

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

Mercredi

9 octobre 2013

Séance de 12 heures 30

Compte rendu n° 06

SESSION ORDINAIRE DE 2013-2014

**Présidence de
Mme Catherine
Lemorton,
Présidente**

- Audition, ouverte à la presse, de Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, de M. Bernard Cazeneuve, ministre délégué auprès du ministère de l'économie et des finances chargé du budget, et de Mmes Michèle Delaunay, Dominique Bertinotti et Marie-Arlette Carlotti, ministres déléguées auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé, respectivement chargées des personnes âgées et de l'autonomie, de la famille, des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 (sous réserve de son dépôt) (*MM. Gérard Bapt, Christian Paul, Mme Martine Pinville, MM. Michel Issindou, Laurent Marcangeli, et Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteurs*) 2
- Présences en réunion 22



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 9 octobre 2013

La séance est ouverte à douze heures trente.

(Présidence de Mme Catherine Lemorton, présidente de la Commission)

La Commission entend Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, M. Bernard Cazeneuve, ministre délégué auprès du ministère de l'économie et des finances chargé du budget, et Mmes Michèle Delaunay, Dominique Bertinotti et Marie-Arlette Carlotti, ministres déléguées auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé, respectivement chargées des personnes âgées et de l'autonomie, de la famille, des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Nous auditionnons aujourd'hui Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, M. Bernard Cazeneuve, ministre délégué auprès du ministère de l'économie et des finances chargé du budget, et Mmes Michèle Delaunay, Dominique Bertinotti et Marie-Arlette Carlotti, ministres déléguées auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé, respectivement chargées des personnes âgées et de l'autonomie, de la famille, des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2014.

Tout en les remerciant de leur présence, je soulignerai néanmoins les conditions très difficiles dans lesquelles la Commission des affaires sociales est contrainte de travailler. Je m'exprime ici en tant que présidente, au nom de la majorité et de l'opposition. Une fois de plus, les contraintes découlant de l'ordre du jour et de l'agenda des ministres nous obligent à nous réunir à l'heure du déjeuner : je ne souhaite pas qu'une telle exception devienne la règle, alors que beaucoup des parlementaires ici présents ont passé une partie de la nuit dans l'hémicycle et qu'ils s'appêtent à y retourner cet après-midi, ce soir et les deux prochains jours. Je conçois que le Gouvernement ait des contraintes et des priorités – d'ailleurs partagées par la majorité parlementaire. Mais j'insiste sur la nécessité de permettre aux députés de travailler correctement sur des sujets aussi importants et complexes. Si nous nous réunissons à cette heure, c'est que M. Bernard Cazeneuve ne pouvait se libérer plus tôt, ayant dû assister à un Conseil de défense et de sécurité nationale juste après le Conseil des ministres. En outre, Mme Marie-Arlette Carlotti sera contrainte de nous quitter à treize heures et nous transmettra par courrier une explication des principaux points dont elle est chargée au titre du PLFSS.

En outre, notre commission n'a pas reçu le texte du PLFSS pour 2014 suffisamment à temps pour qu'il puisse être mis en distribution et je prie mes collègues de m'en excuser.

J'ajoute qu'il est difficilement acceptable que les ministres ne répondent pas, ou peu, aux questionnaires budgétaires qui leur ont été adressés par les rapporteurs en juillet dernier. Le rapporteur pour la branche maladie, M. Christian Paul, dispose ainsi d'à peine 25 % des réponses à son questionnaire. Sept réponses supplémentaires sur cinquante-huit lui sont certes parvenues ce matin, mais cela ne fait toujours pas le compte. Concernant les recettes, on pourrait presque se réjouir que le taux de réponses soit de 55 %, soit cinq réponses pour neuf questions, sauf que deux d'entre elles ne nous sont parvenues que ce matin. Il est également anormal que certains documents ne soient pas remis au Parlement comme le prévoit la loi, ou

qu'ils ne le soient qu'avec beaucoup de retard. Ainsi, le rapport annuel sur les franchises médicales – que nous n'avons cessé de réclamer lorsque nous étions dans l'opposition – ne nous a pas été remis l'année dernière et ne nous l'est toujours pas cette année alors qu'il aurait dû l'être avant le 30 septembre. Cet état de fait empêchant le Parlement de travailler correctement, je me devais d'exprimer à l'attention des services des ministères concernés une insatisfaction partagée par l'ensemble des membres de cette commission.

M. Jean-Pierre Door. Madame la ministre des affaires sociales et de la santé, vous semblez avoir le don d'ubiquité, passant du débat de la nuit dernière sur la réforme des retraites à celui d'aujourd'hui sur le PLFSS. Cela vous est peut-être aisé mais ce ne l'est pas pour les parlementaires. Lorsque vous étiez dans l'opposition, vous ne manquiez d'ailleurs pas de formuler ce type d'observations. Et s'il est agréable que vous nous offriez des gâteaux, nous aurions préféré disposer du projet de loi. Ce texte nous faisant défaut, comment pourrions-nous l'étudier puis vous interroger dessus ? Malgré tout le respect que nous vous devons, nous avons songé à ne pas venir siéger ce matin. Si nous sommes là c'est par respect pour votre travail.

En outre, cinq ministres vont s'exprimer, suivis de six rapporteurs – soit onze personnes au total – de telle sorte que les autres parlementaires ne pourront pas prendre la parole avant quatorze heures. Or, les députés de mon groupe souhaitent être dans l'hémicycle pour les questions d'actualité à quinze heures. C'est pourquoi nous serons extrêmement brefs aujourd'hui, ce qui ne veut pas dire que nous n'ayons pas de questions à vous poser.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Tous les ministres ne prendront pas d'emblée la parole. S'exprimeront tout d'abord Mme la ministre des affaires sociales et de la santé et M. le ministre délégué chargé du budget. Puis les rapporteurs poseront leurs questions et les ministres déléguées répondront.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé. Je suis la première à regretter de devoir travailler dans des conditions aussi difficiles. Et ne voyez pas malice dans le fait que je vous aie apporté des sucreries, car il s'agissait en réalité de compenser quelque peu la contrainte de l'horaire. Je regrette également que le texte du projet de loi ne vous ait pas été adressé. Il aurait déjà dû l'être depuis un certain temps puisqu'il a été examiné par la Commission des comptes de la sécurité sociale. Et je reste à l'entière disposition des parlementaires qui souhaiteraient poursuivre notre échange avant que le PLFSS ne soit examiné en séance publique. Madame la présidente, les rapports que vous êtes en droit d'attendre – et notamment celui sur les franchises – vous seront remis dans les tout prochains jours.

Compte tenu des contraintes horaires, je mettrai l'accent sur les grandes orientations retenues dans le PLFSS pour 2014 et insisterai sur les mesures qui me semblent devoir être portées plus particulièrement à votre connaissance.

J'insisterai tout d'abord sur notre choix résolu de redresser les comptes sociaux. Lorsque nous sommes arrivés aux responsabilités, la dette sociale accumulée au cours des dix années précédentes s'élevait à 160 milliards d'euros, dont 90 milliards au titre du seul dernier quinquennat, et le déficit de la sécurité sociale – régime général et Fonds de solidarité vieillesse confondus – s'élevait à 21 milliards d'euros. Dès notre arrivée, nous avons adopté des mesures correctrices et ramené ce déficit à 17,5 milliards d'euros en 2012, et à 16 milliards cette année – selon le chiffre que nous a fourni la Commission des comptes de la Sécurité sociale il y a une quinzaine de jours – malgré un début d'année morose en termes de rentrées de cotisations et une forte épidémie grippale aux conséquences financières importantes. Et nous avons l'ambition de ramener ce déficit à moins de 13 milliards en 2014, ce qui représente un effort important.

