile. Tel est le but de cet amendement.

M. Stéphane Viry. Mon amendement a le même objet, mais peut-être une motivation complémentaire. Chacun a bien saisi qu'il convenait de privilégier la coordination entre acteurs et que, en termes de rémunération, il fallait aller vers le forfait. Or, dans la version initiale de ce PLFSS, le champ nous paraît effectivement réduit aux seuls établissements de santé et à deux pathologies. Une extension au secteur médico-social me paraît encore à réaliser.

Mme Annie Vidal. Mon amendement vise à étendre le champ de l'article 51 au secteur médico-social, qui pourra ainsi expérimenter non seulement de nouvelles règles de tarification, mais aussi de nouveaux modèles organisationnels. Décloisonner les financements et organisations facilitera la coopération entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, au service de l'optimisation du parcours des personnes prises en charge.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Mon amendement est identique. Il vise à déroger aux règles de tarification et d'organisation applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, dans le cadre de la mise en œuvre des expérimentations d'innovation du système de santé.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Avis favorable. Certes, l'amendement n'ajoute rien de concret au dispositif de l'article 51, tel que nous l'avons voté l'an dernier, mais il ne lui ôte rien non plus. Si vous estimez que cela peut rendre le texte plus compréhensible pour les fédérations, qui vous ont manifestement tous sollicités au sujet des protocoles expérimentaux dans le secteur médico-social, cela ne me pose aucune difficulté.

La commission adopte les amendements.

Puis elle adopte l'article 29 modifié.

Après l'article 29

La commission examine l'amendement AS535 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Il est demandé aux agences régionales de santé (ARS) de justifier de l'utilisation des financements publics devant le Parlement et les citoyens. Cet amendement vise donc à inclure, dans le bilan annuel de suivi de l'utilisation des dotations affectées au Fonds d'intervention régional (FIR), une évaluation de l'impact de ces financements sur la situation sanitaire régionale.

L'Académie de médecine a récemment poussé un cri d'alarme au sujet de la situation sanitaire dans la région Hauts-de-France. Nous ne prenons pas assez en compte aujourd'hui les besoins des territoires. S'il n'existe pas de manière de répartir entre eux les moyens financiers, nous n'arriverons pas à combler les écarts. Cet amendement vise donc à s'assurer que le FIR est bien réparti en fonction des besoins des territoires.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Il existe déjà un récapitulatif annuel, publié par chaque ARS avant le 15 octobre, de l'utilisation du FIR. Cela permet à chacun de se rendre compte de ce que vont financer ou non les ARS.

Si je comprends le sens de votre amendement, vous souhaitez qu'il y ait une sorte d'étude d'impact sur chaque ligne budgétaire, c'est-à-dire chaque sous-objectif du FIR, région par région. Cela me paraît une procédure trop lourde, et je vous invite donc à retirer votre amendement. À défaut, j'y serai défavorable.

M. Francis Vercamer. Cela fait plusieurs années que je dépose des amendements de ce type. À chaque fois, on me répond que c'est compliqué. Je comprends bien que ce puisse être compliqué au niveau administratif, la santé des populations est plus importante que la difficulté administrative. J'aimerais bien qu'un jour ou l'autre on se penche sur ce problème, que j'évoque depuis sept ans. Les Hauts-de-France ne sont pas la seule région concernée : les autres régions désindustrialisées sont également en train de « plonger » au niveau sanitaire.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS444 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Je reviens, moi aussi, sur un sujet évoqué il y a un an et qui ne semble pas « en marche », mais plutôt en train de faire du sur-place... (*Sourires.*)

La législation actuelle sur la télémédecine ne permet pas de s'assurer que les actes de téléradiologie, qui ne sont pas couverts par les textes régissant la télémédecine, soient réalisés conformément à la réglementation. Au côté de sociétés respectant la réglementation, des entreprises *low-cost* sont apparues, qui ne garantissent pas le respect de la réglementation et de la déontologie – ni d'ailleurs les tarifs médicaux réglementaires.

Il paraît ainsi qu'une société basée à Monaco vend des interprétations d'actes pour dix euros ! Cela pose des questions de responsabilité, mais aussi d'éthique, du fait du risque de transfert de données. Ces sociétés *low-cost* peuvent en outre multiplier les actes sans se soucier de leur pertinence.

C'est pourquoi je propose, par cet amendement, que la définition des actes de téléradiologie ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière soient fixées par décret. Cela permettrait de définir des règles communes, comme par exemple celles inscrites dans la charte de la téléradiologie

élaborée par le conseil professionnel de la radiologie et cosignée par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

Force est de constater, en effet, que les premiers désenchantés de la télé-imagerie apparaissent ; il ne faut pas que la télé-radiologie soit un cache-misère fournissant un service dégradé. Face aux inégalités territoriales et à un accès plus difficile aux soins, il ne faudrait pas qu'elle éloigne encore davantage les patients d'un service de qualité.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Il n'existe pas d'actes de télé-radiologie en tant que tels. La télé-médecine comprend cinq types d'actes médicaux, dont la télé-radiologie ne fait pas partie.

Vous exprimez une inquiétude au sujet de sociétés *low-cost* qui proposent, vraisemblablement depuis l'autre bout de la Terre, des interprétations d'actes d'imagerie ne présentant pas de garantie en termes de qualité et de sécurité des soins.

Faire respecter l'éthique et la déontologie est plutôt une responsabilité ordinale, de même que la répartition entre sociétés *low-cost* et sociétés qui ne sont pas *low-cost*. Cela ne se décrète pas, et cela s'inscrit encore moins dans la loi.

Quant à la valeur des actes, elle ne relève pas non plus du décret, mais fait plutôt l'objet d'une négociation conventionnelle entre les syndicats libéraux et l'assurance maladie. C'est dans ce cadre conventionnel que sont fixés des tarifs, qui doivent être respectés puisque la convention a force de loi en la matière. Il ne me semble donc pas nécessaire de préciser par décret ce qui relève de la voie conventionnelle ou de la compétence ordinale.

En revanche, nous devons veiller, sur l'ensemble du territoire, à éviter que ne se développent des centres *low-cost* de télé-radiologie qui pourraient nuire à la qualité des soins pour les malades. Pour l'heure, cependant, je n'ai pas recueilli d'informations quant à l'existence de telles dérives dans notre pays. Ce sont plutôt des groupes extrêmement sérieux qui sont en train de se constituer, souvent à partir de centres hospitaliers universitaires (CHU), et qui sont de nature à résoudre un certain nombre de difficultés dans l'accès aux soins spécialisés d'imagerie.

M. Jean-Pierre Door. Je comprends la réponse du rapporteur à notre collègue Bazin, mais il faut être très prudent vis-à-vis de la télé-médecine et de la télé-radiologie. On voit se développer, ici ou là, des sociétés annexes qui sont des sociétés *low-cost* ou tournées exclusivement vers le profit, émanant notamment de compagnies d'assurances et de mutuelles.

Je comprends que le Conseil de l'Ordre et la CNAM ont un rôle à jouer, mais il faudra probablement définir, soit dans la loi, soit par décret, des règles précises pour éviter de sortir du cadre normal de la médecine à la française.

M. Thibault Bazin. La nuit, dans certains centres, on peut difficilement compter sur la présence de radiologues car, contrairement aux urgentistes, ils reprennent le travail à huit heures le lendemain matin... Aussi les établissements qui sont en difficulté financière peuvent-ils être tentés de faire appel à des sociétés *low-cost*. Ce n'est donc pas une simple question ordinale.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS109 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il est proposé de transposer aux masseurs-kinésithérapeutes le dispositif existant pour les infirmières, qui prévoit, avant toute installation en secteur libéral, une durée minimum d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un établissement de santé. Cela permettrait notamment de répondre au manque de masseurs-kinésithérapeutes dans certains établissements, et donc à la surcharge de travail de ces praticiens découragés.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Vous avez raison de souligner que l'on manque de kinésithérapeutes à l'hôpital, et notamment à l'hôpital public, qui a perdu 40 % de son effectif de kinésithérapeutes ces dernières années. Pas moins de 80 % des kinésithérapeutes exercent aujourd'hui en secteur libéral, et 20 % en secteur public.

Mais les études de kinésithérapie prennent cinq ans. Si, à l'issue de ces cinq ans, vous commencez une carrière hospitalière, vous démarrez à 1 350 euros par mois... Peut-être faut-il se poser aussi des questions de cet ordre avant d'imposer à de jeunes kinésithérapeutes diplômés d'aller rendre service à la population, au sein des hôpitaux, avant de s'installer dans un cabinet de ville...

Comment valoriser, comment considérer les kinésithérapeutes dans notre système hospitalier ? Telle est la question. Je vous propose donc de retirer l'amendement, qui me semble injuste et pas forcément efficace. En revanche, je suis naturellement prêt à ce que l'on travaille à améliorer le statut de ces professionnels de santé.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. C'était exactement ce que je voulais vous entendre dire !

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS90 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Par cet amendement, je propose de permettre aux fédérations hospitalières privées de participer aux commissions qui définissent le tarif de secteur pour les médecins salariés.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je suis d'accord avec vous sur le principe, non sur l'application.

Vous souhaitez que les fédérations hospitalières privées participent à la négociation conventionnelle, qui réunit aujourd'hui les médecins libéraux, l'assurance maladie et les organismes de mutuelle complémentaire santé, mais n'y a pas de consultations et d'actes externes dans le seul secteur privé : il y en a aussi dans le secteur public, ainsi que dans le secteur privé non lucratif.

C'est une demande récurrente, depuis un certain nombre d'années, de l'ensemble des fédérations hospitalières que de disposer d'un droit de regard sur la fixation de tarifs qui s'appliquent aussi bien à l'hôpital qu'à la médecine de ville. Mais notre cadre historique, renforcé par la création de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), prévoit que les négociations conventionnelles et le dialogue social mené dans le cadre conventionnel sont exclusivement réservés aux syndicats représentatifs des médecins libéraux, à l'assurance maladie et aux organismes complémentaires.

Les fédérations hospitalières ont d'autres lieux pour faire valoir leurs droits et leurs revendications. Encore une fois, sur le principe, je ne trouverais pas du tout choquant, et encore moins anormal, que les hôpitaux puissent dire leur mot, voire avoir un droit de regard, sur des tarifs qui leur sont appliqués. Mais, par respect pour le dialogue conventionnel, j'émet un avis défavorable.

J'ajoute que votre amendement mentionne la seule « *fédération hospitalière privée* », ce qui est une forme de taquinerie vis-à-vis des autres fédérations...

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Mon amendement n'évoque pas la seule « *fédération hospitalière privée* », mais les « *fédérations représentatives* ».

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS209 de M. Gilles Lurton, AS385 de Mme Jeanine Dubié et AS482 de M. Francis Vercamer.

M. Alain Ramadier. L'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 avait introduit dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 162-21-2 qui, selon l'étude d'impact du PLFSS pour 2018, « *a posé le principe selon lequel tous les transports inter-établissements devraient être pris en charge par les établissements de santé à compter du 1^{er} mars 2018, et ce en lieu et place d'une facturation directe à l'assurance maladie* ».

Or, le coût précis de cette réforme pour chaque établissement demeure encore aujourd'hui inconnu car, selon leur régime financier, leurs tarifs de prestations ou leur dotation annuelle ne comportent pas le montant représenté par les transports inter-établissements qu'ils sont censés assumer désormais.

C'est pourquoi le présent amendement tend à prévoir, d'une part, que ce montant figure expressément dans les arrêtés relatifs aux dotations et tarifs de tous les établissements de santé et, d'autre part, qu'une évaluation du dispositif permette de revoir les tarifs calculés en 2018, et de prendre en compte les facteurs d'augmentation des coûts des transports.

M. Francis Vercamer. La LFSS pour 2018 a reporté au 1^{er} octobre 2018 l'entrée en vigueur du principe édicté par la précédente LFSS, mais les difficultés constatées demeurent : les tarifs et dotations aux établissements de santé ne sont pas publiés ; la réforme ne prend pas en compte les territoires, et notamment les territoires qui posent des problèmes de circulation, par exemple les territoires de montagne, où la distance à parcourir et, partant, le coût du transport – peut varier du simple au double.

C'est pourquoi je propose que le Gouvernement évalue financièrement le coût de ces transports, afin d'effectuer un ajustement des tarifs.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Le transport inter-établissements est un vrai sujet. Les fédérations sont extrêmement sensibles sur ce point. C'est une réforme complexe. Vous parlez de transparence ? Eh bien, tout le monde est sur le pont pour l'assurer, car il y a une vraie prise de conscience des difficultés que cela peut poser. Une réflexion est en cours.

Ce que vous proposez ne relève cependant pas de la loi. Améliorer la transparence sur l'intégration des transports et sur leur tarification n'est pas du domaine législatif. Je ne peux donc accepter l'amendement en l'état, même si je surveille de très près cette situation, qui peut avoir des conséquences économiques sur l'ensemble des établissements de santé.

La commission rejette les amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS659 du rapporteur général.

M. Olivier Véran, rapporteur général. L'activité des services d'urgences des établissements de santé en France augmente de 2 % à 3 % par an en moyenne actuellement. Ce sont 23 millions de patients qui frappent chaque année à la porte des urgences. Certaines études estiment cependant qu'entre 25 % et 30 % des patients pris en charge aux urgences ne relèvent pas du tout de ce type d'accueil, et ressortent d'ailleurs de l'établissement sans avoir subi le moindre examen complémentaire – ni imagerie, ni rien qui fasse appel un plateau technique – et sans faire l'objet d'un diagnostic de sévérité.

Il s'agit pour une large part de patients qui peinent à trouver un médecin en ville ou à l'hôpital et qui se rendent aux urgences faute d'autre solution. Parfois ils appellent SOS Médecins, parfois ils essaient d'appeler leur généraliste, parfois ils vont directement aux urgences. Pour un certain nombre de patients entre aussi en ligne de compte le fait qu'il n'y a ni reste à charge ni ticket modérateur à payer.

Quoi qu'il en soit, cette explosion de l'activité de médecine d'urgence met en grande difficulté les équipes médicales et paramédicales, qui sont saturées. Quiconque a fait l'expérience de se rendre aux urgences y aura trouvé un personnel dévoué, mais aura eu sans doute la mauvaise expérience de patienter plusieurs heures sur un brancard avant de pouvoir quitter l'établissement... Cela pose un véritable problème.

C'est pourquoi, pour ces six millions de personnes qui ne relèvent pas des urgences mais qui s'y présentent, nous avons mis en place, depuis quelques années, des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) ou des centres de soins urgents non programmés en ambulatoire, censés éviter aux personnes concernées de devoir se rendre aux urgences.

Or, le système actuel de financement « à l'activité » n'incite pas les établissements de santé à réorienter les patients ni à travailler davantage en coopération avec ces structures ambulatoires de soins urgents non programmés, lorsque ces structures existent. J'ai moi-même rencontré des urgentistes ou des infirmières d'accueil qui m'expliquaient que proposer à un patient qui a une otite d'aller plutôt à la maison de santé qui se trouve à 500 mètres revenait à « se tirer une balle dans pied », puisque ce type de patient ne prendra pas beaucoup de temps aux équipes des services d'urgences, mais « rapportera » à l'établissement.

Permettez-moi un exemple. J'ai vu le cas d'un hôpital qui a mis en place, dans ses urgences pédiatriques, une structure de consultations externes où vont exercer des pédiatres et des médecins généralistes libéraux. Cette structure d'urgence recevait à peu près 30 000 enfants par an dans ses urgences saturées. Désormais, ses équipes ont réussi à réorienter 5 000 enfants vers la structure ambulatoire. Les enfants sont donc pris en charge tout de suite, sans délai. Cela permet de réduire la surcharge de travail au sein des urgences.

Eh bien, que s'est-il passé ? L'assurance maladie a évidemment payé les consultations médicales pour les 5 000 enfants dans la maison médicale de garde, mais, de ce fait, n'a plus donné de forfait au service des urgences, au motif qu'il n'avait pas soigné. Ainsi, l'hôpital a perdu 400 000 euros. Or il n'avait pas suffisamment réduit son activité pour réduire son équipe soignante... Il faut arriver à casser ce cercle non vertueux.

C'est pourquoi j'avance une proposition qui peut paraître originale, mais qui a du sens, et qui a été mise en place dans d'autres pays avec un succès jamais démenti.

Le principe est le suivant : si le patient qui arrive avec une otite aux urgences repart avec un rendez-vous en ville ou à l'hôpital, on alloue à celui-ci, au lieu du forfait d'urgence qui est actuellement d'une centaine d'euros, un « forfait de réorientation ». Je précise que la décision de réorientation est prise par un médecin urgentiste ou, pourquoi pas, par un infirmier ou une infirmière d'accueil, dans le cadre d'un protocole bien arrêté avec les équipes médicales.

Ensuite, ce forfait de réorientation est financé par le fait que, s'il y a une solution alternative, l'hôpital ne percevra certes plus, pour le patient arrivé aux urgences pour une otite sans gravité, le tarif d'une consultation d'urgence, mais percevra tout de même celui d'une consultation spécialisée, si bien que le dispositif n'est absolument pas coûteux ; il n'y a pas de perdants.

Troisième étage de la fusée : on parerait aux cas de renoncement aux soins pour raisons financières : si un patient est réorienté des urgences vers la médecine de ville ou vers une consultation hospitalière, il n'y aura pas de reste à charge ni de ticket modérateur.

Enfin, j'y insiste, le patient aura toujours le droit de refuser la réorientation et de dire qu'il souhaite malgré être traité aux urgences. Voilà, c'était un peu long, mais le sujet est technique et, je pense, important.

Mme Delphine Bagarry. Merci, monsieur le rapporteur, de nous proposer cet amendement vertueux et bénéfique à toutes les parties.

J'aurais cependant souhaité le sous-amender, mais n'ai pu le faire à cause des règles de recevabilité financière de l'article 40. J'ai à l'esprit les hôpitaux de proximité qui, souvent, accueillent et réorientent les patients vers un cabinet, une maison de santé ou une structure de soins coordonnée. Peut-être faudra-t-il suggérer à la ministre qu'elle réfléchisse à une reconnaissance de ces hôpitaux de proximité et de la mission de service public qu'ils honorent, en les faisant bénéficier de cette aide que vous proposez.

M. Jean-Pierre Door. Le rapporteur a raison dans son diagnostic : au moins 60 % des urgences ne sont pas réellement justifiées.

Mais le diable se cache dans les détails car, pour orienter ou réorienter, il est absolument nécessaire d'avoir des garanties sur l'organisation d'une prise en charge en ville. Or vous connaissez l'état démographique actuel de la médecine de ville... La vraie réponse est donc à chercher du côté de la réorganisation de de l'offre de soins : c'est ce que nous faisons tous, en développant les maisons médicales de garde, les maisons pluridisciplinaires de santé, les plateformes de téléconsultation...

Quant au forfait de réorientation, il revient à rémunérer l'hôpital pour avoir renvoyé le patient : ce n'est pas ce que l'on attend d'un service public, et cela me choque donc un peu.

M. Jean-Louis Touraine. Je suis tout à fait d'accord avec les constatations et les objectifs du rapporteur, mais je serais d'avis de préciser que le renvoi ne puisse avoir lieu qu'après avis d'un médecin du service d'urgence.

En effet, que se passera-t-il lorsqu'un malade, après avoir été reçu, sera réorienté sur décision d'un agent administratif ou d'un soignant qui n'aura pas eu le temps de l'examiner, et qu'on se rendra compte plus tard qu'il s'agissait d'une

femme frappée d'un infarctus du myocarde asymptomatique, c'est-à-dire peu manifeste, ou affectée par telle autre variété de symptôme non évident ? On dira que l'hôpital n'a pas rempli sa mission et ne s'est pas rendu compte de la gravité de la situation. Il faut donc qu'il y ait, au niveau du service d'urgence, un médecin pour prendre la responsabilité d'orienter le malade. Sans cela, la chaîne de responsabilité sera extrêmement difficile à établir et nous aurons sur la conscience le fait que quelqu'un n'aura pas bénéficié du plateau technique de l'hôpital, alors qu'il aurait dû en bénéficier malgré une symptomatologie trompeuse.

Le médecin urgentiste est tout à fait capable de savoir si, derrière un symptôme trompeur, il peut y avoir quelque chose qui mérite quand même des examens à l'hôpital. Je crois que c'est une garantie qu'il faudrait ajouter, pour être sûrs qu'il n'y aura pas demain un scandale sanitaire.

M. Pierre Dharréville. Je nourris de nombreuses réserves à l'endroit de cet amendement, dont on ne mesure sans doute pas bien tous les effets, y compris financiers.

Je crains qu'il n'apporte pas de vraie solution au problème qui nous occupe, et je ne crois pas qu'on puisse régler celui-ci par le biais d'incitations ou de sanctions financières.

Je ne crois pas non plus qu'on puisse dire les gens se rendraient à l'hôpital de façon abusive. Je suis également sceptique envers l'idée de payer les hôpitaux pour renvoyer les gens ailleurs : cela me semble de nature à renforcer encore le renoncement aux soins, mais aussi à créer des problèmes tels que ceux que vient d'évoquer notre collègue Jean-Louis Touraine.

Il y a tout de même une responsabilité médicale : lorsqu'on se rend aux urgences, ce n'est pas pour en être renvoyé, mais pour être vu par un médecin. Les équipes sont formées pour accueillir, de manière inconditionnelle, tous ceux et toutes celles qui viennent frapper à leur porte. Par votre amendement, vous modifiez la philosophie de l'accueil au sein des urgences. Je pense que c'est extrêmement problématique et que cela ne peut, en tout cas, se faire au détour d'un simple amendement au PLFSS.

Le problème est un problème de démographie médicale, que cet outil ne va pas régler. Il s'agit d'une mauvaise solution.

M. Thomas Mesnier. Monsieur le rapporteur, vous avez parfaitement posé le problème. Pour bien connaître le terrain – j'étais encore il y a quelques mois médecin urgentiste – et avoir beaucoup travaillé le sujet dans le cadre d'une mission pour l'amélioration des soins non programmés, je confirme que le biais créé par le financement à l'activité dans les services d'urgence est criant. Le système tourne en rond à cause du financement.

Certains services d'urgence procèdent déjà à la réorientation des patients, qui est permise par le code de la santé publique mais découragée par le

financement actuel du système hospitalier. Cet amendement permettra de remettre du bon sens et de la vertu dans le système, de soutenir sur le terrain les services d'urgence et de retisser le lien avec la médecine de ville. Tout le monde y trouvera son compte, professionnels de santé comme patients.

M. Brahim Hammouche. Cet amendement me semble plutôt aller à contresens que dans le bon sens ! Il s'agit bien des services d'accueil et d'urgence, mais le terme « *accueil* » a disparu de l'appellation courante. Lorsqu'une personne se présente à l'hôpital, elle s'attend à y être accueillie, puis auscultée, diagnostiquée et se voir proposer un traitement ; elle ne s'attend pas à ce qu'on l'invite à retourner en ville consulter un médecin. Ce n'est pas le sens de sa demande.

Mme Gisèle Biémouret. Cet amendement soulève deux problèmes, à commencer par celui des déserts médicaux : où renvoyer le patient lorsque les médecins manquent en ville ? Par ailleurs, les services des urgences des hôpitaux en milieu rural accueillent tout le monde, et avec plaisir car cela permet de maintenir un taux d'occupation et de préserver le service, nécessaire pour les urgences vitales. Mieux vaudrait garantir le maintien des urgences dans des centres hospitaliers en milieu rural, quel que soit le nombre de passages dans leur service.

M. Alain Bruneel. Nous le constatons tous, il y a un monde fou aux urgences, dans les zones d'accueil et d'orientation, et les conditions sont épouvantables. J'ai visité plusieurs centres où personnes âgées et enfants, femmes et hommes se trouvaient dans la même salle, sans intimité. Il manque environ 750 médecins urgentistes. Si cet amendement a le mérite de provoquer la réflexion sur cette question, il ne réglera pas tout, ni le fait que 30 % de personnes renoncent aux soins, vous l'avez souligné, ni le déficit de personnel. La première urgence est de recruter des médecins urgentistes.

M. Francis Vercamer. Monsieur le rapporteur, vous traitez d'un sujet très important, celui des urgences et de l'habitude qu'ont les Français de les utiliser en premier recours. Dans ma circonscription, le service d'urgence de l'hôpital de Roubaix est saturé par les visites de premier recours. Votre amendement est intéressant mais je ne pense pas qu'il soit mûr pour passer dans le PLFSS.

Pourquoi ? Nous avons tous à l'esprit la mort scandaleuse d'une femme qui, ayant appelé le SAMU, a été réorientée vers la médecine de ville. Cela a entraîné fort légitimement une polémique par voie de presse et soulevé des questions dignes d'intérêt. C'est précisément pour éviter ce genre de situations que la réorientation doit passer par un diagnostic. Cela a un coût, qui doit être facturé par l'hôpital.

Par ailleurs, je pense qu'une telle mesure ne peut être que transitoire, l'objectif étant de traiter les déserts médicaux. Si les gens vont aux urgences en premier recours, c'est aussi parce qu'ils ne trouvent pas de médecins de ville à proximité de chez eux.

Mme Martine Wonner. Cet amendement est tout à fait intéressant et, dans la suite du rapport de Thomas Mesnier, propose une solution pour réduire le nombre de personnes accueillies dans les services d'urgence. Je rappelle que les mesures du plan de transformation en profondeur de notre système de santé, « ma santé 2022 » portent plutôt sur l'amont, pour éviter que les gens n'arrivent aux urgences. Je crains que cette proposition de forfait fige, ou avalise un système dont on ne veut plus aujourd'hui. Enfin, pour rebondir sur les propos de Mme Delphine Bagarry, le parcours du patient, en amont des urgences, pourrait aussi passer par les établissements de santé communautaires.

M. Adrien Quatennens. Nous craignons que le virage ambulatoire que vous appelez de vos vœux ne devienne, avec cet amendement, une ligne droite vers le fossé. Le fait que, demain, les urgentistes puissent faire le tri et renvoyer les patients vers la médecine libérale, alors qu'un délai dans la prise en charge peut être crucial, voire mortel, nous inquiète particulièrement.

C'est prendre le problème par le mauvais bout. Les causes menant à la saturation des services d'urgence ont été identifiées, analysées et commentées sur les différents bancs de notre assemblée. Elles tiennent aux déserts médicaux mais aussi au fait que trois Français sur dix renoncent à se soigner pour des raisons financières. Les renvoyer vers des services libéraux qui factureront ces prestations pose problème.

Si ce PLFSS avait été le cadre d'une régulation, si vous aviez fait votre proposition pour lutter contre les déserts médicaux – instaurer un corps de médecins fonctionnaires, dont les études seraient financées, et qui s'installeraient à certains endroits –, si votre objectif était de lutter contre la précarité financière, qui fait que beaucoup de nos concitoyens n'accèdent aux soins que par les services d'urgence, notamment parce que les dépassements d'honoraires sont trop nombreux, peut-être serions-nous amenés à vous suivre dans cette logique. Sans mesures de régulation, vous passez à côté des causes profondes de la saturation des urgences. Ce n'est certainement pas en faisant de la sélection que vous réglerez le problème.

M. Cyrille Isaac-Sibille. La question est de savoir qui procédera au tri. Un tel amendement pourrait permettre de fluidifier le système intra-hospitalier, puisque les patients pourront être adressés à un service spécialisé, mais je ne vois pas l'hôpital renvoyer un patient vers le secteur libéral sans qu'un diagnostic ait été posé. Et ce diagnostic doit être payé.

M. Gilles Lurton. Mme Biémouret s'étant parfaitement exprimée, je nous ferai gagner du temps en ne reposant pas la question.

M. Bernard Perrut. On connaît le constat : les urgences sont engorgées à tout moment du jour et de la nuit. Si votre intention est louable, monsieur le rapporteur, il manque un certain nombre d'éléments pour que l'on puisse vous suivre sur cette proposition, ne serait-ce que sur l'organisation sur le terrain. Pour que les médecins soient en capacité de recevoir le plus rapidement possible les personnes qui se présentent aux urgences, il faut une organisation territoriale, et pour cela travailler en amont sur la mise en place des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Celles-ci permettent justement aux médecins de s'organiser, en lien avec les hôpitaux. Le Président de la République lui-même a appelé il y a quelques semaines les professionnels à se structurer.

N'est-ce pas là la priorité ? Les hôpitaux doivent savoir vers quels médecins il faut renvoyer les patients. Par ailleurs, les conditions dans lesquelles s'effectuera cette réorientation posent la question de la responsabilité, dans la mesure où le pronostic vital peut être engagé dans les minutes qui suivent la sortie des urgences. Votre amendement est un appel, mais il ne peut en aucune manière résoudre le problème. D'autres éléments doivent être mis en place au préalable.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Le problème des urgences est certainement lié à la démographie médicale, mais recruter plus d'urgentistes n'est pas une réponse immédiate, dans la mesure où former un urgentiste demande douze ans. Il faut donc agir dans l'intervalle et impulser le changement.

Certains intervenants ont posé la question du coût : il est vrai que la réorientation, le conseil prennent du temps, et que cela se valorise.

Dans les équipes, il n'y a pas que des médecins : d'autres professionnels de santé peuvent prendre part à la réorientation. Un protocole bien carré permet de savoir si un cas relève ou non d'une urgence. Et, cela a été dit, il faut compter avec les CPTS et les mesures du plan « ma santé 2022 » : on ne renverra pas les personnes dans la nature, elles seront prises en charge par les acteurs d'un réseau.

On ne le dit pas, mais les personnes accueillies aux urgences sont souvent très angoissées, sans que leur état de santé le justifie forcément, parce qu'elles n'ont pas toujours l'éducation qui leur permet d'en juger. Donnons des outils à la population pour gérer sa propre santé, et l'engorgement des services sera moindre. Mes collègues médecins généralistes le diront : les gens pourraient prendre en charge eux-mêmes bien des choses.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Ce n'est pas une proposition qui « sort du chapeau ». Elle s'inspire de plusieurs missions sur le financement des hôpitaux publics et des urgences, ainsi que de pratiques dans les pays voisins, où le nombre de patients admis aux urgences, contrairement à ce qui s'est passé en France, n'a pas augmenté de façon massive. C'est fort de ces observations et de ces discussions, depuis plusieurs années, que je fais cette proposition.