Si nous obtenons de tels résultats, c'est notamment grâce à notre politique de maîtrise des dépenses. Ainsi nous sommes-nous fixé un Objectif national de dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) ambitieux – en progression maîtrisée de 2,4 % – pour l'an prochain, nous conduisant à réaliser 2,4 milliards d'euros d'économies sur la branche assurance-maladie, s'ajoutant aux 500 millions d'euros de sous-exécution de l'ONDAM en 2013.

Le PLFSS pour 2014 traduit les trajectoires financières résultant des réformes de fond que nous avons engagées en matière de protection sociale. S'il ne contient pas de mesures nouvelles concernant la branche vieillesse, il tire cependant les conséquences financières du projet de loi portant réforme des retraites dont nous débattons actuellement dans l'hémicycle. De même, la restructuration de notre politique familiale, annoncée avant l'été, trouve sa concrétisation financière dans ce PLFSS, même si des mesures telles que l'abaissement du plafond du quotient familial figurent dans le projet de loi de finances et si les mesures relatives à l'ouverture de places supplémentaires pour les enfants de moins de trois ans sont inscrites dans la Convention d'objectifs et de gestion de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF). C'est donc d'abord dans le secteur de l'assurance-maladie que s'inscrit la refondation de notre politique de santé.

L'ONDAM de 2,4% se décline en un sous-ONDAM hospitalier à 2,3 %, un sous-ONDAM de médecine de ville à 2,4 %, un sous-ONDAM médicosocial à 3 % – cela traduit notre engagement résolu en la matière – et un nouveau sous-ONDAM – que nous créons après consultation de votre commission – visant à faire apparaître les ressources allouées aux fonds d'intervention régionaux dont disposent les agences régionales de santé et à nous permettre de définir des politiques mieux adaptées aux territoires auxquels elles s'appliquent.

Le volet santé du PLFSS est marqué par quatre priorités, et d'abord, par l'inscription des premières orientations résultant de la stratégie nationale de santé annoncée il y a deux semaines. Il s'agit ainsi de réorganiser la médecine ambulatoire autour d'équipes pluridisciplinaires, de confier un rôle de pivot au médecin traitant et de restructurer cette médecine ambulatoire autour du parcours de soins. Cette réorganisation se traduit concrètement par des mesures de financement nouvelles au profit d'équipes pluriprofessionnelles, par la poursuite de mesures déjà engagées et par la reconnaissance d'actions de télémédecine afin d'expérimenter des modes de financement de ces actes.

De même, nous engageons la réforme du financement de l'hôpital public afin de tourner la page de la loi « HPST » qui avait fait de la tarification à l'activité l'alpha et l'oméga de toute la politique de financement de l'hôpital : nous introduisons des correctifs afin de tenir compte des parcours de soins au sein de l'hôpital, avec des rémunérations forfaitaires. Nous prendrons également en compte, dans le financement des hôpitaux, leur éventuelle situation d'isolement géographique ainsi que leur niveau d'activité afin d'éviter l'inflation des actes que l'on constate à certains endroits.

Afin de faciliter la prise en charge d'activités de prévention et d'actions médicosociales, les agences régionales de santé seront désormais autorisées – dans une limite préétablie – à procéder à des transferts entre enveloppes. En effet, cette fongibilité, souvent évoquée, n'avait pas encore été instaurée jusqu'à présent.

La deuxième priorité du Gouvernement consiste à renforcer l'accès aux soins de tous dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé. Après avoir prévu, dans la loi relative à la sécurisation de l'emploi, la garantie d'une couverture pour l'ensemble des salariés, puis relevé le plafond de ressources pour l'obtention de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide pour une complémentaire santé (ACS)

le 1^{er} juillet dernier, nous allons franchir une nouvelle étape. Le relèvement du plafond de ressources permettra à 750 000 personnes supplémentaires d'accéder à une couverture complémentaire. Rappelons qu'une aide à la complémentaire santé pour une personne de plus de soixante ans représente 500 euros par an, soit un soutien significatif du pouvoir d'achat. Mais il s'agit d'aller plus loin en simplifiant le recours à l'ACS. C'est pourquoi nous organiserons un appel d'offres national afin de sélectionner plusieurs contrats d'un bon rapport qualité-prix l'an prochain, ce qui facilitera l'accès à cette aide de personnes plus vulnérables. Dans le même temps, nous instaurons dans ce PLFSS de nouveaux critères de détermination, plus stricts, de la notion de « contrats responsables et solidaires » s'appuyant à la fois sur la définition d'un panier de soins de référence permettant de couvrir l'ensemble des soins fondamentaux, sur l'extension des garanties dans les secteurs de l'hôpital et sur la régulation des dérives constatées en termes de dépassements d'honoraires ou de tarifs abusifs – notamment dans le secteur de l'optique.

Notre troisième priorité consiste à privilégier deux axes pour la santé publique : la lutte contre le tabagisme, qui se traduira par un triplement de la prise en charge des substituts nicotiques pour les jeunes, et la poursuite de l'amélioration de l'accès à la contraception pour les mineurs qui pourront bénéficier du tiers payant pour les actes associés à la prescription de contraceptifs.

Enfin, nous nous fixons comme quatrième priorité de mener une politique du médicament qui soit plus efficiente : nous souhaitons en effet mieux réguler la consommation de médicaments en favorisant le développement des génériques et en rendant plus transparente la politique des génériques. Nous allons également ouvrir un répertoire des biosimilaires, qui sont la copie des médicaments biologiques, afin de favoriser la substitution de ces produits lors de l'attribution d'un traitement, et allons engager l'expérimentation de la délivrance à l'unité de certains médicaments – à commencer par les antibiotiques – par les pharmacies d'officine.

Le PLFSS pour 2014 traduit ainsi nos priorités en matière de réforme structurelle de notre protection sociale.

M. Bernard Cazeneuve, ministre délégué chargé du budget. Afin de permettre aux autres ministres ici présentes de s'exprimer et aux parlementaires de les interroger, j'irai à l'essentiel en rappelant quelques chiffres ainsi que l'esprit qui a présidé à l'élaboration de ce projet de loi.

Nous avons tout d'abord eu la volonté de faire de ce texte un instrument de maîtrise de nos comptes sociaux en cohérence avec notre stratégie en matière de finances publiques. Nous nous sommes en effet inscrits dans une trajectoire de réduction de nos déficits, conformément à l'engagement pris par le Président de la République devant les Français et les institutions de l'Union européenne. Je rappellerai quelques chiffres afin que chacun ait la garantie que les efforts exigés aboutissent aux résultats escomptés : lors de notre arrivée en 2012, le déficit nominal s'élevait à 5,3 % du PIB. Or, au terme des mesures que nous avons prises dans le cadre du projet de loi de finances rectificative pour 2012, ce chiffre a été ramené à 4,8 %. Il sera de 4,1 % en 2013 et nous l'évaluons à 3,6 % pour 2014 – ce qui correspond bien à une trajectoire de diminution continue. Je vous le confirme donc : nos déficits diminuent. Quant à notre effort structurel, il est passé de 1,2 % en 2012 à 1,7 % en 2013 et sera de 1 % en 2014. Nous nous conformons donc bien à la volonté de respecter cette trajectoire de rétablissement de nos comptes.

Quant à nos comptes sociaux, la situation que le Gouvernement a trouvée à son arrivée était préoccupante, avec près de 160 milliards d'euros de déficits accumulés entre 2002 et 2012 et un record de déficit de 28 milliards d'euros atteint en 2010 malgré une

croissance de 1,6%. Or, en 2013, le déficit de la sécurité sociale sera réduit de 1,3 milliard. L'ONDAM a été sous-exécuté à hauteur de 1 milliard d'euros en 2012 et il le sera de 500 millions en 2013, ce qui nous permet de projeter une économie de 3 milliards pour 2014. Nous visons donc l'an prochain à consolider cette stratégie de réduction des déficits publics et de maîtrise des comptes sociaux. Et nous pouvons nous appuyer pour cela sur les résultats enregistrés en 2012 ainsi que sur les premiers résultats de 2013.

J'insisterai sur la cohérence de la trajectoire que nous poursuivrons d'ici à la fin du quinquennat et que traduit le PLFSS pour 2014. Notre premier objectif consiste à assurer la soutenabilité et la pérennité de notre système de protection sociale en poursuivant la maîtrise de nos comptes. Le deuxième vise à faire en sorte que cette stratégie n'obère pas la croissance et l'emploi. Enfin, le troisième objectif consiste à nous permettre d'afficher une ambition de progrès social et de renforcement des politiques de solidarité à l'égard des plus démunis.

Première idée : assurer la soutenabilité et la pérennité du système. C'est l'objectif que nous nous fixons pour 2014 en accentuant la maîtrise de nos comptes sociaux. Notre effort global sera ainsi l'an prochain de 8,5 milliards d'euros, ce qui permettra une diminution de l'ordre de 3,4 milliards du déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse et portera le déficit global à 12,8 milliards. Nous y parviendrons en réalisant une économie de 3 milliards d'euros sur l'ONDAM grâce à une sous-exécution de 500 millions en 2012 et à une économie de 2,5 milliards résultant de la maîtrise du taux de croissance de l'ONDAM – 2,4 %. Nous réalisons également une économie sur la branche famille afin d'en combler le déficit, laissé à hauteur de 2,5 milliards, par une modification du quotient familial ainsi que par des économies à hauteur de 760 millions, dont 200 millions sont inscrits dans le PLFSS pour 2014. Certaines économies résulteront en outre de la modernisation des caisses dans le cadre des contrats d'objectifs et de gestion et de la réforme des retraites – à hauteur de 1 milliard d'euros, grâce au différé d'indexation de six mois des retraites du régime général, et d'un autre milliard au terme de la négociation entre les partenaires sociaux dans le cadre du régime AGIRC-ARRCO.

Quant à la modification du quotient familial, non seulement elle contribue au rétablissement des comptes de la branche famille, mais elle permet de financer des politiques prioritaires en faveur des plus démunis : augmentation de 50 % du complément familial et de 25 % de l'allocation de soutien familial sur la durée du quinquennat, création de 270 000 places d'accueil pour les jeunes enfants. Des mesures de cotisation sont aussi prévues pour rétablir les comptes de la branche vieillesse. Quant à la fiscalisation de la contribution des entreprises au financement de la complémentaire santé, elle permettra de relever le plafond de ressources pour l'obtention de la CMU-C – 750 000 personnes supplémentaires pourront ainsi accéder à une couverture complémentaire – et d'assurer la généralisation de ces complémentaires dans le cadre d'accords collectifs avec la volonté de développer les contrats responsables.

Deuxième objectif : faire en sorte que ces mesures favorisent la croissance et l'emploi. Lorsque nous décidons de compenser la cotisation patronale destinée au financement des retraites, il s'agit de faire en sorte que la diminution du coût du travail visée par l'instauration du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi ne soit pas remise en cause par la réforme de rétablissement des comptes des régimes de retraite que nous avons engagée. Lorsque nous décidons, par le biais de la branche famille, de développer les conditions d'accueil des jeunes enfants, c'est afin d'aider au travail des Français ne trouvant pas toujours de solutions de garde qui répondent à leurs attentes. Et si nous prenons les mesures précitées d'économie et de rétablissement des comptes publics, c'est afin d'assurer notre souveraineté face aux marchés, c'est-à-dire d'éviter un dérapage des taux d'intérêt qui

aurait des effets récessifs au moins aussi importants que des mesures drastiques de rétablissement des comptes.

Enfin, troisième objectif : le progrès social. Les dispositions que nous proposons visent à financer des mesures de solidarité dans le cadre du plan de lutte contre la grande pauvreté, à trouver des solutions d'accueil qui n'existaient pas jusqu'à présent, à mieux prendre en compte la pénibilité dans le cadre de la réforme des retraites et à développer le recours aux complémentaires santé.

M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Je salue ce projet de loi volontariste non seulement parce qu'il vise au rétablissement de l'équilibre des comptes sociaux, mais aussi parce qu'il traduit l'engagement de réformes structurelles. En effet, si la question de la réforme du financement de la protection sociale reste posée – le Haut conseil pour le financement de la protection sociale ayant d'ailleurs engagé une réflexion sur le sujet –, les mesures significatives prises dès cette année dans le cadre de la réforme des retraites et de la branche famille nous permettront d'enregistrer une diminution de nos déficits. Il est vrai que pour la première année, ces mesures consistent surtout en des recettes supplémentaires, mais elles portent aussi sur les dépenses dans la mesure où elles prévoient l'ajustement aux besoins de certaines prestations. Des dispositions sont aussi prévues pour lutter contre la grande pauvreté.

S'agissant de la branche maladie, aucune mesure de déremboursement ou de forfait supplémentaire n'est prévue. Il n'empêche que certains s'interrogent quant à la réalité de l'accès à la complémentaire santé des catégories les plus modestes. Quelle sera, madame la ministre, la définition de ce contrat complémentaire responsable ? Nos compatriotes les plus modestes pourront-ils accéder à des contrats couvrant suffisamment leurs besoins en matière d'assurance maladie ?

Il conviendrait par ailleurs de faciliter l'accès de nos compatriotes aux prestations dentaires, à l'optique et aux prothèses auditives, dont le coût excessif dissuade certains d'y recourir.

Nous avons par ailleurs largement évoqué l'an dernier la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) : j'avais notamment déposé un amendement ayant pour objet d'en affecter le produit au financement de la prise en charge de la dépendance et donc à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Si vous comptez maintenir les modalités actuelles d'affectation en 2014, pourriez-vous nous assurer que les réserves supplémentaires dont vous avez constaté l'existence au sein de la CNSA seront bien destinées à la prise en charge de la dépendance ?

S'il est vrai que les réformes que vous avez engagées faciliteront la gestion de la dette des branches famille et vieillesse, une revendication subsiste quant à la dette du régime agricole : pourrait-on envisager à l'avenir d'étendre à ce régime la reprise de dette confiée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) dans la limite de 10 milliards d'euros par an ?

Enfin, l'an dernier, le Parlement avait adopté avec votre accord une mesure de taxation des boissons énergisantes qui a été censurée par le Conseil constitutionnel. Or, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation (ANSES) a depuis lors publié des données nouvelles sur le sujet : quelle serait votre position si nous redéposions un nouvel amendement, à visée comportementale et sanitaire, tendant à taxer ce produit de consommation ?