Je rappelle que j'ai interrogé la ministre de la santé la semaine dernière sur ce point. Elle a affirmé son soutien à cette proposition et souhaité qu'elle

intervienne dans le cadre de ce débat. D'ailleurs, si cela n'avait pas été le cas, je n'aurais pas pu présenter cet amendement, qui aurait pu être considéré comme une dépense.

Jean-Louis Touraine, notamment, a expliqué que le patient devait être vu par un médecin. Cela sera bien sûr le cas, sauf lorsqu'un infirmier, peut-être en pratique avancée, pourra le recevoir dans un cadre protocolisé. Mais je n'imagine pas, pour avoir fait un paquet de gardes aux urgences, que l'on puisse conseiller à une personne se présentant aux urgences avec une douleur thoracique d'aller consulter le lendemain en ville. Nous parlons bien de la petite bobologie, de l'entorse bénigne qui ne nécessite pas de radiologie, de l'otite, de petites choses évidentes. Nous sommes à dix mille lieues, monsieur Vercamer, du drame survenu à Strasbourg où une femme se plaignant d'une douleur thoracique et disant au SAMU qu'elle se sentait mourir n'a pas été prise en charge.

Nous ne parlons pas des 23 millions de patients qui arrivent aux urgences, mais des 6 millions qui en sortent sans avoir reçu le moindre acte complémentaire. Le coût moyen d'un patient accueilli aux urgences s'élève à 161 euros. S'il présente une otite ou une entorse bénigne, cela représente une part de financement non négligeable pour l'hôpital. Très clairement, celui-ci n'est pas incité à renvoyer le patient vers une consultation de ville.

La réorientation ne consiste pas à mettre à la porte un patient. C'est une équipe aux urgences qui prend son téléphone, trouve un rendez-vous avec un médecin libéral ou à l'hôpital et remet ce rendez-vous de consultation au patient. Elle doit répondre précisément à sa demande, dans les délais nécessaires. C'est effectivement un travail de fond : le patient n'est certainement pas laissé à lui-même, encore moins à la rue.

Madame Bagarry, vous avez raison de dire que les hôpitaux de proximité n'ont pas de service d'urgence mais reçoivent des patients de façon spontanée. Il n'existe pas de tarification au forfait ou à l'activité aux urgences. Il me semble intéressant de réfléchir à adapter le modèle pour les hôpitaux de proximité, pour valoriser cette activité. Je vous propose que nous en discutions directement avec la ministre en séance.

Les tarifs ne sont pas fixés dans la loi. Les fédérations seront consultées pour la mise en place du dispositif. J'ai moi-même commencé cette concertation pour trouver le juste niveau de rémunération, faire en sorte qu'il n'y ait pas de perdant avec ce dispositif. Le texte prévoit que celui-ci sera évalué à échéance de deux ans, donc à très court terme, pour vérifier sa faisabilité, son efficacité, et les conséquences sur l'offre de soins urgents non programmés pour l'ensemble des patients.

Si vous en doutez encore, interrogez un urgentiste ou un médecin qui travaille dans une maison médicale de garde : il ne lui est pas naturel de dire à un patient qui ne nécessite pas une prise en charge d'aller à 300 mètres consulter un

médecin. Le système actuel n’y incite pas du tout. Je m’adresse à la gauche : cette proposition, d’une certaine manière, permet de sortir du financement à l’activité aux urgences, qui est le système de financement le plus pervers que l’on puisse trouver, lié au financement à l’activité à l’hôpital.

La commission adopte l’amendement.

Elle est saisie des amendements identiques AS87 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS390 de Mme Jeanine Dubié.

M. Paul Christophe. Les établissements publics de santé sont largement majoritaires dans l’attribution annuelle des dotations au titre des missions d’intérêt général et d’aide à la contractualisation (MIGAC). Cette situation, qui laisse aux autres catégories d’établissements de santé moins de 2 % de l’enveloppe nationale dédiée aux MIGAC, n’est conforme ni à la lettre de l’article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, qui ouvre cette possibilité pour toutes les catégories d’établissements, ni aux nécessités du système de santé, qui impliquent une prise en compte plus équilibrée de l’action des établissements privés dans le champ couvert par la MIGAC.

C’est la raison pour laquelle cet amendement tend à poser un principe d’attribution équitable de ces dotations entre les différentes catégories d’établissements de santé.

Mme Jeanine Dubié. Une répartition très inégalitaire des dotations au titre des MIGAC ayant été constatée, cet amendement organise une attribution plus équitable entre les différentes catégories d’établissements de santé, comme le prévoit d’ailleurs l’article L. 162-22-13 du code de la Sécurité sociale.

M. Olivier Véran, rapporteur général. On retrouve ces amendements chaque année lors de l’examen du PLFSS. La loi ne favorise pas telle ou telle catégorie d’établissements de santé. La plupart des missions d’intérêt général et d’aide à la contractualisation sont assurées dans leur définition propre par les établissements et services publics. Par voie de conséquence, les dotations sont davantage attribuées au secteur public. Toutefois, tout est un jeu d’équilibre et ce qui est donné à l’un sous une forme peut être donné à l’autre, sous une forme différente. Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Puis elle examine les amendements identiques AS98 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS389 de Mme Jeanine Dubié.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Le code de la sécurité sociale ne mentionne pas expressément la mise en œuvre des politiques européennes en matière sanitaire comme pouvant donner lieu à compensation au titre des MIGAC.

Cette proposition d'amendement vise à élargir la portée de ce texte. Cela fait suite à une note d'information du ministère des solidarités et de la santé « *visant à rappeler aux pharmacies d'officine et aux établissements de santé leurs obligations prévues par le règlement délégué (UE) 2016/161* ». Cette note d'information énonce que « *la mise en œuvre du règlement délégué nécessite des adaptations techniques et informatiques, voire organisationnelles qu'il est nécessaire d'anticiper dès maintenant pour sa mise en application effective à partir du 9 février 2019 [...] La vérification des dispositifs de sécurité constituera une opération nouvelle pour les pharmaciens d'officine et de pharmacie à usage intérieur – PUI. Elle impose que les pharmacies d'officine et les établissements de santé soient équipés d'un système permettant de vérifier l'identifiant unique de chaque boîte de médicaments* ».

La mise en œuvre du règlement délégué du 2 octobre 2015 nécessitera des réorganisations d'ampleur dans la plupart des établissements concernés, générant un surcoût important. Il importe que celui-ci soit compensé en tout ou partie par une dotation financière adaptée, au titre des aides à la contractualisation.

Mme Jeanine Dubié. Cet amendement concerne les conditions de mise en œuvre du règlement délégué du 2 octobre 2015, qui nécessitera des réorganisations d'ampleur dans la plupart des établissements concernés. Il importe que le surcoût important qui en découlera soit compensé en tout ou partie par une dotation financière adaptée, au titre des aides à la contractualisation. Comme l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale ne mentionne pas expressément la mise en œuvre des politiques européennes en matière sanitaire comme pouvant donner lieu à compensation au titre des MIGAC, cet amendement vise à en élargir la portée.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Il est vrai que les crédits MIGAC sont attribués pour accompagner la mise en place de normes locales. Considérant que la mise en œuvre des normes européennes peut engendrer des coûts, comme ce sera le cas de la sérialisation des médicaments, vous proposez d'accompagner les établissements. Sachez que les fédérations et le ministère de la santé travaillent actuellement à la réduction des coûts de la sérialisation des médicaments.

À titre personnel, je ne suis pas défavorable à une modification des règles d'attribution des MIGAC. Ecrire dans la loi que l'on peut tenir compte des normes européennes permettrait d'augmenter les indications d'attribution. Je ne vois pas de raison de rejeter ces amendements, mais je ne suis pas certain que cette possibilité aura un impact. En séance, la ministre présentera peut-être des arguments plus étayés en défaveur de ces amendements. Pour le moment, je m'en remets à la sagesse de la commission.

La commission adopte les amendements.

Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS88 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS192 de M. Stéphane Viry et AS259 de M. Jean-Carles Grelier.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il s'agit de demander aux ARS de venir devant la représentation nationale pour justifier des dépenses.

M. Jean-Carles Grelier. Nous proposons effectivement d'inciter et d'inviter les ARS à rendre des comptes devant la représentation nationale sur l'usage qui est fait des deniers du contribuable. Je n'irai pas jusqu'à dire que la personne du député est sacrée, mais de grâce, monsieur le rapporteur, ne me faites pas la même réponse qu'à M. Vercamer en arguant de difficultés administratives !

M. Jean-Pierre Door. Il serait bon que les parlementaires puissent siéger aux conseils de surveillance des ARS. Une modification de la loi en ce sens permettrait de disposer des documents et notamment de connaître, ce qui est important pour les élus locaux, le détail de l'utilisation du fonds d'intervention régional et des missions d'intérêt général.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Toutes les données sont déjà publiées : l'annexe IV du rapport sur le financement des hôpitaux remis chaque année au Parlement collige la totalité de l'utilisation des MIGAC. La difficulté n'est pas administrative, elle réside simplement dans la lecture quelque peu âpre de ce document. Je vous suggère de retirer ces amendements, faute de quoi l'avis sera défavorable.

La commission rejette les amendements.

Puis elle examine l'amendement AS660 du rapporteur général.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Depuis un peu plus de dix ans, les établissements de santé se voient accorder des autorisations pour certains types de prise en charge, notamment la chirurgie carcinologique, dite « lourde ». Ces autorisations sont fondées sur des critères de qualité, de sécurité, mais surtout d'activité, tenant compte de seuils.

Le rapport de Guy Vallancien a démontré il y a une quinzaine d'années que lorsqu'une équipe n'a pas suffisamment de pratique en chirurgie cancérologique, le risque de complications pour le patient opéré augmente de façon sensible. Des seuils ont donc été mis en place dans les établissements de santé, ce qui a permis, avec une politique d'accompagnement des établissements, une concentration des plateaux techniques susceptibles d'opérer les malades atteints d'un cancer. Beaucoup d'établissements qui opéraient des patients ne le font plus.

Toutefois, cela n'est pas suffisant. Il faut savoir que, pour le cancer du sein, et pour ne citer que celui-ci, 4 % à 5 % des patientes, soit 2 000 femmes, sont encore opérées dans des centres qui ne disposent pas d'une autorisation, et dont l'activité est insuffisante pour garantir la sécurité et la qualité des soins. Sur 500 centres hospitaliers accueillant des patientes atteintes d'un cancer du sein, une centaine ne sont pas autorisés à le faire.

Or, avec le développement sur l'ensemble du territoire des centres de lutte contre le cancer et l'organisation de plateaux techniques dotés d'équipes très expérimentées et matures dans la prise en charge du cancer, il existe une offre. De surcroît, il ne s'agit pas d'une prise en charge en urgence, comme dans le cas d'une infection virale, puisque plusieurs semaines peuvent s'écouler entre le moment où l'indication chirurgicale est posée et l'intervention. Toute patiente peut donc être orientée. Elle peut aussi, si elle hésite sur le choix de la filière de soins, prendre conseil auprès du centre de lutte contre le cancer.

Les conséquences sont importantes. Il est attesté que la mortalité à un an et à deux ans après la chirurgie d'un cancer du sein est multipliée par 2, voire par 2,5, si la patiente a été opérée dans un centre qui n'avait pas une activité suffisante.

Or on constate qu'il n'y a pas de communication aujourd'hui entre la main gauche, qui accorde l'autorisation, et la main droite, qui finance : un établissement qui n'est pas autorisé à exercer cette activité continue de percevoir les financements qui y sont liés.

Cet amendement ne vise en aucun cas à dérembourser le patient, qui n'y est pour rien et qui n'a de surcroît aucun moyen de savoir si l'équipe qui va l'opérer est autorisée à le faire – il arrive que celle-ci ne le sache pas non plus.

Il prévoit que l'assurance maladie pourra récupérer auprès de l'établissement de santé les sommes indûment facturées au titre de la chirurgie de ces cancers. Ce remboursement n'est pas systématique, car il arrive que, dans un établissement non autorisé, des patients soient opérés en urgence – on peut découvrir au bloc un cancer de l'ovaire chez une patiente admise pour une péritonite, par exemple. Dans ce cas, l'établissement ne sera pas pénalisé. Il peut aussi arriver que, dans un établissement dont l'activité n'est pas suffisante pour assurer la qualité et la sécurité des soins, un patient en fin de vie subisse une chirurgie compassionnelle pour le soulager de grandes douleurs, et sans avoir à attendre plusieurs semaines.

En revanche, des équipes continuent d'opérer des malades alors qu'elles ont été averties et que les risques de complications sont avérés. Dans ces cas, la désincitation financière *via* le remboursement des sommes facturées est une solution.

Cet amendement a reçu de très nombreux soutiens, notamment de la part du président de l'institut national du cancer (INCa), de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), de l'assurance maladie et de la présidente de la Ligue contre le cancer.

Il ne s'agit pas de stigmatiser qui que ce soit, mais d'améliorer l'offre de soins de qualité et la sécurité. Les seuils sont bas au regard de ce qui existe à l'étranger, et nous avons une tolérance à la pratique bien plus élevée que chez nos voisins. Pour certains cancers, les seuils sont même inexistantes. Cela ne relève pas

de la loi, mais des travaux sont en cours du côté de l'INCa pour fixer des seuils là où ils n'existent pas. En chirurgie du cancer de l'ovaire, l'application d'un tel seuil ferait que 60 % des patientes actuellement traitées le seraient dans des centres sans autorisation. Vous le constatez, on peut vraiment progresser.

Mme Gisèle Biémouret. On ne peut être que d'accord avec vous, monsieur le rapporteur, mais avez-vous une idée des raisons pour lesquelles ces personnes se rendent dans ces établissements où elles courent de grands risques ? Est-ce seulement lié à un manque d'information ou les raisons peuvent-elles être financières ? Peut-être oriente-t-on plus facilement les plus exclus vers ces établissements qui ne sont pas « performants » – je tiens aux guillemets – parce qu'ils ne savent pas poser les bonnes questions ?

Mme Caroline Fiat. Il m'est difficile d'entendre parler de « performance » dans les hôpitaux. Nous sommes tous d'accord sur le fait que c'est bien la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), dont vous n'êtes pas responsables, qui a fait que les hôpitaux ont opéré de plus en plus pour survivre. La disparition de la T2A devrait permettre de remédier à cette situation.

Il faut aussi penser au fait que les plateaux techniques sont parfois très éloignés et que les patients préfèrent être opérés dans des établissements où leurs proches pourront plus facilement leur rendre visite. Je crains que des dispositions telles que celles-ci ne hâtent la fin des hôpitaux de proximité, même si la ministre a affirmé qu'ils ne disparaîtront pas.

M. Jean-Pierre Door. Monsieur le rapporteur, les services de chirurgie oncologique bénéficient d'autorisations délivrées par les ARS, mais aussi par les groupements hospitaliers de territoire (GHT). Cette disposition ne vise-t-elle que les établissements privés ? On voit mal, en effet, comment un établissement public pourrait rembourser un acte de chirurgie à l'assurance maladie.

Mme Stéphanie Rist. Cet amendement très intéressant permettra d'appuyer les projets médicaux des GHT, puisqu'il faut une graduation de la prise en charge dans les projets médicaux partagés. Pour soutenir ces projets médicaux, il est important de faire cesser le paiement là où les patients sont moins bien pris en charge.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Cet amendement fort pertinent renforce la qualité et la sécurité des soins pour les patients. J'ai entendu tout à l'heure dire qu'il ne fallait pas parler de performance dans nos hôpitaux. Je pense au contraire qu'une démocratie sanitaire digne de ce nom doit donner la même chance d'accéder aux savoir-faire techniques et à des soins de qualité quel que soit le lieu de résidence du patient. On ne peut que soutenir un tel amendement lorsque l'on sait que le taux de survie peut être deux fois moindre en fonction de l'établissement où la personne a été opérée.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Pourquoi les patients se rendent-ils dans ces établissements ? D'abord, ils ne savent pas que l'établissement n'est pas autorisé, car ce n'est pas affiché à l'entrée. Il faut que nous prenions conscience collectivement du manque de transparence existant, que nous devons combler. La semaine dernière encore, une connaissance m'a appelé pour me demander de lui conseiller un chirurgien pour un membre de sa famille – comme si des données implicites circulaient parmi les blouses blanches, les sachants, qui n'étaient pas accessibles aux patients.

Il n'y a pas d'intention de nuire ou de mal faire de la part des équipes, et loin de moi l'idée de les stigmatiser. Mais les seuils d'activité doivent être reconnus comme un indicateur de sécurité et de qualité des soins à l'échelle du territoire – la mortalité peut doubler dans les centres qui ont une activité trop faible par rapport aux centres qui ont une forte activité, grâce à l'expertise des équipes médicales et paramédicales.

C'est une chose que l'on voit dans d'autres domaines. J'étais neurologue vasculaire, et je peux vous dire que pour augmenter les chances de survie sans handicap d'un patient qui a fait un accident vasculaire cérébral, il vaut mieux qu'il soit hospitalisé dans une unité de soins intensifs neuro-vasculaires que dans un service d'ophtalmologie, ou même de neurologie générale. On le sait, l'expertise des équipes est déterminante – et c'est heureux.

La chirurgie est souvent une étape clé de la prise en charge du cancer, notamment du cancer de l'ovaire – si l'intervention rate, si un reliquat cancéreux demeure, les risques de complication et de mortalité explosent. C'est la raison pour laquelle des seuils ont été mis en place. Il faudra encore renforcer la transparence, sans doute plus à l'échelle des équipes qu'à celle des établissements.

Mme Fiat a soulevé la question de la proximité. J'avais proposé, dans le PLFSS pour 2016, de mettre en place des hôtels hospitaliers. Cela permettait de casser les inégalités territoriales d'accès aux soins spécialisés. Les femmes qui ont subi une chirurgie du sein et qui doivent montrer leur pansement tous les jours pendant huit jours sortiront plus rapidement si elles habitent à 2 kilomètres de l'hôpital ; celles qui habitent à 80 kilomètres de là resteront hospitalisées, avec les risques d'infections nosocomiales, l'inconfort et la séparation d'avec l'entourage que cela entraîne. La mise en place des hôtels hospitaliers permet de démedicaliser des prises en charge qui ne relèvent pas d'une hospitalisation à proprement parler, mais nécessitent une proximité avec les structures hospitalières. À l'époque, je n'avais pas reçu beaucoup de soutien de la part de certains groupes parlementaires, mais ce sera avec plaisir que j'en reparlerai avec vous si vous le souhaitez.

Enfin, monsieur Door, tous les établissements sont concernés. Le seuil n'est pas l'apanage d'un secteur ; c'est le critère le plus neutre que vous puissiez trouver, parce qu'il n'y a pas de convergence entre les secteurs publics et privés. Les seuils sont universels.

La commission adopte l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS83 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Le dispositif de dotation prudentielle appliqué aux établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de psychiatrie est complexe et coûteux en termes d'organisation car il nécessite une réduction des prix de journée en début d'année puis une restitution par dotation en fin d'année pour les établissements de santé concernés. Un coefficient prudentiel aurait l'avantage de rendre le mécanisme de réserve prudentielle plus lisible pour l'ensemble des parties sans modifier les éléments tarifaires. Ce changement de dispositif pourrait être réalisé sans surcoût pour l'année 2019.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Vous soulevez un vrai problème, madame la députée, mais les services informatiques de l'assurance maladie ne savent pas faire ce que vous proposez.

Le ministère de la santé planche sur une solution qui passerait non par le biais d'un coefficient prudentiel mais par la campagne tarifaire. Elle serait mise en œuvre dès la prochaine campagne, en 2019.

Je vous propose de retirer votre amendement. À défaut, j'y serai défavorable.

L'amendement est retiré.

La commission examine les amendements identiques AS92 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS174 de Mme Stéphane Viry, AS260 de M. Jean-Carles Grelier et, AS381 de Mme Jeanine Dubié.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a opportunément permis la création d'un dispositif d'expérimentations dérogatoires au droit commun du secteur sanitaire et médico-social destiné à favoriser l'innovation dans le système de santé.

Les premiers mois de son application ont montré que les fédérations hospitalières les plus représentatives étaient dans l'impossibilité de candidater comme porteurs de projets d'expérimentation au sens des dispositions de l'article R. 162-50-5 et suivants du code de la sécurité sociale. Or, de nombreux établissements adhérents à ces fédérations trouveraient un intérêt certain à ce qu'elles-mêmes puissent, pour leur compte, candidater à de tels projets. Cela contribuerait au succès du dispositif et permettrait aux acteurs du système de santé de mieux se l'approprier.

Notre amendement consiste donc à offrir cette possibilité aux fédérations. Les modalités seraient renvoyées à un arrêté ministériel dans lequel le Gouvernement pourrait définir un mécanisme conforme aux aspirations de la réforme.

Mme Jeanine Dubié. Il nous paraît important que les fédérations hospitalières puissent accéder aux modalités d'expérimentation ouvertes par l'article 51 de la LFSS pour 2018.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Les fédérations hospitalières accompagnent de très nombreux projets relevant de l'article 51. Qu'elles puissent elles-mêmes porter des projets pose problème.

D'abord, les protocoles expérimentaux sont mis en place au niveau des établissements et non des fédérations. Juridiquement il serait très compliqué qu'elles engagent leur responsabilité. Il vaut donc mieux que l'établissement soit accompagné par une fédération.

Ensuite, l'esprit de l'article 51 est de faire porter les projets par les professionnels et les structures pour être au plus près du terrain.

La participation des fédérations transpire à tous les niveaux. Il ne me semble pas utile d'aller plus loin.

M. Gérard Cherpion. Je suis d'accord avec votre argumentation, mais il y a souvent une convergence entre les établissements et les fédérations hospitalières.

La commission rejette les amendements.

Puis elle est saisie en discussion commune des amendements identiques de Mme Claire Pitollat et de M. Thomas Mesnier.

Mme Claire Pitollat. Je vais retirer mon amendement AS349 au profit de notre amendement de groupe AS525.

Il vise à étendre le champ d'expérimentation de l'article 51 de la LFSS pour 2018 aux initiatives encourageant la participation des patients à leur parcours de soins, notamment à travers l'éducation thérapeutique. Sur le plan préventif comme curatif, il est indispensable d'initier un travail de vulgarisation portant sur l'organisation de notre système de santé. Comme elle repose de plus en plus sur une logique de parcours de soins, on peut penser que si ce parcours est bien compris, il sera davantage accepté et que le patient pourra contribuer à le rendre plus pertinent et mieux adapté.

Dans la même logique, au-delà du rôle de conseil et de prescription que remplissent les personnels de santé, nous devons nous montrer plus ambitieux en matière d'éducation thérapeutique. Il s'agit d'un levier essentiel tant pour l'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins que pour la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Le cadre de l'expérimentation de l'article 51 constitue un vecteur idéal pour encourager des innovations en ce sens.

M. Olivier Véran, rapporteur général. L'éducation thérapeutique, la prévention primaire, secondaire et tertiaire font partie intégrante des protocoles expérimentaux. On ne peut pas penser la prise en charge d'une maladie chronique sans prendre en compte ces dimensions. Faut-il le préciser explicitement dans le texte ? Cela rendrait la loi bavarde. Maintenant, un tel ajout ne nuirait pas à la compréhension du projet de loi. Sagesse.

L'amendement AS349 est retiré.

La commission adopte l'amendement AS525.

Elle en vient à l'amendement AS355 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Depuis des années, il est question de prévention. Depuis quelques mois, le Gouvernement a rappelé qu'il s'attachait à promouvoir un système de santé fondé sur la prévention, qui est l'un des seuls leviers pour assurer la pérennité de notre système de santé.

Maintenant, il faut arrêter de se payer de mots et passer aux actes.

Nous souhaitons que la loi précise que 20 % du budget du Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) devront être consacrés à la prévention, à la promotion de la santé et à l'éducation thérapeutique.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je partage totalement votre objectif, monsieur Isaac-Sibille. La prévention primaire, secondaire et tertiaire transpire littéralement dans l'article 51. La prise en charge des maladies chroniques ne peut se penser en dehors de la prévention.

S'agissant de la méthode, je suis opposé à ce qu'une partie du FISS soit fléchée spécifiquement pour la prévention. Pourquoi vouloir recréer des normes et des critères alors que le dispositif est décentralisé et repose sur l'initiative des acteurs de santé ? L'idée de leur confier une enveloppe globale pour la prise en charge d'un patient repose sur le pari que la prévention coûtant moins cher que le curatif, elle sera davantage mise en avant. La proportion consacrée à la prévention ira bien au-delà des 20 % que vous visez, vous le verrez.

Fixer une proportion se heurte à des obstacles pratiques. Prenons le cas d'une personne à qui l'on a posé une prothèse de la hanche. Les dépenses liées à la visite d'un ergothérapeute pour l'aménagement de son domicile feraient-elles ou non partie des 20 % ? Il est très difficile de le déterminer.

M. Cyrille Isaac-Sibille. La prévention n'a pas beaucoup « transpiré » jusqu'à présent, monsieur le rapporteur général. Certes, il est difficile de séparer les soins de la prévention et c'est l'une des raisons pour lesquelles 98 % du financement vont aux soins. D'où la nécessité d'envoyer un signal fort en inscrivant ce pourcentage de 20 %.

M. Francis Vercamer. Notre groupe soutiendra cet amendement, que je considère avant tout comme un amendement d'appel. La prévention est un parent pauvre dans notre société alors qu'elle est décisive pour éviter la survenue des maladies. J'ai même déposé un amendement pour que soit créé un ONDAM dédié à la prévention au sein du budget de la sécurité sociale.

M. Stéphane Viry. Hier, monsieur le rapporteur, vous avez déclaré qu'il était toujours possible de revenir sur une disposition adoptée par amendement si on se rendait compte qu'elle était trop contraignante. Pour fixer un cap, il me semble important que nous inscrivions le principe d'un fléchage d'une partie du fonds vers la prévention.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Pardon d'être un peu dur, mais votre amendement, monsieur Isaac-Sibille, aurait pour effet de « flinguer » le dispositif. Comment déterminer quelles sont les dépenses qui relèvent de la prévention ? Comment chiffrer les 20 % à l'intérieur d'un protocole de soins ? Vous savez le faire ? Moi, j'en suis incapable. Pour l'insuffisance cardiaque, par exemple, le protocole de prise de charge est financé de A à Z. Si les frais liés à la partie curative, les coûts techniques notamment, allaient au-delà de 80 %, l'application de votre norme reviendrait à invalider le financement. Je veux bien réfléchir avec vous aux moyens d'instaurer des critères pour que la prévention soit partie intégrante du dispositif mais je ne peux accepter cette norme. Elle est rigide, inévaluable, inquantifiable et inapplicable.

M. Francis Vercamer. L'amendement a pour but de flécher des crédits vers la prévention. Il n'entend nullement chiffrer ce qui relève de la prévention et ce qui n'en relève pas.

M. Brahim Hammouche. Cet amendement s'inscrit pleinement dans le champ du PLFSS. Flécher des crédits, c'est établir des priorités. Mettre l'accent sur la prévention s'inscrit dans la logique de la réforme « Ma santé 2022 ».

M. Alain Bruneel. Effectivement ! Le Président de la République, en présentant ce plan, n'a-t-il pas dit que le système de santé devait « mieux prévenir » ? Je rejoins mes collègues pour dire qu'il faut qu'une ligne budgétaire soit spécialement consacrée à la prévention.

M. Thomas Mesnier. Après les explications du rapporteur général, nous voyons bien que cet amendement pose problème. Nous vous proposons d'en rediscuter d'ici à la séance. Pour l'heure, nous voterons contre.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS111 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS376 de Mme Jeanine Dubié.

M. Paul Christophe. L'amendement AS111 vise à soumettre pour avis préalable aux fédérations hospitalières publiques et privées les mesures

conventionnelles qui ont des répercussions significatives sur le pilotage et la gestion des établissements de santé, dans le cadre des concertations précédant le mécanisme d'approbation tacite ou d'opposition expresse du ministre chargé de la sécurité sociale.

Mme Jeanine Dubié. Il faut savoir que les fédérations ne sont pas consultées et qu'elles ne sont parfois même pas informées des discussions engagées dans ce cadre alors qu'elles sont directement concernées par les résultats de ces négociations qui ont un impact pour la construction du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et sa valorisation dans le cadre de la tarification à l'activité, qui repose sur la classification commune des actes médicaux.

Il importe que les fédérations hospitalières puissent être consultées en amont de l'élaboration des conventions, annexes et avenants conclus entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les professionnels de santé.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Avis défavorable pour les raisons invoquées auparavant au sujet d'amendements semblables.

La commission rejette les amendements.

Elle en vient aux amendements identiques AS104 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS199 de M. Stéphane Viry et AS386 de Mme Jeanine Dubié.

M. Paul Christophe. La publication des tarifs des établissements de santé, qui doit intervenir chaque année le 1^{er} mars, accuse régulièrement des retards. Cela a été le cas les deux années précédentes avec pour conséquence une tension sur la trésorerie des établissements.

En l'absence du nouvel arrêté tarifaire, la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ne peut en effet accepter les factures émises pour les patients à compter du 1^{er} mars de l'année concernée tant que la nouvelle classification n'est pas publiée. Selon les années, des dispositifs d'avances sont consentis à l'initiative des caisses ou à la demande des établissements et/ou de leurs fédérations représentatives.

Il importe d'inscrire dans la loi une disposition pérenne et claire afin de mettre fin à cette situation d'incertitude qui désorganise chaque année la gestion des établissements. Par cet amendement, nous proposons de créer un dispositif automatique d'avance de trésorerie dans le cas où les tarifs ne sont pas publiés au 1^{er} mars.

M. Stéphane Viry. Cette mauvaise pratique a une incidence fâcheuse pour la trésorerie des établissements. Si nous instaurons un dispositif d'avances, cela contraindra les autorités de tutelle à publier les tarifs à temps. Si le retard

persiste, les établissements disposeront de quoi assurer une meilleure gestion. Cet amendement va dans la bonne direction.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Nous voyons là encore que la fédération de l'hospitalisation privée a proposé une rédaction reprise par divers groupes. Comme j'ai moi aussi reçu ce texte, j'ai eu l'occasion de dire à cette fédération que la disposition envisagée relevait du domaine réglementaire. La loi prévoit déjà que les tarifs doivent être fixés avant une certaine date. En cas de retards et de délais, les accords avec les caisses d'assurance maladie permettent de répondre aux demandes formulées par les établissements privés. Avis défavorable.