M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie. Je constate tout d'abord que les comptes sociaux seront tenus en 2014, que la stratégie nationale de santé est

désormais en application et que nous entrons dans le vif des réformes. Et si l'ONDAM est fixé à 2,4 % pour 2014, c'est au prix d'un effort d'économie considérable : comment faire en sorte que ces baisses de coût – notamment en ce qui concerne le secteur des médicaments – soient justement ciblées et aient des effets soutenables ?

Tout en étant favorable à l'adoption de ce PLFSS, je souhaiterais vous poser quelques questions d'ordre technique. S'agissant, tout d'abord, de la stratégie nationale de santé, serait-il possible d'accorder un financement dérogatoire aux protocoles de coopération entre les professionnels de santé afin d'assurer la viabilité de leur modèle économique – en particulier en ville ? Pourrait-on insérer par voie d'amendement une référence aux pharmaciens d'officine dans le cadre des expérimentations de télémédecine ?

Le tiers payant sera désormais intégral pour les consultations concernant la contraception des femmes mineures et bientôt tous les ménages bénéficiaires de l'ACS. Plus globalement, quels seront le calendrier et les modalités de mise en œuvre de la généralisation du tiers payant ? J'insiste sur la nécessité d'établir un système simple et sécurisant pour les professionnels de santé, d'une part, et pour l'assurance maladie et les complémentaires, d'autre part.

Je soulignerai la continuité de l'action menée par Mme la ministre pour favoriser les formes d'exercice regroupé et le travail en équipe – mesure très importante dans le cadre du nouveau modèle des maisons et centres de santé pluridisciplinaires. L'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2013 renvoyait à un accord conventionnel interprofessionnel le soin de définir la rémunération du travail en équipe. Or, ces négociations ayant tardé, vous proposez de compléter cet article pour prévoir la possibilité d'édicter un règlement arbitral en cas d'échec de celles-ci. Une telle mesure me paraît bienvenue pour mobiliser les partenaires sociaux et les inciter à négocier au plus vite. Plus généralement, dans tous les domaines relevant de la stratégie nationale de santé, il nous faut à la fois respecter le cadre conventionnel et faire avancer les réformes à bon rythme.

Le financement des centres de santé entre dans le champ de cet accord, mais la participation de ces derniers aux négociations n'est pas totalement garantie : seriez-vous favorable à ce qu'elle soit obligatoire ? Seriez-vous en outre favorable – comme le recommande l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) – à l'instauration d'une équité de rémunération avec les médecins libéraux, par la transposition de dispositions applicables à ces derniers, à une renégociation de l'accord de 2003 entre les centres de santé et l'assurance maladie, et à l'édiction d'un règlement arbitral en cas d'échec ? En effet, l'option de coordination est trop complexe à utiliser dans les faits.

Ce PLFSS amorce également une réforme fondamentale de la protection sociale complémentaire visant à en faire bénéficier plus de 2,5 millions de Français, dont les plus démunis. Il conviendra cependant de préciser plusieurs points du texte. Ainsi, la limitation de la prise en charge par les complémentaires, en cas de dépassement d'honoraires, devra-t-elle tenir compte, d'une part, de l'avenant 8 signé l'an dernier, qui tend à exercer un effet de régulation sur les complémentaires, et, d'autre part, du contrat d'accès aux soins ? En outre, le panier de soins garantis devra prendre en compte les dépenses de santé dans des domaines insuffisamment remboursés aujourd'hui. Il est fait mention dans le texte des soins dentaires, mais pas des soins d'optique et des audioprothèses alors que le renoncement à ce type de soins est très fréquent : seront-ils intégrés à ce panier de soins ? Seront-ils par exemple assimilés aux « dispositifs médicaux » mentionnés dans le texte ou faudra-t-il les y ajouter par voie d'amendement ? Afin d'améliorer la qualité des contrats proposés aux bénéficiaires de l'ACS, vous avez proposé de recourir à des appels d'offre : nous sommes favorables à cette méthode puisque la labellisation a échoué au cours des années précédentes. Cependant, la

manière dont ces appels d'offre seront lancés devra permettre de continuer à garantir le choix d'un prestataire de proximité aux bénéficiaires des complémentaires.

Enfin, si chacun s'accorde à dire que la fiscalité des complémentaires doit être revue, la loi de finances ne prévoit à ce jour que l'intégration des cotisations patronales dans l'assiette de l'impôt sur le revenu. Nous souhaitons donc connaître, avant tout vote sur le sujet, le schéma global retenu par le Gouvernement, qu'il s'agisse de l'usage des ressources ainsi dégagées ou plus généralement de la fiscalité des complémentaires. Nous souhaiterions notamment instaurer un traitement nettement distinct entre la fiscalité des contrats responsables et celle des autres types de contrat, en diminuant la première et en augmentant la seconde. S'agissant des établissements de santé et des hôpitaux, il convient de mettre fin au plus vite aux excès de la tarification à l'activité. Le Gouvernement propose de rendre les tarifs dégressifs au-delà d'un certain volume d'activité. Si cette approche est intéressante, elle ne saurait être déconnectée d'une analyse de la pertinence des actes exécutés. Enfin, quel rôle les agences régionales de santé auront-elles à jouer dans ce cadre ?

Mme Martine Pinville, rapporteure pour le secteur médico-social. Si nous partageons le souci du Gouvernement de maîtriser les dépenses et de redresser nos comptes, je me félicite que, dans le même temps, l'ONDAM médicosocial ait été maintenu à hauteur de 3 %.

S'agissant des personnes âgées, nous avons instauré au 1^{er} avril dernier une contribution de solidarité pour l'autonomie (CASA). Quelles seront les grandes lignes du futur projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement et à la perte d'autonomie ? Par ailleurs, peut-on envisager des projections pluriannuelles sur l'évolution attendue de la part de la CNSA dans le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) – part qui décroît chaque année – afin d'offrir une plus grande visibilité aux co-financeurs de cette allocation ? Enfin, qu'en est-il de la réforme de la tarification des soins à domicile actuellement en cours ?

En ce qui concerne les personnes handicapées, quelles sont les perspectives du troisième plan autisme lancé cette année ? Quelles mesures comptez-vous prendre en 2014 à la suite de la réunion, pour la première fois il y a quelques jours, du Comité interministériel du handicap ?

M. Michel Issindou, rapporteur pour l'assurance vieillesse. On ne peut que souscrire à l'objectif de réduction des déficits poursuivi par le Gouvernement. L'essentiel des enjeux de la branche vieillesse se trouvant dans le projet de loi portant réforme des retraites actuellement débattu en séance publique, je me contenterai ici de relever les quelques éléments figurant dans le PLFSS.

En termes de recettes, le texte prévoit la réintégration dans l'assiette des prélèvements sociaux de la part des dividendes excédant 10 % du capital social perçus par des travailleurs agricoles – ce qui permettra d'améliorer sensiblement le niveau de retraite des agriculteurs et de le porter à 75 % du SMIC. Le PLFSS instaure par ailleurs une cotisation déplafonnée pour le régime social des indépendants (RSI), permettant son alignement sur le régime général. Il s'agit d'une mesure de justice – souvent réclamée par l'opposition – puisque le RSI, le régime de la Mutualité sociale agricole (MSA) et le régime général sont aujourd'hui alignés en matière de retraites. Quant aux transferts de recettes, le PLFSS prévoit l'affectation au FSV de la réserve existant au titre de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S).

S'agissant des dépenses, si l'essentiel se trouve dans le projet de loi portant réforme des retraites actuellement en cours d'examen, le PLFSS comprend néanmoins quelques

mesures de tuyauterie telles que les contributions du régime général, du régime agricole et du RSI à la réduction des déficits du Fonds de solidarité vieillesse.

M. Laurent Marcangeli, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles (AT-MP). Je tiens tout d'abord à souligner le caractère déplorable de nos conditions de travail : nous n'avons en effet pu consulter les documents nécessaires à un examen serein du PLFSS. Nous avons cependant choisi d'agir de façon responsable en participant malgré tout à cette réunion. Je vous transmettrai donc les enseignements que j'ai tirés des auditions que j'ai menées sur ce texte pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles.

La loi ayant institué le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) – qui permet une indemnisation intégrale et rapide des dommages subis par les personnes atteintes d'une affection causée par l'amiante – prévoit le financement de celui-ci par une dotation annuelle de l'État en loi de finances ainsi que par un transfert de la branche AT-MP voté chaque année en loi de financement de la sécurité sociale. Ce double financement reflète l'existence d'une double responsabilité dans le drame de l'amiante : d'une part, celle des acteurs économiques ayant utilisé ce matériau peu coûteux mais dangereux – raison pour laquelle la branche AT-MP participe à une très grande part du financement du fonds – ; d'autre part, celle de l'État qui a longtemps failli à ses obligations en matière de santé publique et qui a également tiré profit de l'amiante en tant que maître d'ouvrage ou acteur industriel. Or, pour la deuxième année consécutive, l'État n'a prévu aucun financement du FIVA en loi de finances alors même que la contribution demandée à la branche AT-MP dans le PLFSS passe de 115 à 435 millions d'euros. Un tel désengagement de l'État est totalement inhabituel. Envisageriez-vous de reconsidérer votre position et de prévoir un financement de l'État en loi de finances, ce qui permettrait de diminuer d'autant celui de la branche AT-MP ?

Par ailleurs, nous débattons actuellement en séance publique de la création du compte de prévention de la pénibilité. Or, lors des auditions que j'ai conduites, les partenaires sociaux les plus impliqués en matière de risques professionnels ont souligné leur incompréhension du mécanisme proposé. Il conviendrait donc de renvoyer à la négociation entre les partenaires sociaux le soin de revoir ce dispositif mal conçu. Les acteurs de la branche AT-MP s'inquiètent en outre des effets de la création de ce compte sur le fonctionnement de leurs services dans les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT). En effet, vous prévoyez de confier sa gestion à la branche vieillesse. Or, on voit mal comment un sujet concernant aussi intimement la garantie des risques professionnels n'aurait aucune d'incidence sur le travail des ingénieurs conseil et des contrôleurs de sécurité des CARSAT. Les caisses pourraient alors se retrouver condamnées à ne plus faire que de la gestion de compte et du contentieux, au détriment de leur mission de prévention.

Enfin, il conviendrait de garantir l'effectivité des recours engagés par les entreprises contre les décisions des caisses fixant des tarifs AT-MP erronés. De fait, la procédure de rectification de ces tarifs par les tribunaux étant souvent fort longue, l'URSAFF tend à opposer aux demandes de remboursement fondées sur une décision de justice la prescription triennale prévue par l'article L. 243-6 du code de la sécurité sociale si bien que certaines sommes indûment versées ne sont jamais remboursées, fragilisant ainsi la légitimité de notre système ainsi que sa légalité au regard du droit européen. Dans son dernier rapport annuel, la Cour de cassation a donc invité le législateur à conférer aux actions engagées en matière de tarification un effet interruptif de la prescription applicable aux cotisations, en spécifiant expressément que dans ce cas, le remboursement peut porter sur l'ensemble de la période à laquelle s'appliquent les bases de cotisations rectifiées. Quelles sont les intentions du Gouvernement en la matière ?

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille. Ce projet de loi confirme la détermination du Gouvernement à pérenniser le financement de notre politique familiale et, pour la première fois depuis 2007, les comptes de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) seront améliorés de façon significative l'an prochain.

Ce redressement se fonde d'abord sur l'apport de recettes nouvelles, au premier rang desquelles figure l'affectation à la branche famille du produit de la baisse du plafond de l'avantage tiré du quotient familial. Dire que cette mesure frappera les familles des classes moyennes c'est donner une définition particulièrement extensive de ces familles, qui engloberait la presque totalité des deux déciles de revenus les plus élevés. Afin de clarifier le débat, pourriez-vous nous rappeler quels seront les niveaux de revenus effectivement mis à contribution ?

Quant au panier de recettes fiscales supplémentaires apportées à la CNAF, outre le produit issu de la réforme du quotient familial, la branche famille se verra également compenser la baisse de 0,15 point des cotisations « famille » payées par les entreprises, dont l'objectif est d'éviter une hausse du coût du travail. Je rappelle que le financement de la branche famille fut fortement fragilisé en 2011, à l'initiative du précédent gouvernement, lorsque, en remplacement de 0,28 point de CSG affecté à la CADES, la CNAF se vit attribuer les recettes d'impôts et taxes nettement moins dynamiques, voire des recettes appelées à s'éteindre, comme le préciput d'assurance-vie dont le rendement baisse de 200 millions d'euros par an et disparaîtra en 2020. Compte tenu de ce précédent regrettable, pourriez-vous nous confirmer que le panier de recettes affecté à la CNAF sera constitué de taxes pérennes dont l'assiette et le rendement seront aussi dynamiques que ceux des recettes qu'elles remplacent ?

Enfin, s'agissant de l'amélioration du caractère redistributif des prestations familiales, chacun s'accordera sur le fait que la diminution du taux de pauvreté des enfants est un objectif de justice impérieux se trouvant au cœur de notre politique familiale. En effet, l'expérience de la pauvreté dans l'enfance expose à des risques accrus de précarité au cours de la vie d'adulte. En soutenant le revenu des familles les plus modestes, on poursuit donc un objectif éminemment républicain d'égalité des chances entre les enfants. Une telle action suppose que les prestations familiales soient suffisamment ciblées sur les familles pauvres élevant des enfants pour que ceux-ci soient socialisés de façon précoce grâce à un placement en établissement collectif et puissent accéder à des dispositifs d'accompagnement périscolaire et à des structures de loisir de qualité.

Sur l'ensemble de ces aspects, quel est l'effet attendu des mesures du PLFSS et de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion de la CNAF ?

Mme Marie-Arlette Carlotti, ministre déléguée chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion. En 2014, l'ONDAM médicosocial augmentera de 3 % pour les personnes handicapées comme pour les personnes âgées. Nous poursuivrons ainsi la politique, entamée en 2009, de rattrapage du secteur médicosocial sur le secteur sanitaire.

L'ONDAM spécifique aux personnes en situation de handicap augmentera de 3,1 % car, au-delà de l'ONDAM médicosocial, nous sommes parvenus à dégager deux autres sources de financement. La première, d'un montant équivalent à celui de l'an dernier – soit 1 milliard d'euros –, provient de la CASA. La seconde consiste en un prélèvement sur les réserves de la CNSA à hauteur de 70 millions d'euros dont 35 millions d'euros au profit des personnes handicapées. Nous disposerons donc au total de 2,3 milliards d'euros – soit une hausse de 3,45 % des crédits à destination des personnes handicapées, par rapport à 2013.