Mme Jeanine Dubié. Si cet amendement revient régulièrement, ce n'est pas un hasard. Ce n'est pas parce que la loi prévoit la publication pour le 1^{er} mars que cette échéance est respectée. Ces retards affectent aussi bien les établissements de santé que les établissements médico-sociaux. Il est de notre responsabilité de permettre à ces structures de continuer à fonctionner sans problème de trésorerie quand l'administration ne se conforme pas aux délais.

M. Paul Christophe. Monsieur le rapporteur général, si, d'année en année, il y a des retards, c'est que le dispositif est défaillant. On ne saurait s'en satisfaire. Il est de notre responsabilité, comme le dit Mme Dubié, de sensibiliser les pouvoirs publics à ce problème qui pénalise lourdement les établissements.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je ne suis pas en mesure de vous dire si un dispositif fonctionne ou pas. Ce ne sont pas des directeurs d'établissement privé que j'ai rencontrés, mais les responsables d'une fédération. Quand je dis que quelque chose ne fonctionne pas, c'est que j'ai pu le vérifier par moi-même. Je vous propose de retirer ces amendements. Nous pourrions revenir dessus et si vous pensez que toutes les garanties nécessaires ne vous ont pas été apportées, vous le redéposerez pour en discuter avec la ministre en séance.

La commission rejette les amendements.

Elle en vient à l'amendement AS106 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Paul Christophe. Nous proposons d'instaurer une seule échelle tarifaire pour les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), qu'ils soient publics ou privés, pendant la période de transition de la réforme du financement de l'activité SSR. Cela n'impliquerait ni augmentation de l'ONDAM ni modification des fondamentaux du financement de chacun des deux secteurs.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Avis défavorable, comme l'année dernière sur le même sujet.

La commission rejette l'amendement.

Elle est saisie des amendements identiques AS207 de M. Gilles Lurton et AS383 de Mme Jeanine Dubié.

M. Gilles Lurton. Aux termes de l'article D. 6124-304 du code de la santé publique, les structures de soins autorisées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation complète « *sont tenues d'organiser la continuité des soins en dehors de leurs heures d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés* ». Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires doivent ainsi s'organiser en interne pour ce faire.

Toutefois, dans le cas où l'une de ces structures ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, ce même article prévoit qu'« *elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé accueillant en hospitalisation à temps complet des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure* ».

Cette disposition limite inutilement aux seuls établissements autorisés en hospitalisation complète la participation à la continuité des soins des patients admis dans des structures alternatives à l'hospitalisation complète.

Le présent amendement vise donc à favoriser, en dépit de la formulation restrictive de l'article précité, l'implication des établissements d'hospitalisation à domicile dans cette prise en charge.

M. Olivier Véran, rapporteur général. La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) a fait en 2016 un excellent rapport sur l'hospitalisation à domicile, qui évoque en partie la question de l'articulation entre services de soins infirmiers à domicile et hospitalisation à domicile. J'ai bien peur qu'un rapport du Gouvernement ne nous apprenne rien de plus, malheureusement.

M. Gilles Lurton. Monsieur le rapporteur général, ce n'est pas parce qu'il y a un rapport de la MECSS que le problème est résolu.

La commission rejette les amendements.

Elle en vient à l'amendement AS85 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Paul Christophe. Il s'agit d'un amendement de repli par rapport au précédent.

Le dispositif de dotation prudentielle appliqué aux établissements de SSR et de psychiatrie est complexe et coûteux en termes d'organisation car il nécessite une réduction des prix de journée en début d'année puis une restitution par dotation en fin d'année pour les établissements de santé concernés. Un coefficient prudentiel aurait l'avantage de rendre le mécanisme de réserve prudentielle plus lisible pour l'ensemble des parties sans modifier les éléments tarifaires. En outre, ce changement de dispositif pourrait être réalisé sans surcoût pour l'année 2019.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Le Gouvernement travaille à une solution qui devrait entrer en vigueur avec la prochaine campagne tarifaire. Ce rapport risque donc d'arriver après la bataille. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle rejette ensuite l'amendement AS410 de M. François Ruffin.

La réunion est suspendue de onze heures trente-cinq à onze heures cinquante.

Article 30

Simplification de l'exercice libéral à titre accessoire pour les médecins remplaçants

La commission examine l'amendement AS661 du rapporteur général.

M. Olivier Véran, rapporteur général. L'article 30 créé un régime simplifié inspiré du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) pour les médecins ou étudiants non « thésés » exerçant des remplacements de manière très occasionnelle. Afin d'éviter les abus, le présent amendement précise que pour être éligible à ce nouveau régime social « micro-PAMC », le médecin ou l'étudiant doit exercer dans le cadre de la convention médicale.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 30 modifié.

Article 31

Étendre l'objet des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) aux pratiques avancées

La commission est saisie de l'amendement AS471 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Au lieu de créer des assistants médicaux salariés par l'assurance maladie, dont le rôle apparaît encore confus, il conviendrait d'assouplir les modalités de l'exercice pluriprofessionnel pour les différentes professions médicales existantes. L'urgence est de soulager les professionnels de santé exerçant déjà, de leur permettre de libérer du temps médical et d'expérimenter les coopérations de leur choix, sans pour autant qu'ils aient à passer par les maisons de santé. Dans ma circonscription, j'ai l'exemple de deux infirmières libérales qui aimeraient travailler ensemble en dehors d'une maison de santé mais qui se heurtent à de multiples difficultés.

Je propose donc de supprimer l'article 31.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Cet article que vous voulez supprimer offre aux maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) la possibilité de salarier des infirmiers en pratique avancée, conformément à une demande qui émane des professionnels de terrain. Ce renforcement de l'offre médicale disponible contribuera à structurer l'offre de soins ambulatoires et à lutter efficacement contre les déserts médicaux. On estime que les médecins pourront dégager 15 % à 20 % de leur temps grâce aux assistants médicaux, ce qui leur permettra de se recentrer sur leur cœur de métier, les soins prodigués aux patients.

Je suis donc défavorable à votre amendement.

M. Jean-Pierre Door. Les rémunérations des coordonnateurs de maisons de santé ou de sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) sont prises en charge dans les budgets des agences régionales de santé, souvent dans le cadre des fonds d'intervention régionaux (FIR). Pourquoi le salaire des assistants médicaux dépendrait-il de la sécurité sociale ?

M. Thomas Mesnier. Le développement des pratiques avancées et des auxiliaires médicaux en ville constitue aujourd'hui un puissant levier d'amélioration de l'accès aux soins. Cet article permet une diversification des modes de rémunération au sein des structures libérales. Dans les maisons de santé, il lève ce qui était un frein au développement des prises en charge en soins primaires. Il prévoit aussi que l'assurance maladie pourra rémunérer, par le salariat, un nouveau mode d'exercice. Nous n'y voyons que des éléments positifs de nature à améliorer l'accès aux soins, notamment pour les patients atteints de pathologies chroniques.

Le dispositif des auxiliaires médicaux a fait ses preuves. J'ai pu rencontrer certains d'entre eux dans la région Pays-de-la-Loire. Le gain de temps médical pour les médecins généralistes est manifeste.

L'un des enjeux du plan santé annoncé par le Président de la République est de soutenir le développement de cette nouvelle profession.

M. Thibault Bazin. Le dispositif des pratiques avancées n'est quand même pas clair. Et je crains qu'il ne traduise un profond mépris pour la médecine libérale. Que les rémunérations des assistants médicaux relèvent de la sécurité sociale et non de l'assurance maladie fait entrevoir le risque d'une nationalisation de tout notre système de santé. Si c'est cela que vous voulez, il faut aujourd'hui débattre de ce choix. Certains professionnels qui exercent déjà sortent du cadre des pratiques que vous voulez mettre en place. Si nous voulons être efficaces, nous devons d'abord voir comment ils peuvent travailler et ce qu'ils souhaitent faire en matière de coopération.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS361 de Mme Claire Pitollat et AS530 de M. Thomas Mesnier.

Mme Claire Pitollat. Les pratiques avancées nous paraissent constituer un instrument prometteur pour lutter contre les déserts médicaux et améliorer l'accès aux soins. Les premières années de mise en œuvre du nouveau statut d'infirmiers en pratique avancée doivent être l'occasion de dresser un bilan afin d'évaluer non seulement leur impact en termes sanitaires et financiers mais aussi l'opportunité d'une extension à d'autres domaines de compétences et à d'autres professions de santé.

Nous souhaiterions que le ministre en charge de la santé remette au Parlement avant le 31 décembre 2020 un rapport à ce sujet.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Il est très important de pouvoir évaluer le dispositif des infirmiers en pratique avancée, et je suis favorable à un tel rapport. Toutefois, je vous proposerai de le rectifier en repoussant la date de sa remise au 31 décembre 2021. Cela nous permettra d'avoir au moins un an de recul car le 31 décembre 2020, les infirmiers issus des premières promotions n'exerceront que depuis deux mois.

M. Francis Vercamer. Je me demande si ce rapport ne ferait pas double emploi avec le rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Le rapport envisagé irait plus en profondeur que le rapport annuel. Il ne se situerait pas sur un simple plan comptable mais tenterait de comprendre l'appropriation subjective de l'exercice en pratique avancée. Il serait donc beaucoup plus complet.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Acceptez-vous la rectification proposée par le rapporteur général, madame Pitollat ?

Mme Claire Pitollat. Bien sûr.

L'amendement AS361 est retiré.

La commission adopte l'amendement AS530 ainsi rectifié.

Puis elle adopte l'article 31 modifié.

Article 32

Renforcer l'usage du numérique et le partage d'information pour améliorer la qualité de la prise en charge

La commission est saisie des amendements identiques AS9 de M. Paul Christophe et AS223 de M. Jean-Pierre Door.

M. Paul Christophe. La convention pharmaceutique signée par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire prévoit la transmission du numéro du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) du prescripteur

hospitalier par le pharmacien « *dès lors que cette donnée figure sur la prescription* ». En avril 2018, plus de 62 % des ordonnances étaient déjà transmises par les pharmaciens d'officine à l'assurance maladie, et ce taux est en constante progression.

Néanmoins, il reste encore beaucoup d'ordonnances où le numéro RPPS n'est pas indiqué. Dans ces conditions, il paraît difficilement envisageable d'appliquer une sanction aux pharmacies d'officine. Elle pourrait entraîner une impossibilité d'appliquer le tiers payant aux assurés sociaux et alourdirait le travail administratif des caisses.

Nous proposons donc dans notre amendement de supprimer pour cette année l'obligation faite aux pharmaciens de transmettre ce numéro.

M. Jean-Pierre Door. Pourquoi sanctionner les pharmaciens d'officine pour un oubli des prescripteurs hospitaliers ? Beaucoup d'ordonnances rédigées à l'hôpital ne comportent aucune identification. Elles peuvent être rédigées par les chefs de service, même si c'est rare, par les internes ou les externes, voire par les personnels infirmiers.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Si l'on veut s'assurer que le numéro RPPS figure sur l'ordonnance du début à la fin de la chaîne, on ne peut exempter les pharmaciens de cette obligation car ils constituent un maillon essentiel de cette chaîne.

Pour dissiper toute ambiguïté, je précise que si, sur l'ordonnance transmise au pharmacien, le numéro RPPS ne figure pas ou s'il est erroné, c'est l'établissement de santé qui sera bien sûr sanctionné.

La commission rejette les amendements.

Puis elle adopte l'article 32 sans modification.

Après l'article 32

La commission examine les amendements identiques AS123 de M. Pierre Dharréville et AS562 de M. Joël Aviragnet.

M. Pierre Dharréville. Le phénomène de la désertification médicale ne cesse de s'amplifier malgré de nombreuses mesures incitatives comme les aides à l'installation ou le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles. Ces dispositifs, que le Gouvernement entend renforcer dans le cadre de son plan d'accès aux soins, ont montré leurs limites.

Afin de lutter efficacement contre les déserts médicaux, le présent amendement vise à étendre aux médecins libéraux le dispositif de régulation à l'installation qui existe déjà pour plusieurs autres professionnels de santé –

pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, orthophonistes.

Les agences régionales de santé (ARS) définiraient en concertation avec les syndicats médicaux des zones dans lesquelles il existe un fort excédent en matière d'offre de soins : un nouveau médecin libéral ne pourrait s'y installer en étant conventionné avec l'assurance maladie que si un autre médecin libéral cesse son activité. Le principe de la liberté d'installation demeurerait donc mais le conventionnement ne serait possible que de manière sélective.

L'adoption d'un tel principe permettrait de compléter utilement les dispositifs d'incitation à l'installation dans les zones sous-dotées mis en place dans le cadre du pacte territoire santé. Je ne prétends pas qu'il s'agit d'une solution miracle mais pour lutter contre les déserts médicaux, il est urgent de mobiliser l'ensemble des solutions disponibles, surtout lorsqu'elles ont déjà fait leurs preuves pour d'autres professions de santé.

M. Joël Aviragnet. Si vous me le permettez, madame la présidente, je défendrai en même temps les amendements AS562, AS565 et AS566.

Nous souscrivons totalement à l'argumentaire développé par M. Dharréville. Monsieur le rapporteur général, je suppose que vous allez m'expliquer qu'on manque partout de médecins et que le conventionnement sélectif ne résout pas le problème de la désertification. Nous assistons à un déni de la réalité de ce phénomène.

Vous avez défendu tout à l'heure un amendement destiné à inciter les personnes qui s'adressent aux urgences à se tourner vers la médecine de ville. Mais il faut bien voir que si certains de nos concitoyens vont aux urgences, c'est qu'ils ne peuvent avoir en ville des rendez-vous dans des délais raisonnables. Certains médecins ne prennent plus de nouveaux patients et il y a de longues listes d'attente.

L'an dernier, Mme la ministre m'expliquait qu'elle allait régler la question. Certes, un plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires a été élaboré. Mais un an après, je n'ai pas le sentiment que la situation soit réellement améliorée. J'en veux pour preuve que dans ma circonscription de Saint-Gaudens, il y aura quatorze médecins à la fin de l'année, contre trente-deux en 2015. Trente professionnels de santé ont créé une association afin de développer un projet de maison de santé pluridisciplinaire. Mais vous ne me croirez pas si je vous dis que Saint-Gaudens n'est pas classée en zone non dotée. Je ne sais pas pourquoi... Cela veut dire que si un médecin veut s'installer dans cette future maison de santé pluridisciplinaire, il ne bénéficiera pas des aides de l'État à l'installation.

Vous allez certainement m'expliquer aussi que la suppression du numerus clausus résoudra en partie ou totalement le problème, mais je n'en suis pas persuadé. Je me souviens en effet qu'on pensait que l'accueil des médecins européens, il y a quelques années, permettrait de régler le problème des déserts médicaux puisque tous ces praticiens s'installeraient dans les zones où on en avait

besoin. Mais ils ont fait comme les autres : ils se sont installés dans les villes et les zones prioritaires, en Occitanie, là où il y a la plus forte concentration de médecins, autrement dit à Toulouse, à Montpellier et au bord de la Méditerranée. Il va donc falloir faire preuve de courage politique, mais j'ai quelques inquiétudes quand je vois que ce gouvernement a reculé devant la généralisation du tiers payant. Aujourd'hui, il n'a plus beaucoup de marge de manœuvre. Je m'apprête donc à revenir sur cet amendement chaque année jusqu'à la fin de cette législature.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Avis défavorable sur ces amendements.

Je ne referai pas le débat de fond que nous avons chaque année, et qui change de camp au rythme des majorités puisque Mme la ministre Marisol Touraine avait clairement exprimé son opposition à cette mesure qu'elle jugeait inefficace, injuste, et porteuse d'effets délétères sur l'organisation des soins et l'offre de soins dans les territoires.

Je signale que c'est l'actuelle majorité qui a supprimé le *numerus clausus*, qui va augmenter le nombre de centres de santé, qui crée les postes d'assistants médicaux pour épargner le temps médical et réduire les tâches administratives, et qui développe un plan d'accès aux soins. À cet égard, je vous rappelle que notre collègue M. Thomas Mesnier a remis cette semaine un rapport à Mme la ministre Agnès Buzyn, et je salue au passage les travaux importants de Mme Stéphanie Rist, dans le cadre de la mission qu'elle a conduite sur la formation initiale des médecins et la suppression du *numerus clausus*.

Je crois que les solutions existent et qu'elles sont devant vous. Répartir la pénurie d'un endroit à un autre, en déshabillant Paul pour habiller Jacques quand Paul et Jacques sont aussi peu vêtus l'un et l'autre, n'est pas un gage d'efficacité.

M. Thomas Mesnier. Ce débat a déjà eu lieu lors de l'examen de la proposition de loi présentée par M. Guillaume Garot en début d'année. Depuis lors, vous n'avez pas changé de position ; nous non plus. La mesure que vous proposez est une fausse bonne idée. J'en veux pour preuve ce qui a été fait à l'étranger et la gestion de la démographie médicale qui est certes difficile aujourd'hui.

Monsieur Aviragnet, vous nous parlez de courage politique, et vous voulez reprendre votre amendement jusqu'à la fin du quinquennat. Pour ma part, je regrette que la majorité précédente dont vous faisiez partie ne l'ait pas défendu alors que vous étiez en position de le faire.

Mme la ministre de la santé a lancé l'année dernière un plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires. Ce plan, dont c'est le premier anniversaire cette semaine, commence à porter ses fruits avec le développement de l'exercice coordonné et le numérique en santé.

Comme l'a indiqué le rapporteur général, je viens de remettre un rapport à Mme la ministre. Certes, les choses ne vont pas encore assez vite. En raison de la non-augmentation du *numerus clausus* depuis des décennies, jusqu'en 2025 les médecins qui sortiront chaque année des facultés seront moins nombreux que ceux qui partiront à la retraite. Nous mettons en place un ensemble de mesures avec le plan pour l'égal accès aux soins, et avec le plan « Ma santé 2022 » annoncé par le Président de la République, afin de dégager du temps médical parce qu'il faut aujourd'hui parler non en nombre de médecins mais en temps médical. Par ailleurs, nous prenons un certain nombre de mesures dans le cadre de ce PLFSS, comme celle que l'on vient de voter à l'article 31 et d'autres le seront encore dans le cadre de la future loi de santé.

Nous voterons donc contre ces amendements.

M. Boris Vallaud. Si nous avons eu le sentiment que les réponses apportées par Mme la ministre avaient été de nature à répondre au déficit de médecins, nous aurions souscrit à votre analyse.

Je n'ai jamais cru que ce soit en limitant le nombre de médecins qu'on limite le nombre d'actes, et nous considérons que la suppression du *numerus clausus* est une bonne idée. Cela dit, cette mesure produira ses effets dans huit à onze ans. Mais à cette époque, si vous laissez les médecins supplémentaires s'installer dans les zones surdotées, vous ne résoudrez pas le problème.

Aujourd'hui, dans les départements ruraux, c'est l'alarme, et la population met plusieurs mois avant d'obtenir un rendez-vous chez un spécialiste, voire chez un généraliste. L'argument que vous nous opposez selon lequel nous aurions dû le faire plus tôt est un peu court. Au bout de dix-huit mois, les choses finissent par être votre bilan. Or il n'est pas toujours celui attendu.

M. Pierre Dharréville. Monsieur le rapporteur général, nous proposons une disposition assez pragmatique qui pourrait avoir des effets assez visibles dans nos territoires. J'ai pris la précaution de dire que ce n'était pas la solution miracle, mais qu'elle pouvait venir en complément d'autres dispositions. Vous vous êtes livré à un long plaidoyer, vous avez énoncé tout ce que votre majorité avait fait de formidable et je ne vous en fais pas le reproche.

Nous demandons depuis de nombreuses années la suppression du *numerus clausus*.

Mme Monique Iborra. C'est ce que nous faisons aujourd'hui !

M. Pierre Dharréville. Je l'ai bien compris, mais cela ne suffit pas. Encore faut-il se donner les moyens de former davantage de médecins. Or je n'ai pas le sentiment d'avoir de réponse en la matière.

Je le dis franchement : la suppression du numerus clausus est une bonne mesure, mais cela ne doit pas se limiter à un effet d'annonce. Or nous sommes habitués à la politique du slogan.

Nous aurons également une discussion sur les centres de santé qui jusqu'à présent ont été écartés du périmètre des assistants médicaux et il nous faudra aussi revenir sur la fonction véritable de ces assistants médicaux.

Mme Delphine Bagarry. Je me suis toujours demandé comment réguler cette profession libérale qui n'en est peut-être pas une puisqu'elle a une mission indéniable de service public. Avec une telle mesure, on pourrait peut-être aussi inciter malheureusement, au vu de cette démographie médicale qui baisse, certains praticiens à ne pas accepter ce conventionnement et de fait créer une médecine à deux vitesses, ce que nous ne voulons pas. Du coup, dans certains territoires, comme on n'a pas le choix, on consultera le médecin qui n'est pas conventionné et de fait on ne sera pas remboursé. Telle est la réflexion que je souhaitais vous soumettre, en vous précisant que je n'ai pas de réponse.

La commission rejette les amendements.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette successivement les amendements AS565 et AS566 de M. Joël Aviragnet.

Article 33

Une santé sans frais en optique, aides auditives et prothèses dentaires

La commission est saisie des amendements identiques AS62 de M. Gilles Lurton, AS210 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS328 de Mme Nathalie Elimas et AS512 de Mme Fadila Khattabi.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS62 prévoit que tout devis remis par un professionnel de santé à un assuré lors de la vente comporte obligatoirement les modalités de prise en charge par les organismes d'assurance maladie complémentaire. En effet, dans le cadre de la mise en place du « 100 % santé », les organismes complémentaires se sont engagés à améliorer la lisibilité des contrats et leur comparaison afin de faciliter un choix éclairé du consommateur. Ils se sont ainsi engagés à ce que tous les contrats comportent un tableau de garanties avec des libellés communs pour les grands postes de soins et un tableau d'exemples de remboursement exprimés en euros. Toutefois, dans son avis rendu en juin 2018, le Comité consultatif du secteur financier (CCSF) regrettait le caractère non contraignant de cette mesure ainsi que l'absence de toute disposition visant à permettre à l'assuré de connaître le montant de son remboursement par sa mutuelle au moment du choix de son équipement correcteur.

Mme Fadila Khattabi. L'amendement AS512 propose de renforcer la lisibilité des contrats et des devis transmis par les complémentaires santé à leurs assurés pour tout ce qui concerne la vente d'appareillage auditif et optique. Ainsi

que cela a été rappelé ce matin, l'accès à certains soins et équipements, comme les lunettes et les aides auditives, s'avère encore compliqué pour un grand nombre de nos concitoyens pour différentes raisons : des restes à charge souvent élevés, mais aussi un manque de transparence et d'information de la part de certaines complémentaires santé.

À la suite d'une préconisation de la Cour des comptes et en cohérence avec les mesures annoncées par le Gouvernement qui propose de renforcer l'accès aux soins optiques, dentaires et d'audiologie, cet amendement propose de contraindre toutes les complémentaires santé à indiquer de manière claire sur les devis délivrés aux assurés le montant de la prise en charge.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je tiens à saluer l'article 33 du PLFSS pour 2019 qui est la concrétisation dans la loi d'un engagement présidentiel mis en œuvre par Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, et qui fera date puisqu'il s'agit du fameux dispositif du « reste à charge zéro » ou « 100 % santé ». Il s'agit de permettre demain à tous les assurés de pouvoir s'équiper en audio-prothèses pour pouvoir bien entendre, en prothèses dentaires pour pouvoir bien manger et pouvoir sourire, et en optique pour pouvoir bien voir. Actuellement, le reste à charge est supérieur à 4 milliards d'euros, avec un renoncement aux soins qui est extrêmement important dans certains secteurs, notamment dans le secteur de l'audiologie.

Cet engagement trouve une concrétisation à travers le PLFSS qui prévoit dans cet article 33 plusieurs dispositions : le relèvement des bases de remboursement de la sécurité sociale, c'est-à-dire la participation de l'assurance maladie au « 100 % santé », la fixation de prix limite de vente sur le panier « 100 % santé », qui s'adresse aux professionnels des secteurs concernés, et la couverture obligatoire du reste à charge par les complémentaires santé dans le cadre des contrats responsables, pour les produits du panier « 100 % santé ».

Vous nous présentez une série d'amendements identiques qui ont moins de rapport avec le « 100 % santé » qu'avec l'obligation de renforcer la transparence dans les contrats des complémentaires santé. Si j'en partage l'objectif, ces amendements ne me semblent pas permettre d'y répondre. Tout d'abord la mention « *le cas échéant* » que vous voulez supprimer signifie en réalité « *si l'information est disponible pour l'opticien* », ce qui peut ne pas être le cas si l'assuré n'a pas de complémentaire ou si l'organisme refuse de transmettre l'information à l'opticien. Or la transmission d'informations ne saurait être rendue obligatoire, car rendre systématique la mention de la part complémentaire risquerait de renforcer les pratiques inflationnistes qui consistent à tarifier à hauteur du plafond de prise en charge de la complémentaire.

Par ailleurs, des actions sont en cours pour améliorer la lisibilité des contrats et des garanties parce qu'il est clair que l'on partait de très loin.

Récemment, le 19 juin 2018, le Comité consultatif du secteur financier (CCSF) a approuvé un dispositif de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) permettant d'harmoniser la présentation des conditions de prise en charge des complémentaires santé.

Je vous propose donc de retirer ces amendements.

M. Boris Vallaud. Nous soutenons le « 100 % santé », mais j'ai bien compris qu'il s'agissait non d'un « 100 % sécurité sociale », mais d'un « 100 % après intervention des complémentaires santé ». Cette mesure concerne-t-elle 100 % des Français, sachant qu'un certain nombre de personnes ne bénéficient pas d'une complémentaire santé ?

Par ailleurs, la mesure est-elle vraiment juste sur le plan social, dans la mesure où l'on sait que les primes et les cotisations pèsent davantage sur les ménages modestes que sur les ménages aisés ? La bonne mesure sociale n'aurait-elle pas été une prise en charge à 100 % par la sécurité sociale ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. La notion même de reste à charge est supprimée sur des paniers de soins de qualité dans le domaine de l'optique, des aides auditives et des prothèses dentaires. Je comprends que cela puisse surprendre, car il s'agit d'une mesure d'ampleur qui concerne tous les assurés.

La question de la réduction des inégalités sociales fera l'objet de l'article 34 relatif à cette très belle proposition de transformation de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) en une couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) étendue, qui renforce les droits pour les plus fragiles.

L'amendement AS512 est retiré.

La commission rejette les amendements AS62, AS210 et AS328.

Elle en vient à l'amendement AS226 de M. Pierre Dharréville.

M. Alain Bruneel. Pour une meilleure efficacité du dispositif du reste à charge zéro, il convient d'en mesurer l'impact sur les familles, de le réévaluer si besoin, et de vérifier si le taux de renoncement aux soins évolue. Au vu des résultats, il conviendra de prendre les mesures adéquates.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Il est en effet important de pouvoir évaluer le dispositif du reste à charge zéro pour s'assurer de sa mise en œuvre effective, ce que prévoit l'article 33 à travers une évaluation et un suivi de la qualité de la prise en charge des assurés et des produits du panier « 100 % santé ». Seront notamment évalués la satisfaction des patients à travers des questionnaires, et le respect de l'obligation pour les fabricants et les distributeurs de proposer ou de disposer de produits ou de prestations du panier « 100 %

santé ». Ce dispositif de suivi sera d'ailleurs précisé par décret avec la mise en place de trois instances chargées de suivre la mise en œuvre de la réforme sur l'accès aux soins et le coût des complémentaires notamment. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sera partie prenante de cette évaluation.

Aussi votre amendement est-il pleinement satisfait. Je vous demande donc de le retirer. À défaut, j'émetts un avis défavorable.

L'amendement est retiré.

La commission étudie ensuite l'amendement AS2 M. Sylvain Maillard.

M. Sylvain Maillard. Le projet de loi prévoit que les contrats collectifs d'entreprise devront se mettre en conformité avec les nouvelles dispositions du contrat responsable incluant le reste à charge zéro à compter de 2020, comme les contrats individuels. Or, pour les contrats collectifs les processus préalables de mise en conformité sont conséquents, car ils relèvent de la négociation collective de branche et/ou d'entreprise. En effet, pour se mettre en conformité, les contrats collectifs doivent notamment inclure des délais de négociation collective au sein des branches professionnelles ou au sein des entreprises. Nous proposons donc de repousser d'une année l'application de la mesure qui entrerait en vigueur au plus tard le 31 décembre 2021.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Lors des auditions, les représentants des organismes des complémentaires santé nous ont fait part de leurs craintes de ne pas être en mesure de mettre en place le dispositif en temps et en heure. Toutefois, différer l'entrée en vigueur de la mesure pénaliserait les plus fragiles qui ne verraient pas l'impact favorable du reste à charge zéro pendant un an supplémentaire.

Par ailleurs, cela fait maintenant plusieurs mois que les conditions sont connues, et il reste plus d'un an avant l'application concrète de la mesure puisque les organismes ont jusqu'au 1^{er} janvier 2020 pour mettre en œuvre les critères issus de la négociation collective des contrats.

Votre amendement ferait donc perdre un an aux Français qui attendent vraiment cette réforme pour pouvoir enfin s'équiper, bien voir, bien manger, bien sourire et bien entendre.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie des amendements identiques AS96 de Mme Isabelle Valentin, AS195 de M. Stéphane Viry et AS611 de M. Bernard Perrut.

Mme Isabelle Valentin. Compte tenu des nouvelles obligations afférentes à ce changement et des délais impartis pour les réaliser, il est essentiel de laisser

aux entreprises le temps nécessaire de mettre en forme ces nouvelles dispositions, notamment pour les plus petites entreprises.

M. Stéphane Viry. L'amendement de M. Maillard me plaisait bien car il visait aussi bien l'intérêt des salariés que de l'entreprise. Chacun sait que le délai est contraint. Dans un souci d'efficacité de la mesure et par respect pour les entreprises, et notamment les plus petites d'entre elles, il faut savoir parfois reporter d'une année une vraie belle réforme, puisque vous la décrivez comme telle. Je me mets à la place des entreprises qui sont souvent contraintes, qui ont parfois le sentiment qu'on ne se préoccupe pas vraiment d'elles. Si elles ne sont pas à jour au 1^{er} janvier 2020, elles s'exposeront à des pénalités.