Ces recettes permettront tout d'abord la reconduction de la hausse de la masse salariale des établissements médicosociaux – à hauteur de 1,1 %, soit une hausse moindre que celle de 1,4% de l'an dernier qui visait à donner un coup de pouce à des professions sur le point de perdre énormément de pouvoir d'achat. En accordant à ces établissements une somme de 86 millions d'euros supplémentaires en 2014, nous continuerons à soutenir le glissement vieillissement technicité (GVT), l'augmentation du SMIC et l'ensemble de nos obligations dans ce secteur.

Nous continuons également à créer des places en établissement médicosocial, comme cela fut engagé lors des plans précédents. Cette année, 3 000 places ont été créées. En 2014, en rythme de croisière, nous devrions en créer 3 000 ou 4 000 même si nous ne pouvons prévoir ce chiffre avec exactitude dans la mesure où il dépend des propositions qui sont adressées aux agences régionales de santé. Nous portons donc les crédits de cette politique de 150 millions en 2013 à 200 millions d'euros en 2014.

Comme promis, nous engageons dès 2014 la première partie du plan autisme auquel nous affectons 8 millions d'euros. Ces crédits seront notifiés aux ARS de manière à lancer l'opération de scolarisation en maternelle et à renforcer le réseau des centres d'action médicosociale sur l'ensemble du territoire. Nous consacrerons à ce plan 21,4 millions d'euros en 2015, 60,4 millions d'euros en 2016 et 105,4 millions d'euros en 2017.

En outre, l'investissement continue d'être une priorité pour le Gouvernement : nous affectons ainsi 50 millions d'euros au plan d'aide à l'investissement de la CNSA, dont la majeure partie est destinée aux personnes âgées mais dont 30 % seront affectés aux personnes en situation de handicap.

Nous portons également une attention spécifique à des handicaps particuliers tels que le handicap psychique et les traumatismes crâniens : nous financerons ainsi les groupes d'entraide mutuelle à hauteur de 29 millions d'euros en 2014, soit davantage que les 27 millions accordés en 2013. Il ne s'agit certes pas d'établissements médicosociaux, mais ces structures accompagnent des personnes extrêmement soutenues par les associations.

Cela dit, l'essentiel de la politique menée en faveur du handicap ne saurait se résumer au PLFSS qui vous est proposé aujourd'hui car les financements sont multiples. Et la réunion récente du Comité interministériel sur le handicap (CIH) illustre bien le fait que ce sont tous les ministres dans leur ensemble qui, à l'intérieur de leur champ de compétences, financent cette politique – comme il se doit dans une société inclusive. De nombreux aspects relèvent en outre de la négociation entre les partenaires sociaux, à qui nous avons notamment demandé de faire en sorte que les parents découvrant que leur enfant est atteint d'un handicap puissent bénéficier d'un nouveau droit à une formation adaptée de trois à six jours pendant trois ans. Nous instaurerons également la gratuité totale des transports pour les enfants pris en charge par les centres d'action médicosociale (CAMS) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), quelle que soit la distance qu'ils auront à parcourir. Plus généralement, je suis tout à fait disposée à vous apporter des réponses complémentaires par écrit sur le CIH dont l'objet dépasse notre débat d'aujourd'hui.

Mme Dominique Bertinotti, ministre déléguée chargée de la famille. Je commencerai par vous rassurer : le produit issu de l'abaissement du plafond du quotient familial sera intégralement affecté à la branche famille. Et seulement 13 % des foyers fiscaux ayant des enfants mineurs à charge ou des majeurs rattachés seront concernés par l'abaissement du plafond du quotient familial. Ainsi, une famille de deux enfants ne sera affectée par la mesure que si son revenu est supérieur à 5 800 euros par mois. En outre, une famille de deux enfants dont le revenu est de 6 500 euros par mois bénéficiera de 3 000 euros de réduction d'impôt au titre du quotient familial, contre 4 000 euros actuellement. Cela

représente une baisse de 83 euros par mois. Et une famille dont le revenu est de 6 000 euros par mois verra sa réduction d'impôt diminuer de 250 euros, soit de 21 euros par mois. N'oublions pas qu'avant que nous n'abaissions ce plafond, la politique familiale rapportait 342 euros par mois à un couple bi-actif qui gagnait un peu moins de 2 000 euros par mois, mais 516 euros par mois à un couple bi-actif qui gagnait 8 000 euros par mois. La réforme illustre donc bien notre volonté de rendre le système plus redistributif et plus juste.

La CNAF percevra la totalité des gains de cette mesure et se verra également compenser par l'État l'intégralité de la baisse de la cotisation patronale affectée à la branche famille. Et la pérennité des ressources finançant cette compensation est indubitable.

Enfin, afin de renforcer le caractère redistributif des prestations familiales, nous proposons de revaloriser de 50 % le montant du complément familial dont bénéficient les familles de trois enfants et plus – l'objectif étant d'aider les familles modestes et les plus démunies. Il a également été fait référence à l'augmentation de l'allocation de soutien familiale qui concerne les familles monoparentales, de plus en plus nombreuses aujourd'hui et dont le niveau de vie est inférieur à la moyenne. Je citerai également, comme autre mesure traduisant notre volonté de mener une politique familiale plus juste, la possibilité pour les familles faisant appel à une assistante maternelle de bénéficier désormais du tiers payant. Toutes ces dispositions visent à aider financièrement l'ensemble des familles modestes et à apporter une solution au problème du trop important taux de pauvreté des enfants en France. Nous souhaitons mener une politique familiale qui soit plus redistributive et plus juste tout en fournissant simultanément un effort substantiel en faveur des services à la famille, notamment avec la création sur cinq ans de 275 000 places d'accueil pour les enfants de 0 à 3 ans – mesure qui concerne cette fois l'ensemble des familles, quel que soit leur niveau de ressources.

Mme Michèle Delaunay, ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie. Dans un objectif de maîtrise des comptes sociaux, une part du produit de la CASA sera affectée au FSV. Pour autant nous respecterons les engagements pris par le Président de la République en janvier et réaffirmés il y a peu par le Premier ministre : le projet de loi sur l'autonomie des personnes âgées sera rédigé d'ici à la fin de l'année et soumis à l'examen du Parlement dans le courant de l'année 2014 ; la CASA permettra de financer la montée en charge progressive du dispositif en dépit d'un contexte budgétaire extrêmement contraint.

Avec une contribution qui a augmenté cette année de 2,7 points, les concours de la CNSA aux départements restent stables, à hauteur de 30,7 %. C'est la modification des règles de péréquation qui peut donner l'impression d'une réduction de ces concours, les départements les plus riches bénéficiant d'une moindre contribution. En plus de cette contribution, une dotation de l'État, d'un montant de 827 millions d'euros, prévue par le pacte de confiance et de responsabilité, doit permettre de pallier les difficultés de financement de la prestation de compensation du handicap (PCH), du RSA et de l'APA. À cela s'ajoute la faculté d'augmenter les droits de mutation pour les départements qui le jugeraient nécessaire.

Comme vous le savez, une réforme de la tarification des soins à domicile est engagée depuis 2007. L'entreprise est complexe, s'agissant de mettre en place des outils de tarification et des référentiels permettant de mieux définir les missions et les prestations des services de soins infirmiers à domicile, les SSIAD. Ces travaux doivent désormais s'inscrire dans la refonte de l'aide à domicile que nous avons engagée avec les départements. Dans ce domaine, le ministère en est pour l'instant au stade de la proposition, de l'expérimentation et de l'évaluation.

M. le ministre délégué. Vous n'ignorez pas que la CASA est, depuis son institution par la loi de financement de la sécurité sociale de 2013, affectée à la CNSA. Son affectation restera inchangée en 2014, cette recette ayant vocation à financer la prise en charge de la perte d'autonomie et l'adaptation de la société au vieillissement. Le Président de la République et le Gouvernement ont fixé des échéances claires : le projet de loi sur la dépendance doit être élaboré d'ici à la fin de l'année pour être voté au cours de l'année 2014. Il y aura donc peu, voire aucune nouvelle dépense en 2014 au titre de cette réforme : un accroissement des réserves de la CNSA en 2014 n'aurait aucun sens, à un moment où le financement de la sécurité sociale connaît des difficultés. Les dépenses qui pourraient être générées par la mise en œuvre de la réforme à la fin de l'année 2014 pourront être financées par les réserves de la CNSA. Je tiens à vous rassurer : il n'y a pas, contrairement à ce que certains articles de presse affirment, une volonté du Gouvernement de détourner vers d'autres budgets des fonds ayant vocation à servir au financement de la dépendance. Ces réserves ne financeront rien d'autre que le dispositif qui doit être adopté par le Parlement dans les mois à venir, sinon certaines mesures relatives au troisième âge – tel le financement de maisons de retraite.

Les réformes que nous engageons, monsieur Bapt, ainsi que les mesures d'économie que nous vous proposons rendent inutile une mesure globale de reprise d'une partie significative de la dette sociale. La réduction du déficit de la branche vieillesse *via* la réforme des retraites, en particulier, permettra de réduire la dette de la branche famille et de l'assurance maladie à hauteur de 4 milliards, ce qui n'est pas négligeable.

S'agissant de la fiscalisation de la participation de l'employeur aux contrats complémentaires santé collectifs, notre volonté est de nous inscrire dans un dispositif global de généralisation de l'accès à la couverture complémentaire. Ce dispositif fiscal doit notamment permettre de favoriser les contrats responsables *via* l'alourdissement de la fiscalité pesant sur les autres contrats.

Je reconnais que le projet de loi ne traite pas de la dette du régime agricole, la priorité étant accordée au financement de l'ACOSS, dont les besoins de trésorerie dépasseront 31 milliards d'euros en 2014, contre 3,5 milliards pour la mutualité sociale agricole. Sortir la dette des comptes de la MSA supposerait de l'intégrer dans le champ de la reprise des déficits vieillesse votée en 2010, comme nous vous le proposons pour les déficits maladie et famille. Cela réduirait d'autant la possibilité de transférer à la CADES une partie du déficit de la CNAMTS et de la CNAF et accroîtrait encore les besoins de financement de l'ACOSS.

Plus généralement, les dispositions relatives aux retraites agricoles sont financées par une mesure inscrite en PLFSS et par un relèvement à venir de la cotisation au régime complémentaire agricole.

Mme la ministre Marisol Touraine. C'est précisément parce que les tarifs actuels des soins d'optique ne sont pas acceptables, monsieur Bapt, que j'ai engagé la mise en place d'un plan d'encadrement de ces prix.

S'agissant du médicament, monsieur Paul, les mesures d'économie que nous proposons ne risquent pas de compromettre l'innovation, les deux tiers d'entre elles portant sur des produits ayant perdu leur brevet. Elles s'inscrivent dans le cadre de la politique conventionnelle ; elles concernent principalement la médecine de ville, et l'hôpital *via* le dispositif de la liste en sus.

Je ne suis pas *a priori* opposée à ce que le PLFSS aille plus loin dans la réorganisation de la médecine ambulatoire dans le cadre de la stratégie nationale de santé, notamment en élargissant le champ d'expérimentation de la télé-médecine aux pharmaciens.

J'ai indiqué souhaiter que les négociations conventionnelles interprofessionnelles s'engagent dès le début de l'année 2014, les professionnels de santé s'étant désormais approprié les nouveaux modes de rémunération, dont il s'agit désormais d'assurer l'extension. Il va de soi qu'en cas de carence, les pouvoirs publics assumeront leurs responsabilités.

Je souhaite que le tiers payant soit généralisé à l'ensemble des bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé avant la fin de l'année prochaine, et à l'ensemble de nos concitoyens au plus tard en 2017. Nous pourrions même, selon certains de nos interlocuteurs, envisager d'aller plus vite. En tout état de cause, j'annoncerai avant la fin de l'année un plan de déploiement précis, avec l'établissement d'une feuille de route et la nomination d'un chef de projet.

J'ai dit la semaine dernière, devant le Congrès national des centres de santé, qu'il me semblait nécessaire que les centres de santé soient intégrés à la négociation interprofessionnelle sur les rémunérations d'équipes, et plus généralement qu'ils soient associés à la définition de la politique de rémunération des professionnels de santé. On peut envisager que la loi prévoit expressément cette possibilité, même si cela n'est pas nécessaire.

L'extension aux centres de santé de l'ensemble des éléments de rémunération applicables aux professionnels me semble aller dans le sens souhaité : celui d'une transformation des modes de rémunération ayant pour but de valoriser la rémunération sur objectifs de santé publique et celle d'équipes pluriprofessionnelles. À partir du moment où les centres de santé s'inscrivent dans cette perspective, il est logique qu'ils perçoivent les rémunérations liées à ce type d'activités.

La modification du cahier des charges des complémentaires santé « responsables » vise à permettre une meilleure régulation des dépenses de santé. Ainsi, les dépassements d'honoraires définis comme abusifs par l'avenant n° 8 n'ont pas vocation à être couverts dans le cadre de contrats complémentaires. La loi fixera les critères, et sur cette base un décret, pris après négociation avec l'ensemble des partenaires concernés au premier trimestre de l'année prochaine, définira les règles applicables.

Je rappelle que les bénéficiaires de l'ASPA ont déjà droit à l'aide à la complémentaire santé : le texte vise simplement à leur faciliter le recours à ce dispositif. De la même façon, le projet de loi tend à simplifier l'accès de certains publics, notamment des étudiants isolés, à la couverture maladie universelle complémentaire. Ce sont là des avancées significatives.

L'impact du compte pénibilité, qui doit être mis en place dans le cadre de la réforme des retraites, sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) sera examiné dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion de la branche AT-MP. Ce sujet donnera lieu à une concertation avec les partenaires sociaux dans le courant de l'année 2014. Je vous rappelle que ce dispositif doit être mis en place en 2014 afin d'être opérationnel au 1^{er} janvier 2015.

Mme Fanélie Carrey-Conte. Le groupe socialiste souhaite faire trois observations.

Premièrement l'effort de maîtrise des comptes sociaux, qui doit permettre de ramener le déficit de la sécurité sociale au niveau qui était le sien avant la crise, est couplé à un choix politique clair, celui de préserver les droits des assurés, qui contraste avec les politiques menées ces dix dernières années. Il n'y aura donc pas de nouvelles mesures de déremboursement, mais au contraire une reconquête sélective de l'assurance maladie.

Deuxièmement, ce PLFSS est une première étape dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé, comportant des mesures très fortes qui s'inscrivent dans une

vision de long terme d'une politique de santé, de l'organisation de notre système de soins et des objectifs de réduction des inégalités en matière d'accès aux soins : la poursuite des expérimentations des nouveaux modes de rémunération, la généralisation du tiers payant, la réforme de la T2A, la généralisation de la complémentaire santé, etc.