C'est la raison pour laquelle, au-delà des arguments développés par M. Maillard, je propose de substituer l'année 2021 à l'année 2020.

M. Bernard Perrut. Mon amendement vise à donner du temps aux entreprises.

Nous sommes face à une très belle réforme, puisqu'il s'agit de donner à tous les Français un accès à des soins pris en charge à 100 % dans les domaines optique, audiologique et dentaire, avec des conséquences pour les entreprises sous la forme de nouvelles décisions unilatérales des employeurs ou d'accords collectifs d'entreprise renégociés afin de pouvoir continuer à bénéficier d'exonérations sociales liées aux contrats frais de santé.

Si les entreprises ne sont pas prêtes à la date voulue, elles perdront le bénéfice de l'exclusion de l'assiette des cotisations au financement patronal, l'application du taux réduit de taxe de solidarité additionnelle (TSA) et le crédit d'impôt de TSA dans le cadre de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Par conséquent, il est bon de se donner le temps pour que cette réforme d'ampleur puisse être appliquée dans de bonnes conditions, et de faire confiance aux entreprises pour que tout soit prêt en 2021 et non en 2020.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Mêmes arguments que tout à l'heure. Avis défavorable.

M. Jean-Pierre Door. Monsieur le rapporteur général, le calendrier est très serré. Les organismes complémentaires estiment aussi qu'il faut se donner un peu de temps. Des négociations sur les contrats responsables vont avoir lieu et il conviendra qu'il y ait une montée en charge progressive. Vous ne savez pas, et nous ne savons pas si les cotisations auprès des assurés augmenteront ou non. C'est à eux d'y réfléchir, et ils nous le disent. Reporter l'entrée en vigueur de la mesure en 2021 constituerait peut-être une solution pour résoudre tous ces problèmes et rendre opérationnel votre projet.

La commission rejette les amendements.

Puis elle examine l'amendement AS370 de M. Jean-Hugues Ratenon.

M. Jean-Hugues Ratenon. La réforme induite dans cet article irait dans le bon sens si elle se faisait de façon indolore et sans atteinte à l'égalité face à l'offre de soins. Mais il ne semble pas que ce soit le cas. Dans son avis du 3 octobre dernier, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) déclare : « *Cette réforme aura des conséquences importantes en termes d'évolution des offres des complémentaires santé, de leurs systèmes de gestion mais aussi de remboursement de la part complémentaire et donc, in fine, de tarifs de nombreux contrats, notamment pour ceux dont les garanties sont moins couvrantes aujourd'hui* ».

Le cabinet de conseil Mercer estime quant à lui que « *le projet de reste à charge zéro aura inéluctablement un impact financier sur les contrats souscrits par les entreprises. Quelle que soit la solution retenue, la couverture du reste à charge actuel ne peut s'imaginer que par la seule négociation tarifaire avec les professionnels de santé* ». Comment alors croire en un miraculeux reste à charge zéro pour les assurés si la probabilité de voir les cotisations augmenter est forte ?

Il nous semble que pour aller jusqu'au bout de sa promesse, le Gouvernement doit garantir dans la loi que les négociations n'auront pas de conséquences sur le coût des complémentaires. Tel est l'objet de cet amendement.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Ma réponse sur cet amendement vaudra aussi pour les deux suivants.

Vous avez une idée reçue selon laquelle ce sont les complémentaires santé qui seront les plus soumises à contribution dans le cadre du reste à charge zéro. D'après les chiffres dont nous disposons, les complémentaires santé devront consentir un effort de 250 millions d'euros environ, ce qui représente environ 0,45 % des 56 milliards d'euros de cotisations qu'elles reçoivent.

Le comité de suivi dont j'ai parlé tout à l'heure devra s'assurer de la bonne application de la réforme. Il sera extrêmement attentif à l'évolution éventuelle des primes des complémentaires santé.

L'autre idée reçue réside dans le fait que la sécurité sociale participerait peu ou pas à cet effort. Or, elle participera à hauteur de 750 millions d'euros, ce qui représente près des trois quarts de l'effort financier.

Je suis donc défavorable à cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle en vient à l'amendement AS309 de Mme Annie Vidal.

Mme Annie Vidal. Le plan « 100 % santé » est une mesure phare pour l'accès aux soins, notamment des plus modestes. Il est important de s'assurer de la bonne application des mesures prévues dans ce plan, à savoir un remboursement intégral des frais en optique, aides auditives et prothèses dentaires.

L'amendement propose la mise en place d'un comité de suivi qui aura notamment pour objet de proposer des analyses micro et macro-économiques de cette mise en place, de caractériser les personnes qui auront pu bénéficier de cette offre, d'évaluer la qualité des prestations proposées ainsi que l'impact direct sur le pouvoir d'achat des Français, et enfin de mesurer l'évolution du renoncement aux soins et l'impact sur les finances publiques.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je propose le retrait de cet amendement, pour les raisons évoquées à l'instant.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS546 de M. Joël Aviragnet.

Mme Éricka Bareigts. J'ai bien entendu ce que vient de nous dire le rapporteur général. Toutefois, nous souhaitons insister sur ce point car nous craignons que les prix des complémentaires santé n'augmentent, sachant que le poids de cette hausse sera bien évidemment plus important pour les revenus les plus modestes.

Voilà pourquoi nous souhaitons la mise en place d'un comité chargé du suivi de l'application de la mesure, le montant des complémentaires santé ayant augmenté depuis quelque temps.

M. Pierre Dharréville. Il nous semble important de bénéficier de dispositifs de suivi assez établis. Hier, on nous a parlé d'un montant de l'ordre de 250 millions d'euros, ce qui paraît exorbitant. De toute manière, ces 250 millions vont se répercuter inévitablement sur les assurés sociaux. Monsieur le rapporteur général, cela vous paraît peu de chose au regard de la masse globale, mais cela va réduire le pouvoir d'achat des Françaises et des Français.

Si le reste à charge zéro nous semble être une bonne idée, nous estimons qu'il devrait être pris en charge par la sécurité sociale. Nous souhaitons que sa mise en œuvre fasse l'objet d'une analyse précise car il faut éviter que ce soit un panier de soins *low cost* ou qu'il ait un impact sur le reste des dépenses de santé. Il convient donc d'être très attentifs aux effets collatéraux que pourrait avoir la mesure.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 33 sans modification.

Chapitre I^{er}

Lever les obstacles financiers à l'accès aux droits et aux soins

Article 34

Amélioration du recours aux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire santé

La commission est saisie de l'amendement AS350 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Cet amendement vise à redéfinir les conditions de prise en charge des frais de santé des pensionnés résidant à l'étranger, en portant de quinze à trente ans la durée minimale d'assurance de l'assuré pour prétendre au remboursement de ses frais de santé par l'assurance maladie. Comme ces personnes résident à l'étranger, elles ne participent pas aux cotisations ni à l'effort national.

M. Olivier Véran, rapporteur général. L'article 34 est un très bel article du PLFSS qui vise à améliorer l'accès à une complémentaire santé pour les Français dont les revenus sont trop importants pour qu'ils puissent avoir droit à la CMU complémentaire, tout en étant en dessous du seuil de pauvreté. Actuellement, entre 1 million et 1,5 million de personnes bénéficient de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Le taux de non-recours est important parce que le dispositif est complexe. En fait, vous devez prendre une complémentaire santé, l'État vous donnant un chèque pour payer une partie des frais. Étant donné que le reste à charge des bénéficiaires de l'ACS reste important et que le niveau de couverture n'est pas optimal, ce dispositif est supprimé. Tous ceux qui bénéficiaient de l'ACS relèveront désormais de la CMU complémentaire, dont le niveau de couverture est supérieur et le reste à charge inférieur. Cette réforme, qui représente un investissement important pour l'État, réduira le taux de non-recours, et améliorera la couverture des soins. Par exemple, avec ce nouveau mécanisme, un retraité modeste économisera environ 30 euros par mois sur sa complémentaire santé. Avec une pension inférieure à 1 000 euros par mois, nul besoin de faire un calcul pour savoir que cela représente un avantage important et une réduction des inégalités sociales de santé.

Or, cet article semble passer quasiment inaperçu puisqu'un seul amendement a été déposé, alors qu'il s'agit d'une réforme majeure qui réduira le non-recours aux soins, favorisera l'accès aux soins pour les personnes les plus modestes, notamment les retraités.

Monsieur Isaac-Sibille, vous proposez de porter à trente ans la durée minimale d'assurance pour bénéficier de la prise en charge des frais de santé lors d'un séjour en France. Une durée de quinze ans minimum me paraît plus équilibrée, comme le préconisait notre collègue Anne Genetet dans son rapport de juin 2018 consacré à la mobilité internationale des Français. La durée d'assurance de quinze ans avant de pouvoir bénéficier de la protection sociale lorsque vous

partez vous installer à l'étranger peut être considérée comme le juste équilibre entre la solidarité nationale dont bénéficient certains retraités non-résidents et l'effort de contribution pour pouvoir bénéficier des prestations.

Je vous propose donc de retirer votre amendement. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

L'amendement est retiré.

M. Pierre Dharréville. Monsieur le rapporteur général, tout à l'heure vous avez expliqué que l'ensemble des assurés seraient concernés par le reste à charge zéro. Or, sachant que 4 millions de personnes n'ont pas de complémentaire santé, je n'ai pas bien compris quel dispositif vous permet de régler ce problème.

Je veux dire quelques mots sur l'article 34, car j'ai senti comme un appel de votre part. En la matière, nous avons plusieurs interrogations, voire des réserves. D'abord, les seuils retenus pour bénéficier du dispositif paraissent faibles, en dessous du seuil de pauvreté, à 60 % du revenu médian, qui est de 1 026 euros par mois. Ensuite, on peut se demander quel sera le périmètre du panier de soins faisant l'objet d'une prise en charge dans le cadre de la CMU-C rénovée. Enfin, cette réforme qui coûtera 580 millions d'euros jusqu'en 2022 sera en partie financée par les complémentaires santé *via* la TSA qui alimente le fonds CMU, ce qui aura nécessairement un impact sur les cotisations mutualistes. C'est un mode de financement qui met l'ensemble des cotisants mutualistes à contribution.

Mme Michèle de Vaucouleurs. L'article 34, qui prévoit l'extension de la CMU-C aux bénéficiaires de l'ACS dans un souci de simplification et afin de lutter contre un non-recours à cette aide trop important, répond à un objectif qu'il convient bien évidemment de saluer. Toutefois, une interrogation subsiste quant à la qualité des soins proposés. Des organisations de professionnels de santé ont ainsi pointé le fait que les bénéficiaires de l'ACS ne bénéficieront pas du panier « 100 % santé » mais du panier CMU qui est moins bien loti. Si cela était confirmé, il semblerait dommage qu'au titre d'une simplification certes attendue, les bénéficiaires de l'ACS ne puissent accéder au panier « 100 % santé ». J'attends donc les explications du rapporteur général.

Mme Charlotte Lecocq. Il s'agit d'une vraie mesure de simplification qui permettra surtout de limiter très fortement le non-recours aux soins pour des raisons financières, en particulier pour les personnes âgées, les personnes retraitées, celles dont les frais de santé sont particulièrement élevés. Comme l'a souligné le rapporteur général, c'est une mesure forte et emblématique du plan pauvreté qu'il nous faut absolument soutenir.

M. Boris Vallaud. Je n'ai pas bien compris si ceux qui n'ont pas de complémentaire santé bénéficieront d'un remboursement à 100 % des frais de prothèses. Quel sera l'impact sur le niveau des cotisations des revenus les plus modestes ?

M. Pierre Dharréville. À partir de 735 euros de ressources et jusqu'à 991 euros par mois, les personnes pourront bénéficier d'une CMU contributive pour 30 euros par mois, ce qui est considérable eu égard à ce niveau de revenu.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Nous avons été quelques-uns à plaider pendant plusieurs années pour que soient renforcés les droits des bénéficiaires de l'ACS, qu'on remplace ce dispositif, et qu'on augmente le nombre de Français pouvant bénéficier d'une meilleure couverture grâce à la CMU-C. Je veux bien entendre des critiques de principe, mais on doit pouvoir aussi être capable de saluer une mesure qui renforce l'accès aux soins pour les plus fragiles. Cette mesure sociale est inattaquable.

Monsieur Dharréville, je précise qu'il s'agit de 30 euros maximum par mois, soit un euro par jour au maximum, et que ce maximum ne concernerait que les personnes âgées de soixante-quinze ans et plus. Cette somme sera bien inférieure pour l'immense majorité des bénéficiaires de la CMU-C.

Les personnes qui paieront 30 euros devaient déboursier jusqu'à présent plus de 60 euros pour avoir une moins bonne couverture. On ne peut donc que saluer, au-delà des clivages politiques que l'on peut avoir sur d'autres sujets, un dispositif qui permet de passer, en moyenne, de plus de 60 euros à moins de 30 euros de cotisations, tout en renforçant les droits et la couverture.

Madame de Vaucouleurs, la couverture de la CMU contributive est plus importante, donc plus avantageuse que celle du panier « 100 % santé ». Les aides auditives, les frais d'optique et les prothèses sont prises en charge à 100 %, les personnes en situation de handicap bénéficient également d'une prise en charge à 100 % des fauteuils roulants, des cannes et des orthèses. Tous les dispositifs pour les personnes qui ont une stomie sont également pris en charge à 100 %. On améliore ainsi le panier de soins pris en charge à 100 % pour l'ensemble des personnes aujourd'hui éligibles à l'ACS. Le plafond de ressources pour bénéficier de cette aide avait été relevé lors de la précédente législature, pour le porter au niveau du seuil de pauvreté. Le plafond reste le même. Vous demandez qu'un geste soit fait en direction de ceux qui sont un peu au-dessus du seuil de pauvreté. En la matière, on avance progressivement.

On peut saluer cette mesure qui permettra tout de même d'améliorer la couverture et l'accès aux soins de 1,5 million à 2 millions de Français. Encouragez-nous à aller plus loin : nous irons avec vous.

La commission adopte l'article 34 sans modification.

Après l'article 34

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement AS204 de M. Emmanuel Maquet.

Puis elle en vient à l'amendement AS424 de Mme Caroline Fiat.

M. Jean-Hugues Ratenon. Avec un reste à charge estimé à 22 milliards d'euros par an, la France n'atteint pas l'objectif d'une santé accessible pour toutes et tous. Pourtant, le droit pour chacun d'accéder aux soins dont il a besoin est inscrit dans le préambule de la Constitution et réaffirmé dans le code de la santé publique.

Alors que le Gouvernement a tenu à fêter les soixante ans de la Constitution, les députés membres du groupe La France insoumise souhaitent faire respecter ce droit constitutionnel. C'est pour cette raison que nous proposons d'envisager la mise en place du « 100 % sécu ». La sécurité sociale prendrait ainsi en charge tout le coût des soins, part des complémentaires et reste à charge compris.

La socialisation des complémentaires permettrait d'amortir le coût de cette réforme en transférant à la sécurité sociale la part des cotisations aux complémentaires des salariés. Cette réforme permettrait aussi des économies importantes en matière de gestion administrative et de niches fiscales, lesquelles permettraient de financer le tiers de la reprise du reste à charge actuel.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Article 35

Exonération du ticket modérateur sur les soins de ville pour les personnes modestes à Mayotte

La commission adopte l'article 35, sans modification.

Après l'article 35

La commission est saisie de l'amendement AS575 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement prévoit la généralisation du tiers payant. En termes de justice sociale, l'avance des frais au cabinet peut constituer un frein pour certains assurés. Le renoncement aux soins concerne une proportion croissante d'assurés, environ le tiers de nos concitoyens sont concernés. Le tiers payant permet de rétablir l'accès de chacun aux soins dont il a besoin.

Sur ce point, monsieur Mesnier, vous ne pourrez pas nous dire que nous n'avons rien fait pendant la législature précédente, puisque nous l'avons fait et que vous l'avez supprimé. Une fois de plus, sans paraphraser Nicolas Hulot, vous avez cédé devant les lobbies. C'est pour cela que je parle d'absence de courage politique.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Nous débattons du tiers payant généralisé, comme nous l'avons fait l'année dernière.

Rappelons que les personnes les plus fragiles bénéficient déjà du tiers payant généralisé : bénéficiaires de l'assurance maternité ; bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée ; bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, qui seront demain les bénéficiaires de la CMU-C étendue.

La généralisation du tiers payant reste bien un objectif à terme, comme l'a dit la ministre de la santé. Pour rappel, en 2016, c'est le Conseil constitutionnel qui a censuré la généralisation de la part complémentaire, prévue par la loi de modernisation de notre système de santé. Il a justifié sa censure par l'absence de garanties apportées aux professionnels quant à l'applicabilité réelle du tiers payant généralisé intégral.

À la fin de l'année 2017, un rapport de l'IGAS remis à la ministre de la santé faisait état de difficultés concrètes concernant l'application du tiers payant généralisé. Il concluait qu'il s'agit d'un chantier important, qui doit s'étaler sur plusieurs années.

Depuis, la concertation a permis de faire émerger un calendrier partagé de déploiement des outils techniques nécessaires qui permettront une mise en œuvre fiable pour les professionnels de santé.

Je propose donc un retrait des amendements sur la généralisation du tiers payant à la suite de ces explications. Autrement, avis défavorable sur l'ensemble de ces amendements.

La commission rejette l'amendement n° 575.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette l'amendement AS435 de M. Jean-Hugues Ratenon.

Elle examine ensuite l'amendement AS121 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Vous connaissez notre attachement au déploiement du tiers payant généralisé, et non « généralisable ». L'objet de cet amendement est plus modeste, il tend à instaurer le tiers payant généralisé sur les soins dentaires, optiques et les audioprothèses pris en charge dans le cadre du « 100 % santé ». Il paraît pertinent que les personnes qui en bénéficient soient également exonérées de l'avance des frais au moment de la consultation. La mise en place d'un tiers payant intégral pour les bénéficiaires du reste à charge zéro permettrait ainsi de compléter utilement cette réforme en limitant le renoncement aux soins.

Je propose que cette expérimentation soit limitée au département des Bouches-du-Rhône, qui semble en mesure de l'accueillir. Cela permettrait de

conforter la démarche du reste à charge zéro, et sans doute d'engager une expérimentation utile pour le développement du tiers payant généralisé.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS122 de M. Pierre Dharréville.

M. Alain Bruneel. Cet amendement vise à améliorer l'accès aux soins des étudiants. Selon l'observatoire de la vie étudiante, 36 % des étudiants ont renoncé à se soigner au cours des douze derniers mois, dont 25 % pour des raisons financières, et 87 % des étudiants n'utilisent pas le service de santé de leur université.

Pour limiter le renoncement aux soins au sein de cette population, il est proposé une extension du tiers payant aux étudiants affiliés au régime général de la Sécurité sociale.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS563 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. La mise en place du tiers payant dans les maisons de santé pourrait être une première étape du calendrier partagé auquel le rapporteur général faisait allusion.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette successivement les amendements AS564 de M. Joël Aviragnet, AS490 de Mme Caroline Fiat et AS305 de M. Jean-Hugues Ratenon.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS449 de M. Adrien Quatennens.

M. Jean-Hugues Ratenon. L'accès effectif aux soins des personnes en situation de précarité est entravé par un phénomène persistant de non-recours, et des ruptures de droit à la couverture maladie. La complexité des démarches administratives et la coexistence de plusieurs dispositifs ont des conséquences négatives sur les plans humains, administratifs, économiques et de santé publique. Les personnes en précarité qui ont des droits potentiels à l'aide médicale de l'Etat (AME) rencontrent de multiples obstacles pour l'ouverture et le maintien de ce droit, et leur accès à la prévention et aux soins est difficile, alors même qu'elles cumulent de nombreux facteurs de vulnérabilité. Il faut donc simplifier le dispositif d'accès à la couverture maladie et à la part complémentaire pour garantir son effectivité.

C'est pourquoi cet amendement, proposé notamment par Médecins du monde, tend à intégrer les bénéficiaires de l'AME au régime général de la sécurité sociale.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je serai rapide sur cette question, que nous avons abordée l'année dernière. Il était apparu qu'il existait des points de convergence, mais qu'en l'état, la situation ne permettait pas d'aller vers ce type de dispositions. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 36

Gestion et financement des dispositifs de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie

La commission adopte l'article 36, sans modification.

4. Réunion du mercredi 17 octobre 2018 à 16 heures 15 (article 37 à article 58)

http://www.assemblee-nationale.tv/video.6758511_5bc741a48c678.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2019-su-17-octobre-2018

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Nous reprenons l'examen des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. Ce matin, nous nous sommes arrêtés à l'article 37.

Chapitre II Renforcer la prévention

Article 37

Modification du calendrier des examens de santé obligatoires des jeunes de moins de dix-huit ans

La commission examine l'amendement AS159 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. L'article 37 vise à renforcer le suivi de la santé chez les jeunes en permettant que trois des vingt consultations actuellement réalisées avant l'âge de six ans le soient après cet âge ; cela semble insuffisant. L'étalement du suivi médical dans le temps n'a aucun impact réel sur l'augmentation de sa fréquence, qui devrait pourtant être l'objectif poursuivi. C'est pourquoi cet amendement vise à imposer *a minima* un rendez-vous annuel.

M. Olivier Véran, rapporteur général. L'article 37 vise en effet à modifier l'organisation des examens de santé obligatoires des jeunes dans leur

parcours de vie, avec une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2019. Je rappelle que ces examens bénéficient du dispositif de tiers payant.

En précisant que ces examens ont lieu au moins une fois par an entre les âges de six et dix-huit ans sans augmenter le nombre d'examens obligatoires, votre amendement, monsieur Dharréville, aurait pour effet de diminuer le nombre d'examens obligatoires réalisés entre la naissance et l'âge de six ans. Or, il est important de conserver des examens réguliers obligatoires chez les nourrissons et les très jeunes enfants. C'est la raison pour laquelle je vous propose de retirer l'amendement.

M. Pierre Dharréville. Sur vos conseils avisés, je vais le retravailler.

L'amendement est retiré.

La commission passe à l'amendement AS352 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Cet amendement assez simple vise à imposer un examen médical obligatoire dès l'âge de trois ans. Plus l'action est précoce, plus la prévention est efficace et le dépistage utile. Comme chacun sait, l'âge de l'instruction obligatoire a été ramené de six à trois ans. Jusqu'à présent, un examen de médecine scolaire était fixé à l'âge de six ans, puisque c'était l'âge minimum de l'instruction ; avec le passage de cet âge à trois ans, il me semble opportun de fixer cet examen médical le plus tôt possible, comme le recommandent tous les acteurs.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Votre amendement est satisfait, monsieur le député. Le code de santé publique prévoit qu'un examen est réalisé à l'âge de trois ans et l'article 37 du présent projet de loi n'a pas supprimé cette disposition. Par ailleurs, l'article L. 2112-2 du même code prévoit également que les services de protection maternelle et infantile effectuent un examen médical à l'école maternelle entre les âges de trois et quatre ans.

M. Cyrille Isaac-Sibille. L'objet de l'amendement est de rendre cet examen obligatoire ; le reste, ce ne sont que des mots. Vous savez bien qu'en pratique, 70 % des enfants effectuaient la visite médicale scolaire il y a encore trois ou quatre ans ; aujourd'hui, ils ne sont plus que 40 %... Le but de mon amendement est de rendre cette visite effective. En l'état, elle est fixée à l'âge de six ans car c'était l'âge minimum de l'instruction, mais il faut la rendre obligatoire à trois ans de sorte que 100 % des enfants puissent la réaliser. Ne nous contentons pas de déclarations d'intention : chacun sait que cette visite se fait de moins en moins. Il faut pourtant prendre des mesures fortes de dépistage et de prévention. Je maintiens donc mon amendement qui enverra un signal fort. Cessons de nous satisfaire des mots, et donnons-nous les moyens de permettre à tous les enfants d'effectuer cet examen médical. J'espère que vous donnerez un avis favorable à cet amendement ; s'il est déjà satisfait, satisfaites-le de nouveau !

M. Gilles Lurton. Cet amendement part certes d'une bonne intention, cher collègue, mais tout comme celui que vous avez défendu ce matin, il me semble complètement inopérant en l'état actuel de la médecine scolaire. Ce n'est pas avec un médecin pour douze mille élèves que l'on permettra à tous les enfants de passer une visite médicale par an.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Ne nous contentons pas de mots, dites-vous, monsieur Isaac-Sibille ; mais là, ce sont justement des mots, qui figurent déjà dans la loi, et vous voulez les y répéter. Vous avez parfaitement raison de souligner qu'il est impératif de multiplier les examens de santé recommandés et de garantir en pratique un droit opposable aux examens obligatoires, mais la loi prévoit déjà cette obligation. En pratique, les examens ne sont pas toujours réalisés ; ce n'est pas parce que nous le répéterons une fois de plus dans la loi qu'ils le seront davantage.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Pour qui ces examens sont-ils obligatoires ? Pour les familles ou pour l'État ? L'État s'oblige-t-il à faire en sorte que tous les enfants de trois ans passent une visite médicale ?

La commission rejette l'amendement.

Elle est saisie de l'amendement AS537 de Mme Stéphanie Rist.

Mme Stéphanie Rist. Cet amendement vise à comptabiliser les examens obligatoires réellement effectués dans un rapport remis au ministre de la santé et présenté devant le Parlement.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je partage tout à fait l'esprit de cet amendement. Il faut en effet renforcer l'information de l'assuré afin de l'inciter à réaliser l'intégralité de ces examens. Le défaut d'information est manifeste : peu nombreux sont ceux – même s'ils sont jeunes parents – qui savent à quel âge les enfants doivent effectuer quels examens. Je serais moi-même incapable de vous le dire sur-le-champ alors que j'ai de jeunes enfants.

Vous proposez également d'améliorer le suivi de la réalisation de ces examens. Là encore vous avez parfaitement raison. La rédaction de votre amendement, cependant, est imprécise. Aujourd'hui, c'est le médecin traitant ou le pédiatre qui inscrivent dans le carnet de santé les examens qui ont été réalisés et qui apposent leur tampon. Votre amendement ne précise pas quels examens seraient comptabilisés, où ils le seraient et par qui, dans quelle base de données, et ainsi de suite. En l'état actuel des choses, cette base de données n'existe pas. Peut-être pourrions-nous demain, grâce au dossier médical partagé (DMP), avoir une vision plus globale des examens réalisés en pratique. Je vous suggère donc de retirer cet amendement, même si j'en partage pleinement l'esprit.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS337 de Mme Nathalie Elimas.

Mme Nathalie Elimas. En cohérence avec l'article 37 qui vise à redéployer les vingt consultations proposées pour les nourrissons et les enfants jusqu'à l'âge de dix-huit ans, et avec la stratégie de transformation du système de santé, et dans le cadre du déploiement du dossier médical partagé (DMP), cet amendement vise à intégrer le carnet de santé renouvelé dans le DMP.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Là encore, je partage pleinement l'esprit de cet amendement car le nouveau carnet de santé a vocation à figurer dans le DMP. Cela étant, le DMP n'est pas encore effectif, même s'il le sera bientôt. De deux choses l'une : soit nous décidons dès aujourd'hui de l'intégration du carnet de santé dans le DMP, même si cette disposition ne sera pas opérationnelle, soit nous nous donnons rendez-vous dans un ou deux ans, lorsque le DMP sera déployé, pour inscrire votre proposition dans le droit. Sur le fond, je suis plutôt favorable à votre amendement, même s'il n'emportera aucune conséquence pour l'instant.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 37 modifié.

Article 38

Création d'un fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives

La commission examine l'amendement AS53 de Mme Laëtitia Romeiro Dias.

Mme Laëtitia Romeiro Dias. L'article 38 prévoit une mesure qui s'ajoute à l'ensemble de celles qu'a déjà adoptées notre majorité, qui fait de la prévention l'une de ses priorités en matière de politique de santé. Le budget de la sécurité sociale pour 2019 dont nous débattons donne de nouveaux moyens grâce au fonds de lutte contre les substances psychoactives. Par cet amendement de précision, je vous propose d'éclairer les missions de ce fonds. Son rôle serait étendu à l'information, à la communication, à l'intervention précoce et à la prise en charge des publics concernés par la consommation de substances psychoactives.

M. Olivier Véran, rapporteur général. L'article 38 transforme le fonds de lutte contre le tabac en fonds de lutte contre l'ensemble des substances psychoactives. Ce fonds est constamment renforcé, année après année, pour assurer la prévention, l'accompagnement et le dépistage. Il est extrêmement utile pour les autorités de santé publique. Il prend désormais une forme nouvelle avec un périmètre élargi.

Vous souhaitez en préciser les missions dans la loi. Tout d'abord, l'article prévoit d'ores et déjà que les destinataires du fonds et les destinations des sommes seront mis à jour et précisés chaque année par arrêté ministériel ; cette précision relève donc plutôt du niveau réglementaire que du niveau législatif. Ensuite, si les

missions du fonds sont précisées dans la loi, il sera difficile de les modifier. Or, la lutte contre les addictions pourra revêtir d'autres formes dans un avenir proche ou lointain. Il semble difficile de figer les choses au niveau législatif alors que cette mesure relève du niveau réglementaire. Je vous propose donc le retrait de l'amendement.

L'amendement est retiré.

La commission passe à l'amendement AS505 de Mme Martine Wonner.

Mme Martine Wonner. Cet article tout à fait intéressant vise à créer un fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives. Néanmoins, aucune mention n'y est faite des modalités de financement du fonds. Afin d'éviter que celui-ci devienne un « fonds Théodule » inutile et sans moyens, il semble indispensable de préciser que le décret prévu au cinquième alinéa précisera non seulement les modalités d'application de l'article mais aussi les modalités de financement du fonds.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Le financement du fonds est prévu à l'alinéa premier de l'article : 90 % de ses recettes proviennent des fournisseurs de tabac. Cet amendement étant déjà satisfait, je vous propose de le retirer ; à défaut, avis défavorable.

M. Jean-Pierre Door. Je saisis l'occasion de l'examen de cet article pour poser une question au groupe La République en Marche : envisage-t-il dans son programme de légaliser le cannabis comme vient de le faire le Canada ce matin même ?

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article sans modification.

Après l'article 38

La commission examine l'amendement AS531 de M. Thomas Mesnier.

M. Thomas Mesnier. Cet amendement vise à instaurer un dispositif adapté d'évaluation à l'horizon 2020 de l'impact des mesures de lutte contre les addictions qui figurent dans ce texte.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Avis favorable : la politique de prévention des addictions repose sur un maquis de sources de financement dont l'enchevêtrement est confus. Il serait donc utile de disposer d'un état des lieux global sur cette question.

La commission adopte l'amendement.

Article 39

Généralisation de l'expérimentation portant sur la vaccination antigrippale par les pharmaciens

La commission est saisie de l'amendement AS165 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Cet amendement est l'occasion de poser deux questions sur l'article. Les pharmaciens se verront confier des responsabilités jusqu'à présent dévolues aux médecins. La première question porte sur la formation qui leur sera dispensée afin qu'ils puissent pratiquer les actes en question ; à ma connaissance, ils n'y sont pas encore formés. Deuxième question : qu'en sera-t-il des honoraires que perçoivent aujourd'hui les médecins généralistes pour ces actes ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Par cet amendement, monsieur le député, vous souhaitez supprimer l'article qui étend aux pharmaciens le droit de vacciner contre la grippe – extension à laquelle je suis très favorable à titre personnel. Rappelons tout d'abord que la Haute Autorité de santé s'est fixé pour objectif de porter la couverture vaccinale à 75 %, alors qu'elle est encore inférieure à 50 % – en 2016, elle s'élevait à 47 % environ pour les publics visés. Chaque année, près de 10 000 personnes décèdent de la grippe saisonnière, notamment parmi les publics les plus fragiles. Nous adoptons une stratégie des petits pas : tout ce qui permettra d'étendre la couverture vaccinale est bon à prendre. Une expérimentation conduite en 2017 dans deux régions, la Nouvelle-Aquitaine et Auvergne-Rhône-Alpes, a été étendue à l'Occitanie et aux Hauts-de-France. Sa généralisation permettra de couvrir un plus grand nombre de personnes.

Mme Delphine Bagarry. Je rappelle qu'il s'agit d'une mesure de santé publique qui permet de toucher les personnes non vaccinées par la voie obligatoire du médecin généraliste. C'est faire injure aux pharmaciennes et aux pharmaciens de prétendre qu'ils ne peuvent pas se former à réaliser cette injection. Je suis tout à fait favorable à cet article et je vous proposerai même plus tard un amendement qui va bien au-delà.

M. Jean-Pierre Door. Nous voterons naturellement cet article. La lutte contre le déni de vaccination est fondamentale, monsieur Dharréville, car ce phénomène prend des proportions inquiétantes en France. Par ailleurs, le pharmacien est le dernier rempart de l'accès des soins en milieu rural. Il peut être en mesure de vacciner, au même titre que les infirmières, en l'absence de médecin. Pour élever au maximum le nombre de personnes vaccinées, il faut voter cet article.

M. Pierre Dharréville. Je ne méconnaiss aucun de ces arguments mais je demande des réponses plus précises aux deux questions que j'ai posées, qui étaient l'objet de l'amendement. Est-il prévu une formation pour que les personnes concernées s'adaptent à cette nouveauté ? *Quid* des honoraires ?

Mme Charlotte Lecocq. Les pharmaciens ont un rôle très important de proximité avec le public, en particulier en milieu rural. Ils tiennent également un rôle majeur de communication et de prévention auprès du grand public et sont un interlocuteur de confiance qui fait la promotion de la vaccination. Il est donc indispensable de s'appuyer davantage sur eux.

M. Francis Vercamer. Le groupe UAI ne votera pas en faveur de cet amendement car nous soutenons le principe de l'extension aux pharmaciens du droit de vaccination. Nous avons d'ailleurs déposé des amendements – tombés sous le coup de l'article 40 – afin d'étendre ce droit à d'autres professions paramédicales.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Élu de la région Auvergne-Rhône-Alpes, je constate qu'il s'y manifeste une réelle demande des pharmaciens. L'expérimentation est un franc succès. En milieu rural, les pharmacies constituent l'un des derniers maillages existants. Il faut absolument le renforcer. C'est pourquoi notre groupe est très favorable à cet article.

M. Gérard Cherpion. Nous le voterons également. Le pharmacien est un interlocuteur de santé de proximité. En milieu rural, il connaît toute sa clientèle et les problèmes qu'elle rencontre concernant certains médicaments. Il est donc capable non seulement d'effectuer la vaccination mais aussi de fournir des conseils en la matière.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Retirez-vous votre amendement, monsieur Dharréville ?

M. Francis Vercamer. Il le retire !

M. Pierre Dharréville. C'est mon intention depuis le début, mais je ne parviens pas à obtenir de réponse à mes deux questions...

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je vous prie de m'excuser de ne pas y avoir répondu tout à l'heure. L'article 2 du décret de 2017 relatif à l'expérimentation impose la validation d'une formation obligatoire pour les pharmaciens ; ce sera également le cas dans le décret d'application du présent article du PLFSS. Quant au coût, il est loin d'être exorbitant : l'acte coûte 4,50 euros en cas de vaccination par un pharmacien, ou 6,30 euros s'il ne répond pas à une prescription, à quoi s'ajoute un forfait de 100 euros par établissement pour l'ensemble de l'expérimentation. Autrement dit, cette mesure n'a d'autre objectif que la santé publique. La convention devra être renégociée concernant la question des honoraires avant la généralisation du dispositif.

M. Pierre Dharréville. Je vous remercie et je retire mon amendement.

L'amendement est retiré.

La commission passe à l'amendement AS455 de Mme Nathalie Elimas.

Mme Nathalie Elimas. Afin de renforcer la stratégie d'extension de la couverture vaccinale et de pallier les difficultés liées à la démographie médicale, cet amendement d'appel vise à permettre aux pharmaciens d'officines d'effectuer les vaccins de rappel contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite pour les adultes : ces actes nécessitent souvent un aller-retour entre le médecin prescripteur et le pharmacien qui pourrait ainsi être évité.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Votre amendement me semble satisfait, madame Elimas, car la Haute Autorité de santé ne s'est à ce jour prononcée que sur la vaccination antigrippale. Saisie par le ministère de la santé, elle conduit d'autres travaux sur les questions que vous soulevez, qui pourraient – le cadre de la loi n'étant pas contraignant en la matière – permettre d'étendre l'habilitation des pharmaciens à d'autres types de vaccination que la seule grippe saisonnière.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 39 sans modification.

Chapitre III Améliorer les prises en charge

Article 40

Prise en charge de l'intervention précoce pour l'autisme et les troubles du neuro-développement

M. Jean-Carles Grelier. Permettez-moi d'intervenir brièvement sur cet article, madame la présidente. J'avais déposé un amendement visant à ajouter aux troubles du neuro-développement les maladies dites « dys- » comme la dyspraxie, la dyslexie ou encore la dyscalculie. Or cet amendement a été jugé irrecevable alors qu'il ne créait aucune charge supplémentaire au-delà de ce qui était prévu, mais parce qu'il a été assimilé à un cavalier. Je regrette qu'il ait été évacué de cette façon, sans y prendre garde. Plus de 80 000 enfants supplémentaires sont concernés par ces troubles du neuro-développement chaque année, et 8 à 12 % d'une classe d'âge. L'exclusion quelque peu arbitraire de cet amendement, sans même que les services de l'Assemblée n'aient pris l'attache de mon cabinet pour envisager comment pallier les éventuelles lacunes de son libellé, est totalement irrespectueuse des familles des enfants concernés et des professionnels qui interviennent dans ce domaine. Je ne jette la pierre à personne sur la façon dont est appréciée la recevabilité des amendements, mais en l'occurrence, il s'agit d'un sujet qui concerne des milliers d'enfants et de familles, sur lequel nous allons

bassement faire l’impasse pour des raisons administrativo-juridiques qu’il sera très difficile de justifier auprès des familles en question. Je le regrette très sincèrement.

La commission adopte l’article sans modification.

Article 41

Accélération de la convergence tarifaire des forfaits soins des établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Mme Monique Iborra. Cet article revient sur la réforme de la tarification des établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) prévue dans la loi relative à l’adaptation de la société au vieillissement, entrée en vigueur en 2016, en accélérant la convergence tarifaire des établissements vers un forfait cible. Plusieurs rapports ont établi les difficultés d’application de cette réforme, qui est source d’inégalités tant entre les citoyens qu’entre les établissements – inégalités qui ont d’ailleurs conduit le Gouvernement à prévoir des compensations financières couvertes par l’État. En juillet, le président de la République a annoncé la présentation à la fin 2019 d’un projet de loi sur le vieillissement et la perte d’autonomie, dans laquelle il sera naturellement question de financement. Je suppose donc que cet article pourra être revu à cette occasion.

La commission adopte l’article sans modification.

Après l’article 41

La commission examine les amendements identiques AS150 de M. Gilles Lurton et AS276 de Mme Isabelle Valentin.

M. Gilles Lurton. L’amendement AS150 est défendu.

Mme Isabelle Valentin. Cet article additionnel de cohérence, en lien avec les deux articles précédents, vise à faire entrer les structures de la prévention et des soins en addictologie ainsi que les lits halte soins santé et les lits d’accueil médicalisé dans le champ de l’obligation de contractualisation d’un contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens (CPOM) avec l’agence régionale de santé (ARS).

M. Olivier Véran, rapporteur général. Vous souhaitez intégrer des structures de prévention, d’insertion et d’addictologie ainsi que des structures d’accueil médicalisé dans le champ de l’obligation de contractualisation d’un CPOM. La rédaction des articles L.313-12 et L.313-12-2 du code de l’action sociale et des familles permet déjà d’inclure dans le périmètre d’un CPOM – et donc de l’état prévisionnel des recettes et dépenses (EPRD) – les établissements visés par cet amendement sur une base volontaire s’ils sont gérés par un organisme privé ou public qui gère également des établissements médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées.

Imposer une contractualisation obligatoire avec les structures de prévention et de soins en addictologie affecterait surtout les petites structures pour lesquelles ces outils ont un intérêt moindre, et alourdirait la charge de travail des ARS qui doivent déjà réussir la généralisation de la contractualisation avec les structures pour personnes âgées et handicapées.

Pour toutes ces raisons, mon avis est défavorable.

La commission rejette les amendements.

Elle passe aux amendements identiques AS149 de M. Gilles Lurton, AS277 de Mme Isabelle Valentin et AS614 de M. Bernard Perrut.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS149 est défendu.

Mme Isabelle Valentin. L'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 a prévu la généralisation progressive des CPOM dans les EHPAD. Il généralise également de manière immédiate le passage à l'EPRD de ces établissements, déconnectant ainsi CPOM et EPRD pour assouplir le dialogue de gestion entre les autorités de contrôle et de tarification et les gestionnaires, et pour accroître la souplesse de gestion. En sus, les établissements publics ont un EPRD unique dès lors qu'un établissement social et médico-social est sous CPOM. L'amendement AS277 vise à étendre l'EPRD à tous les établissements sociaux et médico-sociaux.

M. Bernard Perrut. L'amendement AS614, identique, est une mesure de cohérence qui permet d'homogénéiser les règles de présentation budgétaire dans l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux – qu'ils aient ou non conclu un CPOM et qu'ils soient ou non soumis à la tarification à la ressource – et d'assurer une présentation plus lisible et adaptée des budgets de fonctionnement, notamment pour les organismes gestionnaires gérant plusieurs autorisations. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a prévu une généralisation progressive des contrats d'objectifs et de moyens dans les EHPAD, ainsi qu'une généralisation du passage à l'EPRD. Le but de cet article additionnel consiste à assouplir le dialogue de gestion et à renforcer la souplesse de gestion. Il vise à étendre l'EPRD, pour les gestionnaires qui le souhaitent, à l'ensemble des établissements pour enfants et adultes en situation de handicap ainsi qu'aux structures de prévention et de soins, en addictologie notamment. C'est un point sur lequel nous avons été sollicités et cet amendement me semble avoir tout son sens.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Avis défavorable pour les mêmes raisons qu'aux amendements précédents.

La commission rejette les amendements.

Elle est saisie de l'amendement AS293 de M. Pierre Dharréville.

M. Alain Bruneel. Chacun connaît la situation des EHPAD et leur manque de moyens et de matériel. Une commission d'enquête créée sur ce sujet a rendu un excellent rapport. Les personnes âgées entrent de plus en plus tard dans ces établissements – aux alentours de 83 voire 84 ans en moyenne – et sont affectées par une dizaine de pathologies différentes. Il faut des moyens financiers pour répondre à leurs besoins mais aussi pour leur proposer des activités culturelles et de loisir. Nous proposons donc de créer une commission de suivi chargée de faire le point sur l'évolution de la convergence tarifaire en vue de son ajustement si nécessaire.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Il existe déjà un comité de suivi de la convergence dans les EHPAD, créé en septembre 2017. Il est présidé par le directeur général de la cohésion sociale et associe l'assemblée des départements de France, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les ARS et les fédérations représentant les organismes gestionnaires d'EHPAD. Par ailleurs, la ministre des solidarités et de la santé a lancé une concertation sur le grand âge et l'autonomie, qui mobilisera notamment les commissaires aux affaires sociales dans les semaines à venir. Votre amendement étant satisfait, je vous propose donc de le retirer.

La commission rejette l'amendement.

Chapitre IV

Améliorer les conditions de l'accès aux produits de santé

Article 42

Renforcer l'accès précoce à certains produits de santé innovants, tout en assurant la pérennité du système de prise en charge

La commission examine l'amendement AS155 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Cet article assouplit les règles régissant l'accès précoce des laboratoires pharmaceutiques à des médicaments innovants. Il réduit par ailleurs l'intervention d'organismes tels que la Haute Autorité de santé ou l'Agence du médicament, qui apportent pourtant des garanties d'indépendance et de sécurité sanitaire. L'opacité des critères de fixation des prix des médicaments est régulièrement pointée du doigt par la Cour des comptes, entre autres, mais aussi par des médecins oncologues qui ont récemment lancé un appel sur cette question. L'article L. 162-16-5-1-1 du code de la sécurité sociale prévoit même que les ministres fixent la compensation accordée à l'entreprise titulaire des droits d'exploitation de la spécialité. C'est laisser le champ libre aux laboratoires pharmaceutiques alors qu'ils engrangent chaque année des bénéfices colossaux : Sanofi, en particulier, a réalisé 4,7 milliards d'euros de bénéfices annuels.

C'est un système dangereux qui risque d'entraîner une forte progression du coût des médicaments. C'est la raison pour laquelle nous demandons la suppression de cet article.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Vous proposez de supprimer l'article 42 qui, selon vous, assouplit les règles auxquelles sont soumis les laboratoires pharmaceutiques concernant l'accès précoce à des médicaments innovants. Pour moi, il facilite avant tout l'accès de patients atteints de maladies très graves à des médicaments innovants. Un grand nombre de traitements doivent notamment apparaître cette année pour traiter des maladies auto-immunes ou des cancers.

Au fond, en quoi consiste cet article ? Aujourd'hui, après la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché (AMM), le périmètre de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) se fige au médicament employé dans la ou les indications ayant fait ou faisant l'objet de ladite AMM. Or, ce système de délivrance des ATU par médicament et non par indication correspond de moins en moins à la réalité des innovations thérapeutiques. Il se peut en effet qu'un traitement très innovant bénéficiant d'une autorisation accordée pour une indication particulière s'avère en réalité très efficace pour une autre indication, par exemple dans le cas d'une maladie auto-immune, de maladies croisées ou de certains cancers ; il faudrait alors relancer un processus complet. Au contraire, nous proposons une extension nominative du médicament pour élargir le champ des possibles et faciliter l'accès des patients à des traitements innovants.

La commission rejette l'amendement.

Elle passe à l'amendement AS242 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. L'article 42 prévoit effectivement d'ouvrir les extensions d'indications au dispositif de l'ATU, ce qui est une très bonne chose. Cependant, telle qu'elle est rédigée, la mesure est désincitative au dépôt d'extension d'indication. C'est pourquoi mon amendement AS242 vise à ne déclencher l'application des remises prévues à l'article 97 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 que pour les indications ne faisant pas l'objet d'un prix publié au *Journal officiel*.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Votre amendement vise à inciter les laboratoires à demander des ATU pour des médicaments disposant déjà d'une AMM en soustrayant du calcul du chiffre d'affaires servant à « déclencher » le versement rétroactif de remises le chiffre d'affaires obtenu au titre des indications sous ATU des médicaments déjà pris en charge dans le droit commun. J'en comprends l'intention mais il présente des difficultés en termes financiers et budgétaires ainsi qu'au regard des engagements pris avec les laboratoires concernant l'évolution des chiffres d'affaires et des marchés. Je vous en propose donc le retrait ; à défaut, avis défavorable.

M. Paul Christophe. La lecture de M. le rapporteur général cerne précisément le sujet. Je retire l'amendement pour le retravailler en vue de la séance publique.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie de l'amendement AS270 de M. Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier. Comme vous l'avez dit, monsieur le rapporteur général, la question des ATU renvoie à celles de la recherche et de l'innovation et concerne des malades souvent atteints de pathologies importantes. En juillet, le Premier ministre a pris l'engagement devant le conseil stratégique des industries de santé (CSIS) d'instaurer un dispositif modifiant les ATU, dispositif qu'il voulait clair, qui devait simplifier les règles et qui devait être libellé en six lignes tout au plus.

Au lieu de cela, le dispositif en question occupe huit pleines pages du PLFSS, illisibles et indigestes, au point que l'on peine même à les lire à Matignon. Le monde du médicament ne s'y retrouve plus. Si l'on voulait être « désincitatif », pour reprendre l'expression de notre collègue M. Christophe, on ne s'y serait pas pris autrement ! Le dispositif législatif actuel correspond exactement à ce que l'on ne veut plus voir dans une loi. Huit pages d'explications pour modifier les ATU alors que le Premier ministre a pris l'engagement d'un texte de six lignes au maximum : convenez que cela ressemble beaucoup à l'ancien monde !

Nicolas Boileau nous a laissé un bel axiome : « *Ce qui se conçoit bien s'énonce clairement et les mots pour le dire arrivent aisément* ». À l'évidence, les mots pour le dire ne sont pas arrivés aisément et ce qui se concevait bien ne s'est pas énoncé clairement ! J'ai donc déposé deux amendements visant à simplifier autant que possible les dispositions de cet article 42 mais si vous pouviez, monsieur le rapporteur général, procéder à l'élagage de tous les éléments superfétatoires de cet article d'ici à la séance, vous enverriez un très bon signal à la recherche française en matière de médicaments, aux chercheurs mais aussi aux patients, qui sont trop souvent en attente de ces ATU.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Vous avez cité Boileau ; je vous répondrai en citant Voltaire : « *le moyen d'ennuyer est de vouloir tout dire* ». Avec l'article 42, le moyen de s'ennuyer est de vouloir tout lire ! Je conviens que les huit pages d'explications sont extrêmement complexes et je loue le volontarisme des administrateurs qui se sont lancés dans la confection d'un schéma explicatif – que je vous invite à consulter dans le rapport – visant à les récapituler. Sans doute la mécanique est-elle complexe et technique, mais l'exposé des motifs et les dispositions proposées dans vos amendements ne le sont pas moins.

Si le montant moyen pris en charge par patient au titre d'une ATU est supérieur à 10 000 euros, le laboratoire doit verser une remise rétroactive pour tout produit dont le chiffre d'affaires excède 30 millions d'euros par an. Vous proposez que ces 30 millions ne soient pas considérés pour un médicament précis, mais au titre de chaque indication. Je comprends votre intention : vous souhaitez inciter les laboratoires à demander des ATU pour des médicaments faisant déjà l'objet d'une AMM en renforçant l'attractivité financière du dispositif. Cependant, il est primordial de maintenir la disposition dans son état actuel, telle qu'elle a été

négociée et arrêtée par les laboratoires et le Premier ministre lors du CSIS, afin de garantir la soutenabilité financière du système pour l'assurance maladie : le montant de 30 millions d'euros est déjà significatif. Avis défavorable.

Mme Audrey Dufeu Schubert. En effet, plus le cadre est précis et parfois complexe et plus la liberté et l'agilité sont grandes sur le terrain et pour les citoyens. Je retiens de cet article très technique que l'élargissement des ATU au-delà d'indications uniques permettra à un nombre considérable de patients d'accéder à des traitements innovants. Voilà ce qu'est le nouveau monde, Monsieur Grelier : c'est améliorer l'accès à l'innovation.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine, en discussion commune, les amendements AS241 de M. Paul Christophe et AS288 de M. Jean-Pierre Door.

M. Paul Christophe. L'ouverture des extensions d'incitations au dispositif ATU s'accompagne de nouvelles modalités de fixation du prix des médicaments sous ATU qui contreviennent au cadre actuellement en vigueur. C'est pourquoi l'amendement AS241 vise à supprimer la compensation fixée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et de laisser la fixation des prix dans le champ conventionnel.

Par ailleurs, le mécanisme actuel de régulation financière tel qu'il est défini à l'article 97 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 permet d'ores et déjà de limiter la forte augmentation des dépenses de l'assurance maladie liée à l'accès précoce.

M. Jean-Pierre Door. En effet, la France possède un système d'accès précoce aux médicaments qui nous est envié partout dans le monde. Cela étant, la procédure relative aux ATU qui nous est proposée ici est d'une complexité aberrante. Chacun en constate le manque de lisibilité. De surcroît, monsieur le rapporteur général, rien n'est dit de la pluriannualité, alors que la prévisibilité est un point central établi comme tel par le CSIS en juillet. Je regrette cette lacune ; sans doute pourrez-vous y remédier lorsqu'il vous appartiendra de « nettoyer » les sept pages que noircit cet article ! Mon amendement AS288 vise donc à simplifier le dispositif de régulation financière applicable aux extensions d'indication dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Le système d'ATU est plébiscité par l'ensemble des acteurs et remarqué dans le monde. Il n'est cependant pas sans présenter quelques difficultés. Nous avons évoqué le cas du médicament Orkambi destiné aux patients atteints de mucoviscidose : le laboratoire Vertex, qui le fabrique, avait exercé un chantage à l'essai clinique au motif que le prix post-ATU n'était pas suffisant, en dépit du fait que la commission de la transparence lui avait attribué une amélioration du service médical rendu (ASMR) de niveau IV. Il en est résulté de nombreuses difficultés. À cet égard, nous attendons toujours avec

impatience une réforme du financement du médicament permettant d'éviter de se trouver dans des situations très complexes pour tout le monde.

En l'occurrence, nous prôtons une extension des ATU pour certaines indications de sorte qu'elles soient accordées sans passer par les rouages habituels et les fourches caudines de l'administration, afin que les patients aient directement accès aux médicaments. Précisons que ce ne sont pas des médicaments dont on ignore tout, puisqu'ils bénéficient déjà d'une AMM pour l'indication principale. L'ensemble des mécanismes retenus – nouveau système d'ATU pour les dispositifs médicaux, système de post-ATU pour des médicaments qui n'ont jamais fait l'objet d'un ATU et extension quasi automatique de l'ATU pour des médicaments faisant l'objet d'une AMM – me paraît déjà répondre aux exigences de la situation ; il me semble excessif de revenir sur les mécanismes de fixation du prix. Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Puis elle examine les amendements AS229 et AS230 de M. Philippe Berta.

M. Philippe Berta. Ces deux amendements portent sur la même problématique. Je rejoins mes collègues sur la complexité du dispositif de remboursement et de définition du prix des médicaments, qui nécessiterait, selon de nombreux acteurs, d'être lissé et clarifié. Au contraire de ce que j'ai entendu, il est clair aujourd'hui, en particulier dans un domaine qui m'est cher, celui des maladies rares, que la quasi-totalité des acteurs ne sont plus les grands groupes pharmaceutiques, loin s'en faut, mais une multitude de toutes petites entreprises, dont certaines ont même été créées par des parents de patients – Lysogène, par exemple, par Karen Aiach ou pour le syndrome d'Ondine.

Ces entreprises monoproduit sont les pourvoyeuses de l'innovation de demain. Il me paraît essentiel que le prix ne soit pas systématiquement imposé par le ministère, mais qu'il soit bien le fruit d'une négociation et d'une discussion entre lui et cette petite entreprise. Si le prix est insuffisant, vous allez tuer des dizaines et des dizaines de petites entreprises de biotechnologie.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Monsieur le député, il s'agit de propositions issues des travaux du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS), qui ont été saluées par l'ensemble des acteurs de la filière pharmaceutique, dans la mesure où elles permettent un accès plus précoce à l'innovation pour les malades. Cela n'a donc rien d'une régression. Au contraire, nous cherchons à amplifier le mouvement pour rendre disponible plus tôt et dans les meilleures conditions l'innovation thérapeutique pour tous les malades.

Les médicaments dont nous parlons ont déjà un prix, puisqu'ils ont reçu une AMM. La procédure d'extension d'indication prévoit que c'est la ministre qui le fixera, en se basant, évidemment, sur celui du médicament dans son AMM, mais aussi du service médical rendu par le même médicament dans la nouvelle indication. Si le service médical rendu est meilleur, le prix sera plus élevé ; sinon,

il sera réduit. Il ne faut donc pas bloquer la situation, en restreignant les éléments pris en compte aux références conventionnelles existantes, au risque de perdre notre capacité d'adaptation des prix. Demande de retrait ou avis défavorable.

M. Philippe Berta. Nous ne parlons pas des mêmes médicaments. Vous me parlez de comparatifs. Mais, pour les centaines de médicaments de biothérapie qui sont en train d'être préparés ou qui arrivent déjà sur le marché, ne cherchez pas de comparatifs, puisqu'il n'y en a pas : nous sommes à la pointe ultime de l'innovation.

M. Jean-Pierre Door. J'appuie tout à fait l'amendement de notre collègue. C'est vrai qu'il y a une innovation et une recherche qui se développent sur les maladies rares et engagent de petites et moyennes entreprises. La négociation du prix doit être rapide et le délai d'obtention des ATU raccourci : certaines entreprises vous disent qu'il faut attendre cinq cents ou six cents jours... Le CSIS a d'ailleurs proposé de ramener les délais à cent cinquante ou cent soixante jours.

La commission rejette successivement ces amendements.

Suivant l'avis favorable du rapporteur général, elle adopte ensuite l'amendement rédactionnel AS231 de M. Philippe Berta.

La commission est saisie de l'amendement AS271 de M. Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier. Je ne vais pas reprendre ma démonstration, madame la présidente : considérons que cet amendement est défendu en l'état. Je ne veux pas insister une nouvelle fois sur la complexité administrative, mais redire, comme l'a très justement expliqué Philippe Berta, qui maîtrise beaucoup mieux que moi ces questions, combien c'est aujourd'hui paralysant et désincitatif pour la recherche.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Elle est saisie de l'amendement AS515 de Mme Martine Wonner.

Mme Martine Wonner. Dans sa rédaction actuelle, l'article 42 permet aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, selon des modalités prévues par décret, de prendre la décision d'ATU de manière discrétionnaire. Sans revenir sur cette procédure fort utile, justifiée par l'urgence, mais pour se prémunir contre toute influence des organisations pharmaceutiques ou des lobbies, mon amendement vise à ce que le Parlement, dont le rôle constitutionnel est de contrôler l'action du Gouvernement, soit informé, dans un délai rapide de deux semaines, de la décision des ministres.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Avis défavorable. Vous voulez que l'on informe les parlementaires sur les médicaments qui ont bénéficié d'une entrée directe en post-ATU, alors que les arrêtés ministériels sont déjà systématiquement publiés au *Journal officiel* et la liste de tous les produits en ATU et post-ATU disponible sur le site internet du ministère de la santé. Informer les parlementaires par une voie supplémentaire, quand l'information est déjà publique et visible à deux endroits, me semble excessif.

Mme Martine Wonner. Je proposais d'instituer une forme de procédure d'alerte, dans la mesure où les parlementaires ne passent pas leur vie – peut-être à tort – à lire le *Journal officiel*.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS628 de Mme Josiane Corneloup.

M. Jean-Pierre Door. Cet amendement, qui s'inscrit dans le fameux débat pour savoir si l'homéopathie doit être maintenue dans le régime des remboursements ou non, vise à donner du temps à la concertation pour empêcher le possible déremboursement des médicaments homéopathiques. Alors que Mme la ministre Agnès Buzyn a demandé à la Haute autorité de santé (HAS) de mener une étude sur ce sujet, notre collègue propose de laisser du temps au temps, comme le disait un célèbre Président de la République.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Sans entrer dans le fond du débat sur l'homéopathie, puisque vous ne m'y entraînez pas, la ministre des solidarités et de la santé a effectivement chargé la Haute autorité de santé d'une mission. Au lieu de donner un avis éclairé sur les quelque 1 800 spécialités de l'homéopathie, il lui a été proposé de formuler un avis global sur l'ensemble de l'homéopathie, sans préjuger de son avis. La ministre souhaite pouvoir disposer de cet outil scientifique dès 2019, pas forcément à des fins de déremboursement, puisque le sujet fait débat. Attendre une année supplémentaire ne me semble pas justifié. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS663 du rapporteur général.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Cet amendement vise à préciser le périmètre de la réévaluation de l'homéopathie par la Haute autorité de santé, pour simplifier les procédures.

La commission adopte l'amendement.

Elle examine l'amendement AS24 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Les médicaments homéopathiques représentent une alternative thérapeutique aux soins classiques, encadrée par des professionnels de santé et sécurisée pour les patients. Certains services hospitaliers prescrivent des

médicaments homéopathiques à des patients exposés au risque iatrogène pour les grossesses, accouchements, allaitements ou soins de support en oncologie. Les pouvoirs publics doivent être en mesure d'envisager l'ensemble des possibilités, en attendant les conclusions de la Haute autorité de santé, quant à la prise en charge de ces médicaments, à savoir l'admission, mais aussi la modification du taux de prise en charge. Cet amendement vise à permettre de moduler le taux de remboursement, plutôt que d'opérer un déremboursement total du médicament.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Vous souhaitez modifier l'alinéa 66 afin de préciser que le décret définira les conditions dans lesquelles la prise en charge par l'assurance maladie de ces médicaments homéopathiques peut être admise, modifiée ou refusée. Cette précision ne paraît pas utile. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

La commission adopte ensuite successivement les amendements rédactionnels AS662 et de conséquence AS664 du rapporteur général.

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette l'amendement AS492 de M. Adrien Quatennens.

La commission adopte l'article 42 modifié.

Après l'article 42

La commission examine les amendements identiques AS178 de M. Pierre Dharréville et AS548 de M. Joël Aviragnet.

M. Pierre Dharréville. Les investissements réalisés par les industries, notamment en recherche et développement et en production, peuvent être pris en compte dans la définition du prix. Afin d'éviter que le contribuable ne paie deux fois, la première par le biais du financement public de la recherche biomédicale et la deuxième dans un prix final élevé du médicament, remboursé par l'assurance maladie, il convient de prendre en compte, dans la définition du prix, les financements publics qui ont contribué à mettre au point un médicament.

En effet, l'État contribue, directement ou indirectement, très largement au développement des médicaments arrivant sur le marché : par le financement d'un système d'enseignement supérieur d'excellence formant les scientifiques et les chercheurs ; par l'octroi de subventions aux entreprises telles que le crédit d'impôt recherche (CIR), le crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) ou le crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS) ; par l'investissement dans la recherche publique, le secteur public investissant surtout dans les aspects les plus risqués de la recherche, dont la recherche fondamentale appliquée dans sa phase initiale et le partage des découvertes scientifiques.

L'amendement AS178 vise à compléter les critères de détermination des prix.

M. Joël Aviragnet. L'amendement AS548 est défendu.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Sur le fond, je partage la nécessité de bien tenir compte du coût de la recherche et du développement d'un traitement, au moment de déterminer son prix ; du reste, dans les modalités de détermination des prix, beaucoup de paramètres entrent en ligne de compte. Mais ces amendements rendraient les choses inapplicables en pratique, à moins de compter sur la seule bonne volonté des laboratoires. Par exemple, il est impossible pour le CEPS de connaître le véritable coût de la recherche et du développement d'un médicament, au risque d'introduire des marges d'incertitude qui nuiraient à ses négociations avec les laboratoires, ce qui n'est pas du tout l'objectif de vos amendements. J'en partage l'esprit, mais ils ne sont pas applicables. Demande de retrait ou avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Ce sujet mérite un travail, d'autant que vous êtes visiblement sensible à cette question. Nous avons simplement proposé d'ajouter un critère et d'ouvrir la porte à une réflexion sur la prise en compte des investissements publics dans le prix des médicaments. Nous tenons à cette idée et nous n'entendons pas y renoncer. Nous sommes ouverts à toute réflexion qui ferait avancer le sujet.

La commission rejette ces amendements.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS205 de M. Pierre Dharréville et AS549 de M. Joël Aviragnet.

M. Pierre Dharréville. Dans son rapport de septembre 2017 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes recommande de renforcer le dispositif de révision des prix en France. En effet, si les critères de révision des prix des médicaments sont définis par la loi depuis 2017, il n'existe pas d'obligation de révision des prix. La Cour des comptes recommande de les établir à l'issue des cinq années de garantie de prix européen, pour les médicaments les plus innovants ; au bout de trois ans pour les autres médicaments. Notre amendement AS205 vise à déterminer légalement les conditions du déclenchement de la révision des prix : au bout de cinq ans pour les médicaments les plus innovants soumis à la garantie de prix européen ; au bout de trois ans pour les autres, et en cas d'extension d'indication thérapeutique. Il ne m'arrive pas si souvent de reprendre les préconisations de la Cour des comptes. En l'occurrence, elles me semblent tout à fait fondées.

M. Joël Aviragnet. L'amendement AS549 est défendu.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Vos amendements visent à ouvrir la révision du prix des médicaments, déjà prévue par la loi. Cette année, par exemple, nous avons demandé à l'industrie pharmaceutique 960 millions d'euros

de baisse des prix. L'effort de contribution de l'industrie pharmaceutique à la maîtrise médicalisée dans le budget de la sécurité sociale s'élève à peu près à 45 %, pour une filière qui pèse aux alentours de 15 % seulement. Un réel effort lui est déjà demandé. Il sera d'une certaine manière compensé par l'arrivée massive de traitements innovants sur le marché, qui nous permettra d'assurer le taux plancher de 0,5 % de croissance en régulation prix-volume.

En introduisant la notion de délai, vous allez contraindre le CEPS dans ses missions de réduction des prix. Le laboratoire pourra en effet arguer du fait que le prix de son médicament ayant été arrêté à tel moment, il n'est plus possible d'y toucher pendant tant d'années. Je comprends l'esprit de vos amendements. Mais, en réalité, ils sont déjà plus qu'appliqués dans la pratique et ils risqueraient d'être contre-productifs. Demande de retrait ou avis défavorable.

La commission rejette ces amendements.

Elle en vient ensuite à l'amendement AS497 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. 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, qui a pourtant bénéficié du CIR.

Non seulement le CIR n'a pour l'instant aucun effet significatif sur l'emploi, mais 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, dans une logique de don et contre-don, il serait tout à fait cohérent que le Comité économique des produits de santé tienne compte de ce que l'État a déjà donné aux industriels, au moment de discuter avec eux des prix de leurs médicaments. Un prix élevé pourrait ainsi être infléchi par le bénéfice d'aides publiques.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Pour les mêmes raisons que précédemment, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS498 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. Les modalités de fixation des prix du médicament échappent, pour une bonne part, aux normes élémentaires de rationalité et placent l'industrie pharmaceutique dans une position très confortable vis-à-vis des États. Tel est le constat réalisé chaque année par les associations de patients et les professionnels de santé les plus inquiets. À elle seule, la dépense du médicament menace les équilibres des systèmes de santé du monde entier. La France est particulièrement exposée et a dû, comme tous les pays européens, faire face au

prix délirant du principal traitement contre l'hépatite C : le sofosbuvir, produit par le laboratoire Gilead.

Rendez-vous compte : une cure de trois mois est commercialisée au prix de 28 700 euros en France, alors même qu'une étude a montré que le traitement serait rentable pour Gilead à partir de 62 euros ! C'est ce qu'a révélé l'association AIDS, sans obtenir de réponse convaincante des pouvoirs publics. Selon Médecins du monde, les États européens ont déjà déboursé plus de 8,5 milliards d'euros au profit de Gilead.

Nos systèmes de santé n'ont pas à devenir la vache à lait des laboratoires pharmaceutiques. Il est grand temps de réformer les critères de négociation et de fixation des prix des médicaments. Pour cela, nous proposons d'inclure dans ces critères le coût effectif de la recherche et de la production. Il est parfaitement déraisonnable et irresponsable que l'État ne tienne pas compte d'un fait aussi essentiel dans une négociation tarifaire. Si notre amendement AS498 était adopté, le Comité économique des produits de santé serait tenu de prévenir la survenue de marges délirantes comme pour le sofosbuvir.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette également l'amendement AS494 de M. Adrien Quatennens.

Article 43

Favoriser le recours aux médicaments génériques et biosimilaires

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement AS158 de M. Pierre Dharréville.

Elle examine ensuite l'amendement AS586 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Cet amendement vise à supprimer l'obligation de justifier sur l'ordonnance, par la situation médicale du patient, l'exclusion de la prescription d'un générique. Une telle disposition risque de se heurter au secret médical.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Votre amendement AS586 propose de supprimer les dispositions de l'article 43 relatif aux génériques hybrides. Leur définition ne tiendrait sans doute pas en huit pages...

M. Jean-Pierre Door. Il ne s'agit pas de cela !

M. Olivier Véran, rapporteur général. C'est pourtant ce qui est écrit dans votre exposé sommaire : « *Cet amendement vise à supprimer la disposition relative aux hybrides...* » Avis défavorable.

M. Jean-Pierre Door. Mais non ! « *Cette disposition de l'article 43 supprime la mention « non substituable » sous forme manuscrite par le prescripteur, ce qui est logique à l'heure de la prescription médicale électronique.* » Vous n'avez pas le même amendement que moi !

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Est-ce bien l'amendement AS586, monsieur Door ?

M. Jean-Pierre Door. Pardonnez-moi ! Mon dossier est à l'envers !

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Voilà qui explique le dialogue de sourds...

M. Jean-Pierre Door. L'amendement AS586 vise en effet à supprimer la disposition relative aux hybrides, afin d'assurer une concertation pertinente avec l'ensemble des parties prenantes. Cette disposition est tout à fait révélatrice du manque de concertation sur un sujet bien particulier de santé publique. Comment garantir la sécurité de tous les patients ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Les médicaments hybrides ont la couleur et l'odeur du générique, mais n'en sont pas. Ils ont du mal à pénétrer le marché, dans la mesure où ils ne peuvent pas être substitués au médicament de référence. L'article 43 rend possible la substitution par un médicament hybride d'un médicament de référence. Cette substitution, qui reste extrêmement encadrée, ne sera pas automatique comme pour les vrais génériques : les hybrides ne seront pas inclus dans le répertoire des groupes génériques, mais dans un groupe à part. Surtout, il faudra un arrêté, pris après l'avis de l'ANSM, qui définira les cadres dans lesquels la substitution sera possible. La concertation interviendra à toutes les étapes du processus. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS154 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Cet amendement vise à exclure les spécialités administrées par voie inhalée des groupes hybrides pouvant faire l'objet d'une substitution. L'interchangeabilité au niveau des produits inhalés pose encore de nombreuses questions relatives à la sécurité sanitaire, notamment dues à la nécessité d'éducation thérapeutique des patients, compte tenu de la variabilité des mécanismes d'utilisation par voie inhalée. Cet amendement permet en outre de se conformer aux objectifs fixés par le Gouvernement de maintien des investissements sur le territoire français, actés dans le cadre du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS).

M. Olivier Véran, rapporteur général. Monsieur le député, vous avez tout à fait raison de souligner qu'il y a parfois des emplois qui sont à la clé, quand une décision de politique de santé publique est prise. Cela n'a pas échappé à la sagacité du Gouvernement, qui prévoit, dans l'exposé des motifs de l'article 43,

que, pour les médicaments hybrides inhalés, un travail spécifique sera mené sur les dispositifs médicaux qui leur sont liés. Il n'est donc pas nécessaire de supprimer ces médicaments du texte de loi, puisqu'au travail spécifique répondra un traitement spécifique.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS177 de M. Stéphane Viry et AS289 de M. Jean-Pierre Door.

M. Gérard Cherpion. Votre disposition supprime l'obligation pour le prescripteur de mentionner « *non substituable* » sous forme manuscrite, ce qui est logique à l'heure de la prescription médicale électronique. Par ailleurs, la prescription en dénomination commune internationale (DCI) doit se généraliser. Cela étant, justifier ce terme peut amener à mettre sur l'ordonnance des éléments qui relèvent du secret professionnel et qui peuvent porter préjudice aussi bien au praticien qu'au porteur de l'ordonnance.

M. Jean-Pierre Door. J'ai présenté cet amendement tout à l'heure, par erreur. Je ne souhaite pas qu'il soit possible de voir sur une ordonnance pour quelles raisons un médicament n'est pas substituable. L'ordonnance appartient au patient et au prescripteur. Si elle se promène, il y a un risque de rupture du secret médical.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Le taux d'apposition de la mention « *non substituable* » sur les ordonnances, obligatoirement écrite à la main – ce qui était une mesure vexatoire pour les médecins libéraux –, est passé de 1,8 % en 2013 à 8,3 % en 2016. Cette augmentation a un coût pour l'assurance maladie, évalué à 104 millions d'euros par an. Or l'objectif est d'étendre la prescription des génériques. L'article 43 supprime l'obligation d'écrire à la main la mention « *non substituable* », comme le réclamaient les médecins depuis un moment. Par ailleurs, dans la mesure où il y a de plus en plus de logiciels de prescription, qui sont utilisés par presque tous les médecins aujourd'hui, il sera proposé un thésaurus de quelques possibles aux médecins, qui pourront justifier pourquoi le médicament est non substituable. Les patients auront toujours la possibilité de faire valoir leur refus du générique auprès de leur médecin, qui pourra, en responsabilité, expliquer pourquoi – une allergie à un excipient, par exemple. La justification de la substitution ne me paraît pas totalement aberrante et devrait permettre une meilleure pénétration des génériques dans notre pays. Avis défavorable.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Je ne comprends pas le lien entre la justification de la mention « *non substituable* » et la rupture du secret médical. Pour moi, cela n'a rien à voir : nous accompagnons l'administration du médicament, sans lever en rien ce secret. Cet argument ne tient pas la route.

M. Gérard Cherpion. Je comprends bien l'argument du rapporteur. Mais, dans ce cas, la justification ne doit pas être d'ordre médical : l'ordonnance ne doit pas révéler de maladie ou de raison médicale profonde, exception faite bien sûr des allergies, par exemple.

M. Jean-Pierre Door. Pour avoir exercé pendant de nombreuses années, je ne vois pas du tout comment un médecin peut faire figurer un diagnostic sur une ordonnance, laquelle risque de disparaître dans des secrétariats ou ailleurs. C'est un secret médical. Du reste, le corps médical est opposé à l'inscription de la raison de la substitution. S'engager à substituer est une bonne chose ; informer et communiquer, dans le système conventionnel, entre les caisses et les médecins, en est une autre. Mais de là à écrire un secret médical sur une ordonnance, c'est dangereux.

M. Pierre Dharréville. J'ai du mal à saisir l'intérêt d'écrire sur l'ordonnance la raison elle-même. Quel est l'objectif poursuivi ?

M. Thomas Mesnier. L'article 43 vise à augmenter la part des génériques dans les prescriptions et à faciliter la substitution pour les pharmaciens. Je ne suis pas d'accord avec votre argument, monsieur Door. Actuellement, les médecins n'ont pas l'interdiction d'inscrire sur une ordonnance le motif de prescription d'un médicament. Il est même assez fréquent d'expliquer que tel médicament est pour le cœur, tel autre pour la tension, tels autres encore pour le sang ou le diabète. Ces indications notées sur l'ordonnance aident souvent les gens à s'y retrouver. Je ne vois donc pas en quoi elles posent un problème.

M. Jean-Pierre Door. Cela n'a rien à voir !

M. Julien Borowczyk. Nous sommes en train de dévier du sujet principal. L'idée n'est pas d'inscrire systématiquement la pathologie dont souffre le patient, mais de justifier la mention « *non substituable* ». Le secret médical reste préservé, et cela permettra peut-être de prescrire plus de génériques, en mettant certains patients devant la réalité de la prise de générique au lieu du princeps. On aurait même pu aller plus loin, car j'ai peur que l'allergie ne devienne une justification régulière de cette substitution. Il y a là une piste à creuser. La question n'est pas de révéler un secret médical, loin de là, puisqu'il ne s'agit pas d'inscrire le nom de la pathologie dont souffre le patient.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Le traitement inscrit sur l'ordonnance est, en fait, déjà de l'ordre du secret médical et contient des informations que l'on n'a pas envie de divulguer.

M. Jean-Carles Grelier. Chers collègues médecins, lorsque vous serez confrontés à un patient dont il faudra motiver la mention du fait de son illettrisme ou de ses pertes cognitives, qui risquent de lui faire substituer un médicament à un autre, comment allez-vous l'indiquer sans que ce ne soit discriminant ? Faudra-t-il indiquer très clairement qu'il est illettré ou qu'il est dans l'incapacité de lire ? Que ses troubles cognitifs sont tels qu'il risque de prendre un médicament pour un

autre ? Comment répondra-t-on à ce type de situation, lorsqu'il faudra justifier la non-substitution ?

La commission rejette ces amendements.

Puis elle en vient à l'amendement AS5 de M. Paul Christophe

M. Paul Christophe. Les pharmaciens sont encouragés à substituer les médicaments d'origine par des médicaments génériques, l'objectif étant d'atteindre un taux de substitution de 86 %. En 2015, le taux était de 82,8 %. Ce chiffre n'évolue que très légèrement et semble avoir atteint son plafond. Comme le précise l'étude d'impact, afin d'augmenter le taux de substitution, il aurait pu être envisagé de faire évoluer les dispositions législatives afin d'étendre la mesure « tiers payant contre générique » à toutes les situations, y compris en cas de mention « *non substituable* ». Puisque le PLFSS pour 2019 a pour ambition de renforcer le recours aux médicaments génériques, mon amendement AS5 vise à circonscrire le dispositif « tiers payant contre générique » aux seuls patients acceptant la substitution par les pharmaciens.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Le dispositif que vous proposez est compliqué, puisque désormais le non substituable sera justifié médicalement. Priver des patients qui ont une justification médicale sur leur ordonnance du tiers payant, parce qu'ils ne prennent pas le générique, c'est un peu « *touchy* ». Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine l'amendement AS153 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Les produits pour lesquels la substitution est aujourd'hui autorisée ont apporté la preuve, au stade de l'AMM, de leur équivalence thérapeutique : par la bioéquivalence pour les génériques et par la similarité pour les biosimilaires. S'agissant des médicaments hybrides, ces produits doivent seulement fournir des données complémentaires pour obtenir leur AMM, à savoir : les résultats des essais pré-cliniques et cliniques appropriés, déterminés en fonction des différences présentées avec les spécialités de référence. Le principe même d'un droit de substitution pour les hybrides, n'ayant pas fait la preuve de leur équivalence thérapeutique dans le cadre de leur AMM, pourrait nourrir un grief de nature à créer une atteinte au principe de protection de la santé publique.

Le projet de loi renvoie au pouvoir réglementaire le soin de poser les garanties nécessaires à cette substitution, lesquelles pourraient se résumer à l'obligation, pour l'industriel, de produire une étude d'équivalence thérapeutique. Afin de laisser aux acteurs le temps nécessaire pour mener les concertations, l'amendement AS153 propose de reporter d'une année l'entrée en vigueur du statut et du répertoire des médicaments hybrides.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

La commission adopte l'article 43 sans modification.

Après l'article 43

La commission examine l'amendement AS502 de Mme Delphine Bagarry.

Mme Delphine Bagarry. À l'instar de ce qui a été fait pour la vaccination anti-grippale, mon amendement vise à faire participer les pharmaciens d'officine à des tâches dévolues jusqu'à présent à d'autres professionnels de santé. Ils devraient ainsi pouvoir dispenser certains médicaments à prescription médicale obligatoire dans le cadre d'un protocole conclu avec le médecin traitant. Cette disposition s'inscrit dans la droite ligne des coopérations recherchées entre les différents professionnels de santé, notamment par le biais des communautés professionnelles territoriales de santé qui devront mailler bientôt le territoire. C'est également une proposition qu'a formulée M. Thomas Mesnier dans son rapport.

En Suisse, cette expérimentation a déjà eu lieu : plusieurs pathologies ont été identifiées, comme la cystite, la conjonctivite ou l'eczéma. Cela va dans le sens d'un accès facilité aux soins pour ces maladies et d'une meilleure coopération entre les professionnels de santé. Je regrette de n'avoir pas pu proposer l'amendement qui généralisait l'expérimentation, puisqu'il a été rejeté au titre de l'article 40, alors même qu'il aurait permis de réaliser des économies dans le domaine de la santé.

M. Olivier Véran, rapporteur général. L'idée est intéressante. Le Gouvernement aura peut-être à cœur de retravailler sur ce sujet, pour être sûr que la proposition d'expérimentation entre dans tous les cadres nécessaires. En l'état, et sous réserve de l'avis de la ministre en séance, avis favorable.

La commission adopte l'amendement.

Titre III

Moduler et adapter les prestations aux besoins

Article 44

Revalorisation maîtrisée des prestations sociales

La commission est saisie des amendements identiques AS290 de M. Gilles Lurton, AS551 de M. Joël Aviragnet et AS362 de M. Adrien Quatennens.

M. Gilles Lurton. Alors que l'article 44 est le seul du PLFSS qui traite de la politique familiale, nous vous proposons, par l'amendement AS290, de le supprimer. Une fois encore, comme à chaque fois que nous discutons de politique familiale dans tous les PLFSS que nous avons examinés depuis six années, c'est

pour casser et détruire une politique familiale qui nous est enviée par tous les pays européens, qui avait fait ses preuves et à laquelle, pour ce qui nous concerne, au groupe Les Républicains, nous sommes profondément attachés. Nous considérons en effet que l'arrivée d'un enfant dans un foyer est une richesse inestimable pour notre pays et pour les parents qui ont le bonheur de l'accueillir.

Cette casse de la politique familiale est d'autant plus incompréhensible que, depuis quatre années, pour la première fois depuis 1945, le taux de natalité diminue de façon continue. En 2017, c'est 50 000 naissances en moins. Avec cet article, pour la première fois, les allocations familiales n'augmenteront que de 0,3 %, loin du montant prévisible de l'inflation, prévu pour avoisiner les 2 %. Pis encore, vous appliquez cette désindexation non seulement aux allocations familiales, mais également aux retraités qui ont pourtant été déjà lourdement frappés par l'augmentation de la contribution sociale généralisée. Cette situation nous est insupportable.

Avec cette mesure, vous nous annoncez 260 millions d'euros d'économies, non compris d'ailleurs dans le plan d'économies de Mme la ministre des solidarités et de la santé. La revalorisation des prestations familiales n'intervenant qu'en avril prochain, ce n'est qu'en 2020 que la mesure produira pleinement son effet et permettra au Gouvernement d'économiser 600 millions d'euros sur le dos des familles. Parce que nous voulons une autre politique familiale, nous proposons de supprimer l'article 44.

Mme Éricka Bareigts. L'amendement AS551 a le même objet. J'ajouterai à ce que vient de dire M. Lurton que cette mesure intervient alors que l'excédent de la branche famille atteindra 1,2 milliard en 2019 et qu'elle affectera le pouvoir d'achat des familles : pour un couple avec trois enfants qui loue son logement et perçoit un revenu égal au SMIC, elle entraînera une perte de 130 euros par an. Parce que cette disposition est inéquitable et injustifiée, nous demandons sa suppression.

Mme Caroline Fiat. Alors que l'augmentation des prix est estimée par la Banque de France à 1,7 % en 2019, le Gouvernement décide de ne revaloriser que de 0,3 % les allocations familiales et les pensions de retraites. Cette désindexation totale de leur revalorisation aura un effet direct et négatif sur le pouvoir d'achat des bénéficiaires, notamment celui des retraités. L'Office français des conjonctures économiques (OFCE) l'a confirmé : sous l'effet conjugué de l'ensemble des mesures prises par le Gouvernement – y compris la baisse, puis la suppression de la taxe d'habitation –, les retraités perdront en moyenne 200 euros dès 2019 et jusqu'à 400 euros en 2020.

Les députés de La France insoumise s'opposent avec force à cette nouvelle mesure profondément injuste qui frappe durement les Françaises et les Français alors que, dans le même temps, le Gouvernement multiplie les cadeaux aux plus riches et aux grandes entreprises. Son choix est clair : il s'agit de demander des efforts importants au plus grand nombre pour cajoler une toute petite minorité. Les

mesures fiscales prises depuis l'élection du Président Macron ont ainsi profité avant tout aux 400 000 ménages les plus riches. Elles constituent, selon la Fondation Jean-Jaurès, la baisse d'impôt par contribuable la plus forte jamais réalisée en France et représentent, pour ces ménages, une économie de 10 000 euros par an en moyenne. Pis, selon le Laboratoire sur les inégalités mondiales, les 5 000 Français les plus riches ont économisé en moyenne 253 800 euros.

Pour les députés de La France insoumise, ce n'est pas aux retraités et aux bénéficiaires des allocations familiales de financer l'enrichissement personnel des plus riches. Ils demandent donc, par leur amendement AS362, la suppression de cet article.

M. Olivier Véran, rapporteur général. L'article 44 prévoit une moindre revalorisation, en 2019 et en 2020, de certaines prestations sociales, dont sont exclus les minima sociaux tels que le revenu de solidarité active (RSA), l'allocation adulte handicapé (AAH) ou l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). C'est le choix qu'a fait le Gouvernement pour maîtriser le déficit de la protection sociale qui, si aucune mesure n'avait été prise, aurait galopé et atteint 3,7 milliards. Ainsi l'équilibre de la branche retraite est maintenu, en attendant la réforme structurelle qui devrait intervenir dans quelques mois.

Je veux rétablir quelques faits. Tout d'abord, aucune pension n'est réduite : elles augmenteront moins que prévu, mais elles augmenteront toutes de 0,3 % l'an prochain. Ensuite, il est vrai, monsieur Lurton, que, l'an prochain, les allocations familiales augmenteront également moins que l'inflation. Mais elles augmenteront de 40 centimes par mois au lieu de 1,40 par mois. L'écart sera ainsi, à la fin de l'année, de 11 euros à 12 euros par famille concernée. Mais, en contrepartie, le Gouvernement créera 30 000 places en crèches, augmentera le complément de libre choix du mode de garde pour les familles monoparentales – une mère isolée économisera ainsi 70 euros par mois pour la garde de ses enfants – et créera un tiers payant qui évitera l'avance de frais lorsqu'une mère isolée fait appel à une assistante maternelle pour retrouver plus vite le chemin de l'emploi.

Je ne vais pas dresser un inventaire à la Prévert, mais des mesures en faveur des familles – et en faveur des retraités –, il y en a beaucoup dans le PLFSS et dans les textes précédents. Nous mettons en œuvre une forme de redistribution : en témoignent, par exemple, le « reste à charge zéro », qui bénéficiera massivement aux retraités, lesquels n'auront plus à renoncer aux soins pour bien voir, bien manger et bien entendre, la création de la CMU contributive en lieu et place de la complémentaire santé, qui réduira de 30 euros par mois la facture d'un million et demi de personnes, dont un grand nombre de retraités, ou l'exonération de certains d'entre eux de la hausse de la CSG.

Par ailleurs, si, pour les retraités, l'écart par rapport à l'inflation sera, en moyenne, de 17 euros, je rappelle que ceux d'entre eux qui touchent le minimum vieillesse, c'est-à-dire ceux qui sont le plus dans le besoin, bénéficieront d'une augmentation de leur allocation de 30 euros par mois.

On peut discuter, c'est normal, les choix politiques qui sont faits ; mais je tenais à rétablir quelques faits qui m'incitent à vous demander de ne pas adopter ces amendements de suppression.

Mme Caroline Janvier. Nous assumons en effet un choix clair, celui de mieux protéger les publics les plus vulnérables. M. le rapporteur général a cité à ce propos la revalorisation, par paliers, de l'ASPA et de l'AAH, qui représente un effort global de 2 milliards d'euros d'ici à 2022. De plus, les minima sociaux ne sont pas concernés par la non-indexation sur l'inflation, laquelle, je le rappelle, se traduira par une moindre augmentation et non par une baisse. Enfin, en matière de politique familiale, le véritable problème auquel nous devons remédier concerne les familles monoparentales et a trait à la conciliation de la vie personnelle avec la vie professionnelle. C'est pourquoi nous créons des places en crèches et nous travaillons à l'amélioration du dispositif de complément de mode de garde.

Encore une fois, notre choix est de concentrer les efforts budgétaires sur les plus fragiles. Il nous faut être responsables et nous sommes satisfaits, à cet égard, que la Sécurité sociale ne soit plus en déficit.

M. Gilles Lurton. Je maintiens qu'il s'agit bel et bien d'une perte de pouvoir d'achat pour les familles : lorsqu'une prestation n'augmente pas au même rythme que l'inflation, les bénéficiaires subissent une perte financière. Vous nous dites que l'augmentation sera de 40 centimes d'euro par mois au lieu de 1,20 euro. Mais si c'est si peu, pourquoi ne pas maintenir l'indexation ?

J'ajoute que la Commission des comptes de la Sécurité sociale a prévu que la branche famille serait excédentaire de 1,7 milliard d'euros en 2019. Pourquoi, depuis six ans maintenant, cette branche doit-elle toujours payer pour les autres ? L'an dernier, c'est la Prestation d'accueil du jeune enfant qui a trinqué ; cette année, ce sont les allocations familiales et les retraites !

Vous menez, dites-vous, une politique familiale, citant à l'appui de votre démonstration la création de 30 000 places en crèches. Mais je n'ai toujours pas très bien compris, après l'audition de l'Union nationale des associations familiales (UNAF), si ces 30 000 places seront réparties dans l'ensemble du pays ou concentrées dans les quartiers défavorisés. En tout état de cause, je constate que, sur les 265 000 places en crèches prévues dans la précédente Convention d'objectif et de gestion (COG), 65 000 seulement ont été créées. Je me demande donc combien le seront sur les 30 000 places que vous avez évoquées...

Enfin, moi, je fais la différence entre prestations sociales et prestations familiales. Oui, un plan de lutte contre la pauvreté est nécessaire. Oui, il faut faire en sorte que les familles les plus en difficulté aient davantage de moyens. Mais

cela relève de la politique sociale. La politique familiale, quant à elle, a pour objet de compenser les frais liés à l'arrivée d'un enfant dans un foyer. Ainsi les familles qui n'ont pas d'enfants paient pour celles qui en ont. Et, demain, ces enfants paieront les retraites de celles qui n'en ont pas eu. C'est donc un système vertueux. Hélas ! Vous êtes en train de le casser.

M. Pierre Dharréville. Notre amendement a dû tomber dans un trou, puisqu'il n'est pas examiné. En tout cas, nous nous associons à ces amendements de suppression. Nous jugeons en effet cette mesure scandaleuse, car elle constitue une attaque directe contre le pouvoir d'achat, notamment celui des retraités. Outre les pensions, vous vous attaquez aux Aides personnalisées au logement (APL), aux allocations familiales... Un tel décrochage par rapport à l'inflation se fera directement ressentir dans les familles les plus populaires. On ne peut pas, d'un côté, tenir de grands discours sur le pouvoir d'achat et, de l'autre, prendre des mesures de ce type. C'est indéfendable ! Qui plus est, alors que la colère des retraités n'est pas encore retombée depuis l'augmentation, il y a dix-huit mois, de la CSG, vous en rajoutez une couche avec cette augmentation indigente de leurs pensions. Les retraités ne demandent pas des mécanismes de rattrapage vaseux ; ils veulent une vraie pension. Encore une fois, cette mesure phare du PLFSS est inacceptable.

M. Thibault Bazin. Monsieur le rapporteur général, vous nous opposez l'affichage de votre volonté d'agir en faveur des publics vulnérables. Soit ! c'est votre choix : vous apportez une réponse à une petite partie de la population, et c'est une bonne chose. Mais vous la faites supporter par la classe moyenne. Les « milieux de cordée » vont ainsi voir leur niveau de vie baisser : vous vous attaquez aux familles, qui ont besoin de joindre les deux bouts, et aux retraités, dont le niveau des pensions ne peut plus progresser.

S'agissant du « reste à charge zéro », si le panier de soins était équivalent, on pourrait estimer qu'il s'agit d'une bonne nouvelle. Mais, en réalité, plusieurs experts le disent, la qualité risque de baisser.

Par ailleurs, notre collègue de la majorité se félicite de la résorption des déficits mais, en réalité, ceux-ci ont été transférés aux établissements – on voit bien quelle est la situation des hôpitaux. Quant au financement des places en crèches, c'est une bonne chose, mais on sait, lorsqu'on en a géré une, qu'une crèche ne peut fonctionner sans une subvention d'équilibre des communes : au final, ce sont elles qui vont, en réalité, soutenir l'effort, au moins pour un tiers – sans parler des investissements.

En résumé, la majorité affiche sa volonté d'aider quelques personnes et elle fait supporter ce choix à une grande partie des classes moyennes. Cela, nous ne pouvons pas l'accepter !

Mme Caroline Fiat. Certains sont satisfaits que les compteurs soient de nouveau dans le vert, mais à quel prix ? On ne déshabille même plus Paul pour

habiller Pierre, mais pour lui filer un tee-shirt... Quitte à déshabiller Paul, autant tout donner au voisin ! En tout cas, la mesure de l'article 44 sera mal comprise par nos concitoyens car, pour beaucoup d'entre eux, les fins de mois commencent dès le cinq du mois. M. Lurton l'a dit, si la différence n'est pas si importante que cela, supprimons cet article !

M. Brahim Hammouche. Nous nous retrouvons dans le raisonnement de Gilles Lurton : de fait, l'inflation rabolera les pensions. Pour ma part, j'ai appris que tout ce qui n'avancait pas reculait. On ne peut donc pas dire que les pensions ne diminueront pas. En outre, les retraités ont déjà été mis en contribution. Oui aux efforts, mais agissons avec tact et mesure. Le groupe MODEM défendra, dans cet esprit, deux amendements qui sont de nature à répondre aux problèmes qui ont été soulevés tout en tenant compte du souci du Gouvernement de maintenir l'équilibre budgétaire.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Monsieur Bazin, vous avez indiqué que, selon des experts, la qualité des produits baisserait dans le cadre du « reste à charge zéro ». Je ne sais pas qui sont ces experts, mais sachez, en tout cas, que la Haute autorité de santé certifiera tous les dispositifs qui seront proposés dans ce cadre.

Plusieurs contrevérités ont été dites. Monsieur Lurton, il n'y a pas de saupoudrage : l'objectif de construire 30 000 places en crèches a été fixé dans le cadre de la COG signée avec la Caisse nationale d'allocations familiales. Du reste, vous avez pu constater, lors des auditions, que les associations étaient vigilantes ; mais elles ne criaient pas au scandale, loin de là. En outre, les collectivités territoriales bénéficieront de bonus pour les berceaux créés dans les quartiers relevant de la politique de la ville ainsi que pour les structures accueillant les enfants de familles défavorisées et celles qui accueillent les enfants en situation de handicap. Enfin, je ne vous dresserai pas la liste des mesures en faveur de la jeunesse du plan « Pauvreté » : petit-déjeuner gratuit à l'école, nouveaux examens de dépistage, mesures d'accompagnement, dédoublement des classes dans les établissements relevant des REP (Réseaux d'éducation prioritaire) et des REP +... Par pitié, ne dites pas que nous ne faisons rien pour les familles, car le Gouvernement fait beaucoup pour elles !

La commission rejette ces amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS232 de M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Monsieur le rapporteur général, je n'ai pas la même appréciation que vous des auditions que nous avons réalisées – du moins de certaines d'entre elles. Quant au petit-déjeuner dans les écoles, je vous invite à en parler aux maires pour savoir comment cela va se passer. Mais tel n'est pas l'objet de cet amendement.

Ce qui m'étonne particulièrement dans l'article 44, c'est qu'il est question, à l'alinéa 1, non seulement du montant des prestations mais aussi de celui des

« *plafonds de ressources* ». Qu'est-ce à dire ? Selon moi, cela signifie que l'allocation de rentrée scolaire, par exemple, qui concerne actuellement la moitié des enfants en âge scolaire, n'en concernera plus qu'un tiers en 2024. Il en va de même pour le complément de libre choix du mode de garde : vous nous dites que des efforts sont consentis dans le cadre du plan « Pauvreté », mais beaucoup moins de familles pourront en bénéficier. Je vous propose donc de supprimer les mots « *plafonds de ressources* », pour éviter que vous ne fassiez encore de sacrées économies sur le dos des familles.

Encore une fois, contrairement à nous, vous assimilez la politique familiale à une politique sociale. C'est la différence entre un pouvoir socialiste et un pouvoir plus libéral attaché à la famille !

M. Olivier Véran, rapporteur général. Avis défavorable. Plus exactement, je vous suggère de retirer votre amendement, monsieur Lurton.

M. Gilles Lurton. Ah non !

M. Olivier Véran, rapporteur général. Attendez ! Je peux vous informer, après avoir interrogé le Gouvernement, que les plafonds de ressources des prestations familiales seront exclus du dispositif. Ainsi, la disposition n'aura, à cet égard, aucune incidence sur les prestations que vous avez citées, notamment l'Allocation de rentrée scolaire.

M. Gilles Lurton. Dans ce cas, il faut accepter mon amendement pour retirer les mots « *plafonds de ressources* » du texte !

M. Olivier Véran, rapporteur général. Ils sont retirés.

M. Gilles Lurton. Mais enfin, j'ai le texte sous les yeux !

Mme Caroline Fiat. M. le rapporteur général nous dit que le ministère est d'accord avec M. Lurton. Votons donc son amendement : au moins ce sera écrit quelque part. Les paroles s'envolent, les écrits restent !

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Ce n'est pas ce qu'a dit le rapporteur général.

M. Thibault Bazin. De l'audace, de l'audace !

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS450 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Avec cet amendement, nous innovons, même s'il s'inscrit dans la lignée des précédents. Comme nous voulons *grosso modo* davantage de justice sociale, nous vous proposons d'aligner le taux de revalorisation des diverses prestations sur le taux d'inflation prévu, qui est de 1,3 %

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS39 de M. Bruno Fuchs.

M. Bruno Fuchs. Cet amendement du MODEM, extrêmement simple, vise à mettre tout le monde d'accord puisqu'il concilie le respect des contraintes d'équilibre budgétaire et une approche de justice sociale. Il s'agit en effet d'exclure de la désindexation les pensions inférieures à 1 361 euros, ce qui correspond au revenu médian des retraités.

M. Olivier Véran, rapporteur général. La Caisse nationale d'assurance vieillesse – que j'ai déjà interrogée à ce sujet, car l'idée avait été émise au sein du groupe majoritaire – m'a répondu que la faisabilité technique d'un tel dispositif était quasi nulle. Il faudrait en effet au moins sept ou huit mois – ce qui nous amènerait presque à la fin de l'année – pour commencer à trouver les indicateurs qui permettraient de moduler les niveaux de revalorisation des pensions. Selon la CNAV, les bugs seraient tels qu'on risquerait de se trouver dans l'incapacité de verser les pensions dans les délais et de manière satisfaisante – ceux qui ont assisté à l'audition pourront vous le confirmer. Par ailleurs, nous faisons déjà une distinction entre l'ASPA et les autres pensions.

Enfin, en 2014, lorsque le gel des pensions de retraite a été décidé, il avait été envisagé de moduler celui-ci en fonction des niveaux de revenus, comme vous le proposez. Or, non seulement les problèmes techniques étaient tels que le Gouvernement a finalement renoncé à la mesure, mais on se heurtait à un risque constitutionnel majeur. Je vous propose donc de retirer votre amendement ; sinon, avis défavorable.

M. Bruno Fuchs. Je comprends les raisons techniques que vous invoquez. Mais, s'il a été possible d'appliquer la hausse de la CSG de manière différenciée selon le niveau des pensions, on devrait être également en mesure d'appliquer la désindexation de manière différenciée. Je maintiens mon amendement.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS40 de M. Bruno Fuchs.

M. Bruno Fuchs. Il s'agit d'un amendement de repli, puisqu'il vise à limiter l'application de l'article 44 à l'année 2019, quitte à ce que nous en rediscutions l'an prochain. Nous enverrions ainsi à tout le moins un signal aux retraités et aux familles les plus modestes.

M. Olivier Véran, rapporteur général. L'équilibre des différentes branches de la protection sociale et le respect des engagements que nous avons pris, notamment vis-à-vis de l'Europe, dépendent de l'application d'une moindre revalorisation des prestations pendant deux ans. Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Je conteste votre façon de présenter les choses, monsieur le rapporteur général. L'équilibre que vous évoquez a surtout été mis à mal par les multiples exonérations qui ont été accordées et au crédit d'impôt compétitivité-emploi (CICE). L'argent nécessaire pour financer cette mesure existe.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je regrette que M. le rapporteur général invoque les engagements que nous avons pris vis-à-vis de l'Europe dans sa réponse.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 44 sans modification.

Après l'article 44

La commission est saisie de l'amendement AS360 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Dans un pays où le nombre de millionnaires et le montant des dividendes versés aux actionnaires battent chaque année des records, les retraités méritent un repos digne et des pensions décentes. Par cet amendement, nous proposons donc que le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur la fixation d'un plancher des pensions de retraite au niveau du SMIC.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Article 45

Majoration du montant maximum du complément de libre choix du mode de garde pour les familles ayant un enfant en situation de handicap

La commission adopte l'article 45 sans modification.

La séance, suspendue à dix-huit heures vingt, est reprise à dix-huit heures trente-cinq.

Article 46

Conséquences de l'abaissement de l'instruction obligatoire à trois ans sur les prestations familiales

La commission est saisie des amendements identiques AS100 de M. Alain Ramadier et AS552 de M. Joël Aviragnet.

M. Alain Ramadier. L'amendement AS100 vise à maintenir la logique actuelle, c'est-à-dire à verser l'allocation de rentrée scolaire (ARS) dès le début de la scolarité obligatoire. Toutefois, les dépenses liées à l'entrée à l'école maternelle étant inférieures à ce qu'elles sont lors de l'entrée en primaire, il serait judicieux de créer une nouvelle tranche d'âge, de trois à six ans, et de prévoir pour celle-ci

une aide d'un montant inférieur à celui de l'aide versée pour les enfants de six ans et plus.

Mme Éricka Bareigts. Nous nous opposons à l'article 46, car il vise à déconnecter l'allocation de rentrée scolaire de l'âge de la scolarisation obligatoire, qui sera fixé à trois ans dès la prochaine rentrée scolaire. Le Gouvernement évite ainsi de verser cette allocation dès les trois ans de l'enfant. Une telle mesure n'est pas cohérente avec la volonté du Président de la République de concentrer la stratégie de lutte contre la pauvreté sur les enfants, notamment les plus jeunes d'entre eux.

M. Olivier Véran, rapporteur général. L'abaissement à trois ans de l'âge de l'instruction obligatoire ne changera pas la donne pour plus de 97 % des familles : actuellement, aucune allocation de rentrée scolaire n'est versée pour les enfants scolarisés à l'école maternelle. On estime en effet que cette allocation n'est nécessaire qu'à partir de l'école élémentaire, où la scolarisation commence à engendrer un certain nombre de coûts. Avis défavorable.

La commission rejette ces amendements.

Puis elle adopte l'article 46 sans modification.

Après l'article 46

La commission examine, en discussion commune, les amendements identiques AS18 de M. Guillaume Chiche et AS292 de M. Gilles Lurton, et l'amendement AS322 de Mme Nathalie Elimas.

M. Guillaume Chiche. La politique familiale française, qui est un pilier de notre société, mobilise plus de 59 milliards d'euros par an. Pour autant, elle n'atteint aucun des objectifs qu'elle se fixe : un enfant sur cinq ainsi que 36 % des familles monoparentales vivent sous le seuil de pauvreté, le taux de natalité baisse et le taux de non-recours aux prestations existantes demeure une question majeure. Nous avons la conviction que, pour être pleinement efficace et comprise de nos concitoyens, notre politique familiale doit être lisible et cohérente.

Tel est l'objet de l'amendement AS18, qui a trait à la prime à la naissance. D'un montant de près de 1 000 euros, cette prime, versée sur critères sociaux, permet de couvrir une partie des dépenses liées à l'arrivée d'un enfant. Or, depuis 2014, elle est versée non plus avant l'accouchement mais le deuxième mois qui suit la naissance, alors que les dépenses ont déjà été effectuées. Ce délai place parfois les familles dans une situation aberrante, puisqu'elles s'endettent auprès de la caisse d'allocations familiales du montant de la prime à la naissance avant l'arrivée de l'enfant, pour le rembourser deux mois après l'accouchement, après le versement de ladite prime. Nous vous proposons donc de rétablir le versement de la prime à la naissance au septième mois de grossesse. Le coût de cette mesure, qui s'élève à 220 millions, est un coût de trésorerie, et non un coût budgétaire. Ni

le montant de la prime ni les critères d'attribution ne sont modifiés ; il s'agit simplement d'une normalisation du versement.

Cette mesure répond à un triple enjeu – l'efficacité, la lisibilité et la compréhension du dispositif par les citoyens – et correspond aux objectifs de notre politique familiale et de la stratégie de lutte contre la pauvreté présentée il y a peu par le Président de la République.

M. Gilles Lurton. Par l'amendement AS292, nous proposons également que la prime à la naissance soit versée avant l'accouchement. Nous considérons en effet que c'est avant la naissance que les besoins financiers des parents liés à l'accueil de l'enfant sont les plus importants. Certes, la caisse d'allocations familiales nous a répondu à plusieurs reprises qu'elle pouvait verser des avances aux familles les plus en difficulté. Mais un tel mécanisme n'est pas très délicat pour ces familles, qui doivent, une fois de plus, aller quémander les aides dont elles ont besoin. En outre, il est complexe et ne représente aucun avantage pour le budget de la sécurité sociale. Nous vous proposons donc de revenir à la situation antérieure à 2014.

Depuis cette date, je dépose, sur chaque PLFSS, un amendement analogue qui est unanimement approuvé par les associations familiales et, je crois pouvoir le dire, par tous les partis politiques représentés dans cette assemblée.

Mme Nathalie Elimas. Verser la prime à la naissance avant l'arrivée de l'enfant relève du bon sens, puisque c'est à ce moment-là que les familles en ont le plus besoin pour s'équiper. C'est pourquoi nous proposons, par l'amendement AS322, que cette prime soit versée deux mois avant la naissance.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je rappelle tout d'abord que le report de quatre mois du versement de la prime à la naissance – du septième mois de grossesse au deuxième mois après la naissance – a été décidé en 2014 par le gouvernement précédent, dans le cadre des mesures de redressement des comptes de la branche famille.

Sur le fond, personne ne peut être contre la mesure proposée. Il y a en effet une forme de logique à verser cette prime de 941 euros avant la naissance, pour que les parents puissent effectuer les nombreuses dépenses auxquelles ils doivent faire face pour se préparer à l'arrivée de l'enfant. Néanmoins, en 2014 – je m'en souviens bien –, le report n'avait pas suscité de bronca. Du reste, le rétablissement du versement avant la naissance n'est pas la priorité absolue des différentes structures que nous avons reçues – vous pouvez en attester, monsieur Lurton : c'est nous qui avons évoqué le sujet, et non les associations auditionnées. Par ailleurs, les familles qui en font la demande peuvent obtenir de la caisse d'allocations familiales, qui étudie alors leur dossier, le versement d'une avance. Celles qui sont en difficulté financière peuvent ainsi recevoir la prime à la naissance avant et non après l'accouchement. Cette avance, prévue dans le dispositif de 2014, est une donnée importante.

Enfin, la mesure que vous proposez aurait un coût de trésorerie – uniquement la première année, certes – de 210 millions d’euros, soit 0,1 % de l’ONDAM. Or, nous devons respecter l’équilibre budgétaire et donc, hélas ! faire des choix. Par conséquent, si nous adoptions cette mesure, il nous faudrait récupérer ces 210 millions d’euros d’une manière ou d’une autre, sur l’hôpital ou sur d’autres dépenses du PLFSS. C’est pourquoi, dès lors, je le répète, que les familles qui en font la demande peuvent bénéficier d’un mécanisme de compensation et d’anticipation, je suis au regret de devoir donner un avis fermement défavorable à ces amendements.

M. Gilles Lurton. Je regrette, monsieur le rapporteur général, que vous soyez défavorable à ces amendements. J’espère que nous serons néanmoins suivis et qu’ils seront adoptés, puisque tout le monde se dit d’accord avec nous sur ce sujet.

Je reconnais que l’association familiale auditionnée n’a pas évoqué spontanément ce sujet, puisqu’elle était intéressée par la question de la non-revalorisation des prestations, prévue à l’article 44. Mais les associations sont tellement désespérées de constater que, depuis quatre ans, nous nions l’évidence, qu’elles n’osent plus s’exprimer sur le sujet, de peur de paraître butées. Je sais, pour les avoir auditionnées à de nombreuses reprises avec M. Chiche il y a quelques mois, qu’elles sont très attachées à cette mesure.

M. Pierre Dharréville. Je me souviens que nous avons eu ce débat l’an dernier. Les arguments n’ont pas véritablement changé. Vous nous expliquez, monsieur le rapporteur général, qu’en cas de besoin, les familles peuvent demander un versement anticipé. Mais, nous le savons, le renoncement aux droits est très important, notamment parmi les plus défavorisés, c’est-à-dire ceux qui en ont le plus besoin. Il faut donc s’efforcer de supprimer les obstacles qui les empêchent de faire valoir leurs droits. Au demeurant, une naissance se prépare ; verser cette prime avant l’accouchement paraît donc logique. C’est pourquoi je soutiens ces amendements.

M. Stéphane Viry. Vous l’avez dit vous-même, monsieur le rapporteur général : personne ne peut être contre ! Ainsi, vous nous opposez des arguments purement comptables pour justifier le maintien d’une mauvaise décision prise en 2014 qui permet de se faire de la trésorerie sur le dos des familles. Tout le monde l’a dit : une naissance se prépare, elle a un coût. Certaines familles ont besoin d’un coup de pouce. Or, comme l’a dit Pierre Dharréville, toutes n’ont pas forcément le réflexe de solliciter une avance. Ces amendements, qui émanent de différents groupes de notre assemblée, marquent un véritable choix de société, un véritable choix politique. J’ajoute que la situation des comptes sociaux n’est plus, en 2018, ce qu’elle était en 2014. Je plaide donc pour une prise de conscience et une modification du logiciel qui prévalait jusqu’à présent. Il faut envoyer un signal très clair aux familles.

M. Sylvain Maillard. Merci, monsieur le rapporteur général, pour vos explications. Je souhaiterais que vous m'apportiez une précision. Je suis soucieux, vous le savez, de l'argent public. Je ne suis donc pas de ceux qui, par dogmatisme, s'exclament, face à une bonne idée : « Dépensons » ! Il faut réfléchir.

M. Gilles Lurton. Nous aussi, nous réfléchissons !

M. Sylvain Maillard. Vous avez indiqué que le coût de la mesure proposée par nos collègues serait de 210 millions en 2019. Ce coût correspond-il uniquement à un décaissement de quatre mois ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Oui.

M. Sylvain Maillard. Merci pour cette précision.

Mme Caroline Janvier. La majorité serait favorable à ce qu'un effort soit fait sur la question de la prime à la naissance, mais elle est aussi responsable. Les dépenses publiques représentent, vous le savez, 57 % de notre PIB et notre dette équivaut pratiquement à notre production annuelle. La France vient enfin de sortir de la procédure pour déficit excessif. Si nous augmentons la dette, ce sont, soit nos concitoyens, notamment les classes moyennes, soit les générations futures qui devront payer. Nous avons fait le choix, dans le cadre du PLFSS, de privilégier les classes les plus défavorisées, mais la suppression de la taxe d'habitation et des cotisations sociales permettra d'augmenter le pouvoir d'achat des classes moyennes. Encore une fois, nous ne pouvons pas, hélas ! accéder à toutes les demandes, même si elles sont légitimes. Nous pourrions cependant toujours y revenir lors de l'examen des prochains budgets.

M. Guillaume Chiche. Je suis, moi aussi, attaché à l'importance du déficit et aux comptes des différentes branches de la sécurité sociale. Là n'est pas le sujet. On parle d'un effort de trésorerie, non pas d'un effort budgétaire, qui apportera de la cohérence. Les familles dans le besoin sont aujourd'hui obligées de contracter un micro-crédit à la caisse d'allocations familiales pour pouvoir passer le cap de l'accouchement ! Que l'aide soit versée avant ou après l'accouchement ne change rien aux finances de l'État : il s'agit d'un effort de trésorerie de 210 millions d'euros sur une seule année. À un moment où nos concitoyens sont en demande de compréhension de notre fiscalité et ont une certaine défiance à l'égard du consentement à l'impôt, il est de notre responsabilité de rétablir la clarté dans nos politiques publiques. Je vous mets au défi d'expliquer aux Françaises et aux Français les raisons pour lesquelles, de manière tout à fait contre-intuitive, on verse une prime à la naissance après la naissance : je ne pense pas que cela puisse être de bonne logique pour eux.

M. Laurent Pietraszewski. On peut certes appréhender l'amendement sous l'angle financier et insister sur notre sens des responsabilités, dont nous ne pouvons que nous féliciter. Nous sommes tous comptables, en effet, des choix opérés en matière de finances publiques – produit des impôts que nous collectons auprès des particuliers et des entreprises.

Mais il faut également souligner qu'il existe une solution opérationnelle. Je suis allé à la caisse d'allocations familiales de ma circonscription : j'y ai rencontré des assistantes sociales qui, sur le fondement de critères sociaux, sont en mesure de permettre l'avance du versement de certaines prestations. Faut-il instaurer un système généralisé et automatique ? N'est-il pas préférable de conserver un dispositif qui fonctionne et qui prend en compte des critères sociaux pour accorder ou pas une avance ? Dans la mesure où nous n'avons pas les marges de manœuvre financières disponibles, il est bon que les assistantes sociales décident au cas par cas si les aides ont lieu d'être avancées.

M. Gilles Lurton. Je n'ai pas du tout le même point de vue. Un tel dispositif contraint les familles les plus en difficulté à aller réclamer ces avances. En outre, la branche famille sera la seule branche excédentaire – et très largement – en 2019. C'est donc le moment de revenir sur une décision inique qui a permis en 2014 de faire gagner à l'État 210 millions d'euros de trésorerie. Nous proposons de récupérer cette somme aujourd'hui.

Vous invoquez une approche responsable de nos finances publiques. Je vous l'accorde mais nous sommes tout aussi responsables que vous en ce domaine. Quant aux Français, ils ne sont pas totalement irresponsables, budgétairement parlant, quand ils préparent l'arrivée d'un enfant dans leur foyer. Toute famille qui attend un enfant a besoin d'une aide avant la naissance. Cette évidence crève les yeux. S'il pouvait se dégager de ce PLFSS au moins une mesure favorable à la famille, ce devrait être celle-là !

M. Dominique Da Silva. Cet effort de trésorerie n'est pas une mince affaire ! Il s'agit tout de même d'un quart de milliard d'euros. Cela se ferait forcément au détriment d'autres allocations. On n'enlève rien aux familles. En France, on fait quand même beaucoup de choses sur le plan social. Il faut parfois faire des choix et celui-ci est raisonnable.

La commission rejette successivement ces amendements.

Elle en vient à l'amendement AS291 de M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Cet amendement vise à préciser à l'article L. 521-1 du code de la sécurité sociale que les allocations familiales sont universelles. Les mesures prises sous le précédent quinquennat pour moduler ces allocations ont en effet porté un coup à leur universalité.

M. Olivier Véran, rapporteur général général. Cet amendement, tel qu'il est rédigé, ne changerait rien au droit existant : les allocations familiales, bien que modulées en fonction des revenus, sont toujours universelles.

La modulation des allocations familiales en fonction des revenus a permis de remédier au caractère anti-redistributif de la politique familiale en France. Mon avis est défavorable. D'après les enquêtes d'opinion, près de 80 % des Français et

79 % des parents qui ont été touchés par la modulation sont favorables à cette réforme.

M. Gilles Lurton. Je retire mon amendement.

L'amendement est retiré.

La commission aborde l'amendement AS323 de Mme Nathalie Elimas.

Mme Nathalie Elimas. Cet amendement vise à demander au Gouvernement un rapport évaluant les effets d'un rétablissement progressif du quotient familial et de la suppression de la modulation des allocations familiales en fonction des ressources. L'an dernier, nous avons obtenu l'engagement d'une grande concertation sur la politique familiale mais le rapport de MM. Chiche et Lurton a été avorté. Nous souhaitons donc pouvoir revenir sur cette question.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Il est vrai que nous avons été déçus de ne pas pouvoir examiner ni voter ce rapport sur la politique familiale dans le cadre de la mission qui avait été confiée à deux de nos collègues.

Vous voulez obtenir un rapport ciblé sur la modulation des allocations familiales. Ce n'est pas forcément sur ce point-là que les corapporteurs avaient été en désaccord tel que le rapport n'a pas pu être publié. Je ne suis pas sûr qu'il faille demander un nouveau rapport. Si on le fait, le confiera-t-on aux mêmes parlementaires, dans les mêmes conditions, avec les mêmes résultats ? Rejoue-t-on le match de l'année dernière ou dessaisit-on de cette mission les deux corapporteurs qui ont pourtant fait un travail très important et qui n'ont pas pu faire valoir leurs conclusions ? Ce travail sur la politique familiale nous manque mais vu ce qui s'est passé l'année dernière, je ne suis pas certain que ce soit au Parlement de le faire. Avis défavorable.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Maintenez-vous votre amendement, madame Elimas ?

Mme Nathalie Elimas. Oui. Nous pourrions prendre acte de cette volonté en votant notre amendement.

La commission rejette l'amendement.

Elle est saisie de l'amendement AS26 de M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Il s'agit aussi d'adresser une demande de rapport au Gouvernement. En effet, dans le cadre du travail que j'ai accompli avec un autre membre de notre commission et qui a finalement avorté, nous avons été confrontés à une difficulté majeure : celle de ne pouvoir obtenir du Gouvernement, et notamment de l'administration de Bercy, les simulations dont nous aurions eu besoin pour faire différentes propositions en matière d'allocations familiales. Nous avons notamment fait une proposition sur les conséquences de l'intégration des allocations familiales dans le revenu fiscal sous conditions d'un

retour à l'universalité totale et de la suppression de la modulation prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Nous avons instamment demandé des chiffres au Gouvernement sans jamais pouvoir les obtenir. Je ne dis pas qu'il faut adopter cette mesure mais que pour pouvoir se prononcer sur des propositions issues de ce projet de rapport, nous avons besoin de simulations chiffrées qu'en tant que parlementaires, nous n'avons pas la possibilité d'établir. Il n'est absolument pas normal qu'un gouvernement ne soutienne pas les parlementaires dans ce type de travail en refusant de communiquer des chiffres.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Pour les raisons évoquées précédemment, j'émet un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 47

Harmonisation des modalités d'indemnisation du congé de maternité

La commission adopte l'article 47 sans modification.

Après l'article 47

La commission étudie les amendements identiques AS34 de Mme Marie-Pierre Rixain et AS523 de M. Thomas Mesnier.

Mme Marie-Pierre Rixain. Cet amendement vise à permettre aux travailleuses indépendantes de reporter et de moduler, au cours de leur congé maternité, le paiement de leurs cotisations sociales. Le congé maternité est essentiel pour la santé de la mère et de l'enfant. Les femmes travaillant sous le statut indépendant ne sont pas toutes égales face à la maternité. De nombreux facteurs peuvent influencer sur leur accès à un congé maternité effectif et à un réel repos maternel durant l'ensemble de la durée du congé maternité : la taille de l'entreprise, le statut social de la cheffe d'entreprise et le secteur d'activité concerné – autant de paramètres qui varient au cas par cas et n'offrent pas toujours le même confort aux femmes pour aborder leur maternité. Cela constitue une iniquité au regard d'une protection sociale pourtant absolument essentielle pour toutes, tant sur le plan physiologique que psychologique, pour créer un réel lien entre la mère et l'enfant. Certaines femmes travailleuses indépendantes sont amenées à consacrer une partie de leurs indemnités journalières aux appels de cotisations sociales durant leur congé maternité. Ces indemnités journalières sont pourtant censées être un revenu de remplacement et ne doivent normalement en aucun cas pallier des problèmes de trésorerie dus à des recouvrements de charges ou de cotisations. En conséquence, certaines travailleuses indépendantes se retrouvent avec un reste à vivre très faible durant leur congé maternité et sont alors dans une situation précaire, source d'angoisse.

Cet amendement vise donc à permettre aux travailleuses indépendantes d'obtenir un report systématique des délais de paiement de leurs cotisations sociales afin que les indemnités journalières soient véritablement un revenu de remplacement et que ces femmes n'aient plus à subir la pression financière qui peut parfois peser sur elles.

M. Thomas Mesnier. L'amendement AS523 est défendu.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je salue tout d'abord le travail remarquable que vous avez fait sur ces questions, madame Rixain. Vous soulignez que si dans le droit, la mesure que vous portez est globalement satisfaite, elle n'est pas suffisamment connue. Surtout, vous proposez le paiement des cotisations à compter de la fin du congé maternité par fractions annuelles sur une période de cinq ans maximum. C'est un dispositif particulièrement avantageux qui pourrait permettre aux travailleuses indépendantes de prendre un congé maternité pendant une période suffisamment longue, ce qu'elles ne font pas aujourd'hui – comme vous l'avez mentionné. Avis favorable.

La commission adopte ces amendements.

Puis elle en vient aux amendements identiques AS35 de Mme Marie-Pierre Rixain et AS524 de M. Thomas Mesnier.

Mme Marie-Pierre Rixain. Cet amendement vise à informer les travailleuses indépendantes enceintes de leurs droits au report des cotisations sociales.

M. Thomas Mesnier. L'amendement AS524 est défendu.

Suivant l'avis favorable du rapporteur général, la commission adopte ces amendements.

Elle examine, en discussion commune, les amendements identiques AS37 de Mme Marie-Pierre Rixain et AS528 de M. Thomas Mesnier et les amendements identiques AS42 de Mme Marie-Pierre Rixain et AS529 de M. Thomas Mesnier.

Mme Marie-Pierre Rixain. Les amendements AS37 et AS528 visent, eux aussi, à protéger le congé maternité des travailleuses indépendantes. Comme je le soulignais, ce congé est essentiel pour la santé de la mère et de l'enfant.

De nombreuses études internationales attestent de l'intérêt du congé de maternité, tant avant qu'après l'accouchement. Le congé prénatal permet une disponibilité physique et mentale de la future mère pour préparer la naissance. Le congé post-natal est nécessaire tant sur le plan physiologique – pour éviter la fatigue post-partum et les risques d'involution de l'utérus – que psychologique. C'est en effet une période privilégiée permettant d'établir le lien d'attachement entre la mère et l'enfant, et d'installer un allaitement maternel.

Pour que les femmes travailleuses indépendantes s'arrêtent véritablement huit semaines – période de congé maternité minimale incompressible –, et pour éviter que la pression économique ne les amène à reprendre totalement leur activité avant la fin de la période légale qui sera portée à 112 jours de congés, il est nécessaire de mettre en œuvre une approche souple et pragmatique, adaptée à la réalité des contraintes que les femmes rencontrent dans le cadre de leur activité.

Aussi, ces amendements visent à autoriser une reprise progressive et plafonnée de l'activité afin de concilier les enjeux de santé publique inhérents au congé maternité et les contraintes économiques liées au statut des travailleuses indépendantes. Il ne s'agit évidemment en aucun cas de remettre en cause la période de repos maternel, incompressible et obligatoire, de huit semaines. Nombre de travailleuses indépendantes sont obligées de maintenir une activité pendant leur congé maternité pour faire face aux contraintes qui s'imposent à elles. Notre proposition s'inspire de celles du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA).

M. Olivier Véran, rapporteur général. Vous faites le constat que les travailleuses indépendantes, pour ne pas perdre leur clientèle ou leur activité, sont contraintes de reprendre cette activité en dehors des clous et donc de toute protection. C'est le principe de réalité qui préside à ces amendements. Vous proposez en outre d'instaurer des garde-fous importants, le premier d'entre eux étant que la période de huit semaines d'arrêt complet soit incompressible. Vous proposez ensuite, pendant un mois, un jour de reprise par semaine, et pendant le mois suivant, un à deux jours de travail par semaine pour éviter que la pression économique contraigne les travailleuses indépendantes à reprendre totalement leur activité avant la fin du congé maternité. Face à votre constat, il est difficile d'être contre de telles mesures mais il est absolument exclu d'étendre un tel dispositif aux salariés – qui ne subissent pas une telle pression économique. Je le précise car cette inquiétude m'a été relayée. Avis favorable.

Mme Marie-Pierre Rixain. Les amendements AS42 et AS529 visent à compléter les précédents en prévoyant, pour les femmes qui souhaiteraient bénéficier du dispositif, un report d'une partie de leur congé maternité à l'issue des 112 jours. Je vous confirme, monsieur le rapporteur général, que cette mesure ne saurait avoir d'effet de propagation sur le salariat. Au Danemark, par exemple, cette mesure a été mise en place pour les travailleuses indépendantes et ne concerne que ces dernières. Les équivalents-journées d'indemnités journalières non prises pourront être reportées à la fin du congé légal de 112 jours. Nous proposons une expérimentation à l'issue de laquelle un bilan pourra être rendu, *via* un rapport d'évaluation.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Ces deux amendements deviendront sans objet si nous adoptons les amendements identiques AS37 et AS528, auxquels je suis favorable.

La commission adopte les amendements identiques AS37 et AS528.

En conséquence, les amendements AS42 et AS529 deviennent sans objet.

La commission étudie l'amendement AS596 de Mme Caroline Janvier.

Mme Caroline Janvier. Le recours effectif au congé de paternité est essentiel à l'égalité entre les femmes et les hommes mais aussi à la protection de l'enfant et de la mère. On sait combien la présence du père auprès de l'enfant pendant les premiers jours et les premiers mois est indispensable.

En septembre dernier, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a produit un rapport pour évaluer le dispositif : il montre que le recours au congé de paternité, qui concerne sept pères sur dix, stagne depuis 2003. L'IGAS a fait plusieurs propositions pour améliorer la situation. Certaines nécessitent des financements et nous ne pourrions donc les mettre en œuvre pour les raisons évoquées précédemment. Il en est une ayant peu d'incidence qui concerne les demandeurs d'emploi puisque le taux de recours au congé de paternité chez les demandeurs d'emploi n'est que de 13 %, contre 80 % pour les personnes en CDI et 88 % pour les fonctionnaires. Cette mesure vise à faire en sorte que les chômeurs n'aient pas à faire de démarche active de recherche d'emploi pendant ce congé, ce qui est le cas actuellement alors qu'aucune obligation ne pèse sur le salarié. Elle tend également à faire en sorte que la durée du congé ne soit pas comptabilisée dans la durée d'indemnisation du chômage. Ces deux dispositions permettraient d'augmenter le taux de recours au congé de paternité.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Si l'amendement a été déclaré recevable au titre de l'article 40 de la Constitution, c'est qu'il est déjà satisfait par le droit en vigueur. Les demandeurs d'emploi peuvent en effet bénéficier d'un congé de paternité indemnisé, en vertu du décret 2002-1324 du 4 novembre 2002 relatif à l'application du congé paternité aux demandeurs d'emploi.

S'agissant de la question de savoir s'ils peuvent suspendre leur recherche d'emploi pendant cette période, une instruction de Pôle emploi du 24 novembre 2011 relative à la procédure de radiation de la liste des demandeurs d'emploi le prévoit.

Il nous a fallu du temps pour trouver cette réponse, ce qui signifie qu'il y a un manque d'information sur ces dispositions. Sans doute faut-il donc renforcer cette information mais il n'est pas nécessaire de modifier le droit. Je vous propose de retirer votre amendement.

L'amendement est retiré.

Article 48

Mesures en faveur des travailleurs indépendants : convergence des règles en matière de prestations en espèces vers le régime général

La commission adopte l'article 48 sans modification.

Article 49

Amélioration du recouvrement de diverses sommes par les organismes de sécurité sociale

La commission est saisie des amendements identiques AS102 de M. Alain Ramadier, AS142 de Mme Carole Grandjean, AS151 de M. Gilles Lurton, AS176 de M. Stéphane Viry, AS208 de M. Pierre Dharréville, AS275 de Mme Isabelle Valentin, AS440 de M. Brahim Hammouche et AS558 de M. Joël Aviragnet.

M. Alain Ramadier. En permettant le recouvrement des prestations versées à tort par la retenue possible sur l'ensemble des prestations et minima sociaux dont la personne est bénéficiaire, le dispositif prévu à cet article vide les prestations sociales de leur contenu. L'ensemble des prestations versées ont des finalités et des modalités de calcul différentes et sont le résultat de mécanismes différents. Si nous ne pouvons qu'être favorables à un meilleur recouvrement des prestations versées à tort, il importe de ne pas menacer l'équilibre précaire de certaines familles et donc de veiller au respect du principe d'insaisissabilité des prestations sociales.

J'exprimerai aussi une inquiétude : qui qualifiera la fraude générant une majoration de 50 % de l'aide reçue à tort ? Votre texte manque de précision sur ce point.

Pour toutes ces raisons, je demande la suppression de l'article 49.

Mme Carole Grandjean. L'amendement AS142 est défendu.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS151 l'est aussi.

M. Stéphane Viry. L'amendement AS176 également.

M. Pierre Dharréville. Les prestations en espèce de l'assurance maladie sont des revenus pour lesquels les personnes ont cotisé et qui viennent remplacer des revenus du travail à la suite de la survenue d'un risque. Les minima sociaux garantissent des ressources minimales de subsistance aux personnes ayant des faibles revenus. À cet effet, la loi a d'ailleurs prévu qu'un certain nombre d'entre eux soient insaisissables – je pense à l'allocation pour adulte handicapé (AAH) et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) – ou partiellement saisissables selon un barème encadré.

Or, l'article 49 vient remettre en cause ces principes en permettant de récupérer des indus de prestations sur toutes les autres prestations sans distinction, y compris les minima sociaux et des prestations en espèces de l'assurance maladie. Cet article fragilisant les personnes ayant des faibles revenus, nous en demandons la suppression.

Mme Isabelle Valentin. L'article 49, qui a tout de même soixante-seize alinéas, est contraire à l'esprit de la loi puisqu'il fragilise des personnes ayant de faibles revenus.

Mme Michèle de Vaucouleurs. L'amendement AS440 est défendu.

M. Joël Aviragnet. Je voudrais exprimer mon inquiétude concernant les répercussions que peut avoir ce type de mesure sur l'éducation et le soin des enfants dans les familles qui sont déjà en grande difficulté.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Tous ces amendements de suppression procèdent d'un malentendu sur le dispositif de l'article. La retenue fongible existe déjà pour les prestations versées par la branche famille. Lorsque des prestations sont versées indûment à des allocataires, elles peuvent, avec l'accord de l'allocataire, être récupérées en interbranches de la protection sociale pour éviter l'envoi d'un huissier. Si l'allocataire qui doit rembourser l'indu ne souhaite pas le faire, le prélèvement n'est pas effectué. Cela se fait sur la base du volontariat. Je vous propose donc de retirer vos amendements sans quoi j'y serai défavorable.

M. Joël Aviragnet. Je ne comprends pas l'utilité de ce type d'article.

La commission rejette ces amendements.

Elle étudie l'amendement AS469 de M. Brahim Hammouche.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Il s'agit de surseoir à l'application de la mesure permettant le recouvrement des prestations versées à tort par la retenue possible sur l'ensemble des prestations et minima sociaux dont la personne est bénéficiaire et de la reporter après l'entrée en vigueur du revenu universel d'activité.

M. Olivier Véran, rapporteur général. C'est grâce à cet article que nous pourrons faire tout le travail de réflexion sur les systèmes d'information qui permettra justement d'envisager l'instauration du revenu universel d'activité.

En outre, l'ensemble des pensions et des prestations maladie sont également concernées. Je vous propose de retirer votre amendement sans quoi j'y serai défavorable.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Comme c'est un amendement de mon collègue M. Brahim Hammouche, je le maintiens.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 49 sans modification.

Après l'article 49

La commission aborde l'amendement AS127 de M. Pierre Dharréville.

M. Alain Bruneel. Le présent amendement vise à inscrire dans la loi une proposition issue du dernier rapport du Défenseur des droits paru le 7 septembre 2017 sur la fraude aux prestations sociales. Ce rapport met en lumière les carences dans la définition de la fraude et les dérives de cette lutte – suspension d'une prestation avant le jugement, ciblage des suspects, non-prise en compte des oublis et des erreurs non intentionnelle – au mépris des droits des usagers. Afin d'éviter les abus, nous proposons de mieux définir la fraude en prenant en compte l'intention frauduleuse.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Votre amendement est totalement satisfait par le droit depuis l'adoption de la loi pour un État au service d'une société de confiance (ESSOC). Je m'en suis même assuré en entretien avec le Défenseur des droits. Nous sommes convenus de nous assurer, chacun de notre côté, que cette nouvelle disposition serait bien appliquée. Je vous propose donc de retirer votre amendement.

M. Alain Bruneel. Je le retire.

L'amendement est retiré.

Article 50

Modernisation de la délivrance des prestations sociales

La commission est saisie de l'amendement AS233 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Durant l'été 2017, le Gouvernement a réduit de 5 euros les APL pour les familles les plus pauvres. Sous prétexte de simplification, l'objectif de cet article est de réaliser un milliard d'euros d'économie sur le dos des plus pauvres. Certains bénéficiaires verront donc progresser la part de leur budget consacrée au logement. Qui plus est, la déclaration tous les trois mois sur le site de la CAF amplifiera les inégalités d'accès aux droits, puisque tous les bénéficiaires n'ont pas accès à internet. Telles sont les raisons de la demande de suppression de l'article.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Vous soulevez la question du montant des APL qui a occupé les débats parlementaires dans le cadre de l'examen du PLF pour 2018, mais ce n'est pas du tout l'objet de l'article 50.

L'objet de cet article est de créer une super-base de données qui permettra de verser les allocations sociales aux bénéficiaires en fonction de leurs besoins, contemporains de leur demande, et non plus des besoins qui étaient les leurs un ou deux ans auparavant. Ainsi, un étudiant percevra les APL l'année où il étudiera, et non plus deux ans plus tard. Cette base de données est une condition *sine qua non*

du versement social unique, lequel a été salué unanimement par l'ensemble des associations comme une avancée, dans le cadre du plan pauvreté. Je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement.

M. Pierre Dharréville. Je vais étudier les choses de plus près.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 50 sans modification.

Après l'article 50

La commission l'amendement AS128 de M. Pierre Dharréville.

M. Alain Bruneel. Cet amendement vise à mobiliser ces outils de lutte contre la fraude, notamment le répertoire national commun de la protection sociale, au service de la diminution du non-recours aux droits sociaux.

Si de nombreux outils, comme les échanges d'informations entre administrations ou le renforcement des sanctions contre les allocataires, ont été mis en place pour détecter et sanctionner la fraude sociale, peu a été fait pour lutter contre le non-recours aux droits – 30 % des bénéficiaires potentiels du RSA, par exemple, ne le demandent pas.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Votre amendement est déjà satisfait par l'adoption de l'article 50, qui confie, pour la première fois, aux organismes de sécurité sociale une nouvelle mission de lutte contre le non-recours aux prestations sociales. Je vous suggère de le retirer.

M. Alain Bruneel. En attendant d'étudier plus avant l'article 50, je vous fais confiance et retire l'amendement.

L'amendement est retiré.

La commission en vient à l'amendement AS645 de Mme Éricka Bareigts.

Mme Éricka Bareigts. Il semble important d'améliorer la transparence concernant le fléchage et la répartition des crédits du fonds d'intervention régional – FIR – : les instances de démocratie en santé que sont les conférences régionales de santé et de l'autonomie doivent être consultées et informées chaque année par les ARS quant à l'utilisation des crédits du FIR, selon les principes de bonne gouvernance.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je partage votre volonté de transparence, mais votre amendement est satisfait : l'article L. 1432-2 du code de la santé publique dispose qu'une fois par an, le directeur général de l'ARS rend compte à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de la mise en œuvre

de la politique régionale de santé, dont la gestion du FIR fait évidemment partie. Je vous propose de retirer cet amendement.

M. Francis Vercamer. Cela figure bien dans la loi, mais ce n'est pas appliqué !

Mme Éricka Bareigts. Je vais donc réfléchir à une autre approche. Je retire l'amendement.

L'amendement est retiré.

Titre IV

Dotations et objectifs de dépense des branches et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 51

Dotation de l'assurance-maladie au FMESSP, à l'ONIAM, et de la CNSA aux ARS

La commission adopte l'article 51 sans modification.

Après l'article 51

La commission examine l'amendement AS94 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Paul Christophe. L'amendement est défendu

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je vous propose de le retirer, dans la mesure où le fonds existe et que sa dotation est portée de 450 millions à 650 millions d'euros.

L'amendement est retiré.

Chapitre V

Dispositions relatives aux dépenses de la branche maladie

Article 52

Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

La commission adopte l'article 52 sans modification.

Article 53

ONDAM et sous-ONDAM

La commission examine les amendements identiques AS112 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS632 de M. Pierre Dharréville.

M. Paul Christophe. La nouvelle convention médicale conclue en 2016 se traduit par des augmentations importantes des charges. Cette évolution est en cohérence avec le virage ambulatoire annoncé, mais il reste à s'assurer que ces dépenses nouvelles auront des effets restructurants, réorganisateurs, qu'elles limiteront les hospitalisations évitables, et ne se cantonneront pas à de simples mais très coûteux effets de revenus additionnels.

De ce point de vue, il manque encore un dispositif prudentiel sur la médecine de ville, à la hauteur de la sur-exécution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie – ONDAM – de 2016, de 2017, de 2018 déjà annoncée, et à prévoir par construction pour 2019. C'est la raison pour laquelle cet amendement propose un partage plus équilibré de l'effort.

M. Pierre Dharréville. L'ONDAM, fixé à 2,5 % en 2019, paraît largement en-deçà des besoins de financement du service public hospitalier et manque singulièrement d'ambition pour couvrir les besoins en santé de nos concitoyens.

Cet amendement propose une nouvelle répartition de l'ONDAM en faveur des hôpitaux, de la prise en charge de la dépendance et du handicap. Il n'y a pas lieu que les efforts qui ne sont pas demandés à la médecine de ville soient consentis en totalité par les établissements de santé publique.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Même avis que celui émis hier sur les amendements à l'article 6. Vous souhaitez rétrocéder 600 millions d'euros de l'ONDAM soins de ville vers les autres sous-objectifs. Cela me semble d'autant plus contestable de le faire à cet article que celui-ci témoigne d'une plus forte hausse des dépenses des établissements de santé que des soins de ville – 2,7 % contre 2,2 %. Par ailleurs, l'expérimentation d'une réserve prudentielle de 120 millions d'euros sur la ville est prévue pour la première fois cette année. Avis défavorable.

M. Alain Bruneel. Il faut quand même reconnaître que la situation dans les hôpitaux et dans les EHPAD est dramatique. L'augmentation, prévue à 2,3 %, est finalement de 2,5 % mais tout le monde sait que la croissance tendancielle est de 4,5 %. L'économie de 3,6 milliards demandée aux établissements de santé n'est pas négligeable. Nous demandons qu'une réflexion soit menée, car le budget des hôpitaux, même en augmentation, reste insuffisant au regard des besoins en matériels et en personnels.

La commission rejette ces amendements.

La commission examine les amendements identiques AS170 de M. Stéphane Viry et AS570 de M. Joël Aviragnet.

M. Stéphane Viry. Le financement de la recherche et de l'innovation au sein des établissements publics de santé est actuellement confronté à des difficultés, voire à de véritables impasses de financement. Les montants des crédits fléchés n'ont parfois pas évolué depuis des années, voire ont été ponctionnés par des gels devenus définitifs. Cela empêche toute lisibilité et sérénité pour des missions nécessitant pourtant des projections sur le moyen et long terme.

Afin d'éviter que ces crédits fléchés ne servent de variable d'ajustement de l'ONDAM, il est proposé qu'ils fassent l'objet d'un financement sanctuarisé, à travers un sous-objectif spécifique de l'ONDAM.

M. Joël Aviragnet. L'amendement est défendu.

M. Olivier Véran, rapporteur général. L'intention est louable, mais je ne pense pas que l'existence d'un sous-objectif permette de sanctuariser quoi que ce soit. C'est d'ailleurs ce qui a été souvent reproché aux gouvernements successifs. Avis défavorable.

La commission rejette ces amendements.

Elle adopte ensuite l'article 53 sans modification.

Après l'article 53

La commission examine l'amendement AS339 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. La mise en place d'une réserve prudentielle dans le secteur hospitalier a permis de faire respecter l'ONDAM, mais un tel système n'existe pas pour la médecine libérale. L'objet de cet amendement est d'équilibrer les efforts, comme nous y a d'ailleurs invités la Cour des comptes en demandant « *une mise à contribution de l'ensemble des secteurs de l'offre de soins (...) afin d'en assurer le respect, y compris les soins de ville qui en ont été à ce jour exemptés pour l'essentiel.* ».

M. Olivier Véran, rapporteur général. Nous avons évoqué cette question avec le Premier président de la Cour des comptes, Didier Migaud, qui était auditionné la semaine dernière. Tout le monde, ou presque, souhaite que l'ONDAM de ville soit respecté, au même titre que l'ONDAM hospitalier, mais c'est en pratique très compliqué. Une enveloppe fermée pour l'activité des médecins libéraux supposerait une valeur variable de l'acte de la consultation : cela nous ramène à un débat vieux d'un quart de siècle, et qui s'est mal terminé. Je ne pense pas qu'il soit dans l'intention du Gouvernement d'emprunter cette voie.

En revanche, des outils de maîtrise médicalisée permettent de progresser de façon manifeste et, pour la première fois, une réserve prudentielle de 120 millions d'euros pour les soins de ville sera expérimentée en 2019. Même prudente, c'est une avancée. Je vous invite donc à retirer cet amendement, faute de quoi j'émettrai un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 54

Dotations au FIVA, au FCAATA et transfert au titre de la sous-déclaration AT-MP

La commission adopte l'article 54 sans modification.

Après l'article 54

La commission est saisie de deux amendements identiques AS117 de M. Pierre Dharréville et AS561 de M. Joël Aviragnet.

M. Pierre Dharréville. Cet amendement reprend une recommandation du rapport d'information parlementaire n° 4487 de février 2017 sur l'épuisement professionnel, ou *burn out*, des députés Yves Censi et Gérard Sebaoun.

Il est proposé que la commission chargée d'apprécier la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles évalue également le coût des pathologies psychiques liées au travail, actuellement supporté par l'assurance maladie. Il est temps d'avancer sur cette question importante !

M. Joël Aviragnet. Chaque année, la branche accidents du travail et maladies professionnelles – AT-MP – reverse une somme importante à la branche maladie pour tenir compte de la sous-déclaration des accidents du travail des maladies professionnelles. Nous souhaitons donc qu'il soit tenu compte du *burn out* dans le coût des maladies psychiques liées au travail, actuellement supporté par l'assurance maladie.

M. Olivier Véran, rapporteur général. La réponse à cette question dépend entièrement de la reconnaissance du *burn out* en accidents du travail et maladies professionnelles. Sans préjuger du débat que nous aurons par la suite, j'émet un avis défavorable.

La commission rejette ces amendements.

Avant l'article 55

La commission est saisie de de l'amendement AS211 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Cet amendement s’inspire d’une proposition du rapport parlementaire « *Maladies professionnelles dans l’industrie : mieux connaître, mieux reconnaître, mieux prévenir* », reprise par M. Didier Migaud, premier président de la Cour des comptes lors de son audition le 9 octobre.

Il s’agit de relever les taux de cotisations auprès de la branche AT-MP des entreprises présentant une sinistralité anormalement élevée. Cette tarification des risques professionnels permettrait de dégager des fonds pour la réparation, l’évaluation et la prévention des risques professionnels, participerait à la promotion de la santé au travail et aurait des vertus préventives.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Les taux de cotisations des entreprises de plus de 20 salariés varient déjà en fonction de leur niveau de sinistralité. Pour les entreprises de 20 à 150 salariés, la part individuelle du taux mixte qui leur est applicable – celle qui est directement liée à la sinistralité – a été augmentée pour atteindre un plancher de 10 %. Pour les entreprises de plus de 150 salariés, le taux de cotisations, dit « taux individuel », prend en compte l’intégralité des coûts moyens des accidents du travail et maladies professionnelles survenus dans l’établissement.

Quant aux entreprises de moins de 20 salariés, au taux collectif, elles pourront bénéficier d’une prime liée à la diminution du risque dès 2022 si elles mettent en place des mesures de prévention.

Mais il est vrai que la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles doit être davantage développée dans les entreprises. Ce sera l’un des objectifs du futur projet de loi sur la santé au travail, qui fera suite aux excellents travaux de notre collègue Charlotte Lecocq et qui devrait être examiné en 2019. Avis défavorable.

Mme Charlotte Lecocq. Sur le fond, je partage l’idée d’accentuer cette sorte de « malus » appliqué aux entreprises qui ne seraient pas engagées dans une démarche de prévention et dont les taux de sinistralité seraient élevés. Cela fait partie des recommandations de mon rapport sur la « *Santé au travail* ».

Toutefois, une concertation avec les partenaires sociaux s’ouvrira fin octobre, et elle devrait déboucher sur le projet de loi qui sera présenté en 2019. Il serait dommage d’en préempter les conclusions et de ne pas laisser aux partenaires sociaux le temps de la négociation.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Je souligne que cette discussion fait aussi écho aux travaux de la commission d’enquête présidée par Julien Borowczyk et dont le rapporteur était Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Merci, madame la présidente. La variation des taux entre les entreprises en fonction de leur politique de prévention, mais surtout de la sinistralité avérée, est insuffisante. Plusieurs cas ont été rapportés à la commission d’enquête et j’ai en tête l’exemple d’une association qui défend la

santé au travail, dont le taux n'était pas très différent de celui appliqué à la grande multinationale voisine, alors que leurs taux de sinistralité respectifs étaient incomparables. Il faut franchement avancer sur cette question !

Cet amendement ne réglera pas tous les problèmes, mais le dispositif proposé permettrait de placer la barre à un niveau satisfaisant et serait plus équitable pour les entreprises qui ne déclarent pas d'accident – même si on sait qu'il existe une sous-déclaration des accidents du travail. Enfin, les ressources ainsi dégagées financeraient utilement les politiques en faveur de la santé au travail. Il faut, dans ce domaine, des engagements forts.

M. Francis Vercamer. Madame Lecocq, on nous a dit la même chose des dispositions qui seront dans « Ma santé 2022 » : on ne peut rejeter un amendement au motif qu'un projet de loi arrivera prochainement en discussion ! Et demain, lorsque le même amendement sera présenté au projet de loi, on rétorquera à son auteur qu'il relève davantage du PLFSS...

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS577 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement vise à introduire la notion de conditions de travail délétères, au point d'altérer la santé physique ou mentale d'un travailleur, dans le processus d'élaboration des maladies à caractère professionnel, en particulier le *burn out*.

La reconnaissance de maladies avérées comme maladie à caractère professionnel est possible : elle relève d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, qui examine le dossier et rend un avis qui s'impose à la caisse. Cette voie de reconnaissance est particulièrement ardue et soumise à un taux d'invalidité partielle permanente particulièrement élevé, de 25 % minimum.

Il convient donc de réfléchir rapidement à la révision de ce barème indicatif, qui ne correspond plus à la réalité de ces nouvelles pathologies liées à la souffrance au travail, et qui empêche quasiment toute mesure et toute reconnaissance réelle de celles-ci.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Les évolutions du dispositif de reconnaissance des maladies professionnelles par la voie complémentaire ont permis d'améliorer la prise en charge des affections psychiques. La possibilité de voir une pathologie psychique reconnue comme étant d'origine professionnelle est désormais inscrite à l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale. Par ailleurs, le décret du 7 juin 2016 relatif à l'amélioration de la reconnaissance des pathologies psychiques comme maladies professionnelles a permis d'accélérer le traitement des dossiers de demande de reconnaissance.

L'amélioration du dispositif s'est traduite par une augmentation du nombre de pathologies psychiques reconnues comme des maladies

professionnelles : de moins d'une centaine en 2011, elles sont passées à plus de 900 en 2017. Dans ce contexte, je ne peux donner un avis favorable à votre amendement.

La commission rejette l'amendement.

Article 55

Objectifs de dépenses de la branche AT-MP

La commission examine l'amendement AS474 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Les plans de santé au travail ont permis une mobilisation de l'ensemble des acteurs autour des enjeux de la prévention des risques professionnels et de la qualité de vie au travail. L'excellent rapport de Charlotte Lecocq remis en août 2018 affiche comme objectif de faire de la France l'un des pays européens les plus performants et innovants en matière de prévention dans le domaine de la santé au travail.

En adoptant cet amendement, qui prévoit que les objectifs de dépenses de la branche AT-MP comprennent un sous-objectif de prévention pour la santé dans les entreprises, nous nous donnerons les moyens de cette ambition.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Comme je l'ai déjà expliqué, la création d'un sous-objectif n'est pas une garantie de moyens. La branche consacre déjà une part importante de ses moyens à la prévention : le réseau des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail – CARSAT – compte 2 000 salariés et 3,3 milliards d'euros ont été dépensés en 2016. Par ailleurs, un travail de concertation sur la santé au travail sera bientôt engagé avec les partenaires sociaux. Je ne peux donc pas donner un avis favorable sur cet amendement.

M. Francis Vercamer. Plutôt que de siphonner les excédents de la branche AT-MP pour équilibrer les autres branches, il vaudrait mieux prévoir un sous-objectif, conformément aux recommandations du rapport de Charlotte Lecocq.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS476 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Cet amendement de repli prévoit que le Gouvernement remet un rapport sur cette question.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Elle adopte l'article 55 sans modification.

Avant l'article 56

La commission est saisie de l'amendement AS50 de M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Je le retire.

L'amendement est retiré.

Puis la commission examine l'amendement AS168 de M. Stéphane Viry.

M. Stéphane Viry. Pour alimenter, certes prématurément, nos futurs débats sur la réforme des retraites, je souhaite présenter cet amendement qui repose sur un constat : l'application aux fonctionnaires de la même règle qu'aux salariés du privé – les 25 meilleures années, à la limite du plafond de la Sécurité sociale, sont prises en compte dans le calcul de la retraite – est rejetée au motif que les relevés de carrière ne seraient pas disponibles. La modification du mode de calcul de la retraite des fonctionnaires serait donc caduque.

Cependant, la loi Le Pors du 13 juillet 1983, socle légal du statut des fonctionnaires, impose aux administrations de conserver dans le dossier du fonctionnaire toutes les pièces relatives à sa situation administrative, et ce pendant quatre-vingt-dix ans. Rien, selon moi, ne s'oppose donc à un alignement du calcul de la retraite des fonctionnaires sur celui des salariés du privé.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Vous souhaitez anticiper la réforme des retraites ! L'écart entre les 6 derniers mois, pour la fonction publique, et les 25 meilleures années, pour le régime général, n'aura plus de sens dans un système où le point remplacera l'annuité. Compte tenu des prochains débats, qui mobiliseront particulièrement cette commission, vous imaginez bien que je ne puis donner qu'un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'examen de l'amendement AS267 de Mme Ericka Bareigts.

Mme Ericka Bareigts. Il est défendu.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

M. Adrien Taquet. Nous sommes en direct et, avant que ce débat ne se termine, je voudrais rassurer les familles qui sont probablement devant leur écran : il a été dit, lors de l'examen de l'article 40, que les troubles dys étaient exclus de la stratégie nationale pour l'autisme. J'aimerais rectifier cette information. J'ai participé à l'élaboration de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles neuro-développementaux, à laquelle la Fédération française des dys a été associée. Les dys étant des troubles neuro-développementaux, le forfait « diagnostic précoce » leur sera bien appliqué.

Article 56

Objectifs de dépenses de la branche vieillesse

La commission adopte l'article sans modification.

Article 57

Objectifs de dépenses de la branche famille

La commission adopte l'article sans modification.

Article 58

Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires en 2019

La commission adopte l'article sans modification.

La commission adopte enfin l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.