Troisièmement, ce PLFSS s'inscrit dans une réflexion globale sur le financement de notre protection sociale, que vous avez entamée en commandant un rapport sur ce sujet au Haut Conseil de financement de la protection sociale.

Les interrogations du groupe socialiste portent sur trois points qui lui semblent fondamentaux.

Nous souhaiterions disposer d'une plus grande visibilité sur le futur projet de loi sur l'autonomie. Nous voudrions notamment que vous nous confirmiez que la CNSA sera bien abondée à hauteur de 600 millions d'euros en 2014 et que ces réserves ne seront pas affectées à d'autres fins qu'au financement de cette loi.

Nous souhaitons par ailleurs plus d'informations sur la généralisation du tiers payant au-delà des bénéficiaires de l'ACS.

S'agissant enfin de la généralisation de la complémentaire santé, il conviendrait de communiquer davantage sur le relèvement au 1^{er} juillet du plafond de ressources à ne pas dépasser pour bénéficier de la CMU-C et de l'ACS, qui permettra à 750 000 personnes supplémentaires de bénéficier d'une complémentaire santé. Nous voudrions également souligner la nécessité de réfléchir dès à présent aux modalités d'une généralisation de la couverture complémentaire au-delà des bénéficiaires de l'ACS.

M. Jean-Pierre Door. Ce débat est ubuesque : cela fait plus d'une heure et demie que nous sommes réunis, et nous ne disposons toujours pas du texte du projet, contrairement à ce que vous nous aviez annoncé, madame la présidente.

Mme la présidente Catherine Lemorton. J'ai au contraire exprimé mon insatisfaction sur ce point, monsieur Door.

M. Jean-Pierre Door. Avec vous, mesdames et monsieur les ministres, la sécurité sociale n'a pas fini d'être malade. Ce PLFSS laisse entier le problème du déficit de l'assurance maladie, en dépit des recommandations pressantes de la Cour des comptes qui vous indiquait pourtant des gisements d'économies potentielles, surtout dans la gestion des hôpitaux. Ce PLFSS souffre d'un encéphalogramme plat, très éloigné des beaux discours que vous teniez quand vous étiez dans l'opposition, madame la ministre, madame la présidente. Même la Mutualité française a fait connaître hier sa déception. Vos remèdes sont toujours les mêmes. Il s'agit encore une fois de s'attaquer aux laboratoires, aux radiologues, aux biologistes, alors que l'hôpital est à peine sollicité. Vous faites peser encore de nouvelles charges sur les ménages, qu'il s'agisse de la hausse des cotisations aux régimes de retraite ou de l'aggravation de la fiscalité pesant sur les placements préférés des Français. À cela s'ajoute le déplafonnement des cotisations pour le RSI : c'est encore une fois charger la barque des artisans et des professions libérales. Vous vous attaquez à la famille *via* la baisse du plafond du quotient familial. Enfin, vous fiscalisez les contrats collectifs. Les seules innovations sont celles votées sous la législature précédente : je pense par exemple aux nouveaux modes de rémunération ou aux maisons de santé.

Je voudrais par ailleurs vous rappeler, madame la ministre, que la majorité précédente avait exécuté un ONDAM à 2,5%, puis à 2,4%, dégageant ainsi des économies. Vous ne pouvez donc pas continuer à prétendre que nous n'avons rien fait.

M. Bernard Accoyer. Voilà bientôt deux heures que nous écoutons cinq ministres sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, sans pouvoir disposer du texte budgétaire le plus important dont nous ayons à traiter dans l'année : la Commission n'a jamais connu de conditions de travail aussi indignes.

Quant au fond, ce PLFSS engage notre pays dans un changement historique puisqu'il ne procède rien moins qu'à l'étatisation de notre système de soins.

M. Christian Paul, rapporteur pour la branche maladie. Les chars russes sont aux portes de nos établissements de santé !

M. Arnaud Richard. C'est la première fois, depuis que les lois de financement de la sécurité sociale existent, que la Commission n'a pas accès au texte du projet de loi.

Certes, tout n'est pas à jeter dans ce texte – cela dit avec toute la prudence que m'impose une information que j'ai dû aller chercher sur Internet. Peuvent ainsi être retenues les mesures en faveur des investissements des établissements de santé, *via* le renforcement des stratégies de territoire et des partenariats avec la Banque européenne d'investissement et la Caisse des dépôts et consignations. Ce sont là des orientations dont nous pourrions discuter dans un esprit constructif quand nous aurons une base de travail.

Ce qui apparaît clairement, c'est qu'une nouvelle fois, à rebours de vos promesses les plus récentes, vous alourdissez le plat amer de la charge fiscale avec une nouvelle hausse des prélèvements sociaux sur les gains issus des placements tels que l'assurance-vie ou l'épargne logement. À cela s'ajoutent une réduction des prestations familiales à destination des classes moyennes et le gel de la revalorisation des pensions de retraite. On n'ose imaginer ce que ç'aurait été si vous n'aviez pas annoncé une pause fiscale !

Ce qui nous frappe, c'est que faute de choix vraiment structurants, vous n'élaborez pas la démarche durable de refondation de la sécurité sociale dont les Français ont besoin. C'est vrai du financement de notre protection sociale : on continue d'alourdir le coût du travail et on racle les fonds de tiroir sans discernement ; on siphonne les fonds affectés à la dépendance au bénéfice du FSV. Cela se vérifie aussi pour le financement de la branche vieillesse et de nos régimes de retraite. Au lieu de véritables économies, vous ne proposez que des mesures de gestion ponctuelle. Loin d'engager un véritable projet alternatif, vous ne proposez que des économies marginales.

Vous êtes allés au plus facile en pilonnant le médicament : on attend près d'un milliard d'euros d'économies d'un secteur qui représente 15 % des dépenses de santé et supporte 56 % de l'effort d'économie. Les expérimentations que vous proposez ou que vous reconduisez ne laissent pas de poser question, notamment la dispensation des médicaments à l'unité : comment assurer l'information du patient sur les modalités d'utilisation et les contre-indications éventuelles ? Comment estimer l'impact d'une telle mesure sur les volumes vendus par les industriels et leur activité ? Cette expérimentation pose plus de questions qu'elle n'apporte de réponses.

S'agissant du parcours de soins, vos propositions de réforme restent au stade des balbutiements, alors qu'il est temps de passer à une autre étape. De même, le volontarisme affiché par le Gouvernement en matière de modernisation des établissements de santé pose question en termes de gouvernance et d'autonomie des hôpitaux, s'agissant de projets importants pour les territoires. On ne trouve aucune mesure susceptible de remédier aux déserts médicaux, aucune proposition de nouvelles synergies entre la médecine de ville et les hôpitaux, aucune solution globale susceptible d'éviter aux établissements de santé de devenir les otages d'une offre médicale fragilisée par l'absence de coordination.

S'agissant enfin de la réforme des rythmes scolaires, madame la ministre, les CAF bénéficieront-elles de nouveaux financements propres à assurer aux élèves des communes qui ont engagé la réforme dès cette année des activités pédagogiques de qualité ?

M. Jean-Louis Roumegas. Nous sommes conscients des contraintes budgétaires et nous mesurons la difficulté d'assurer le financement de notre protection sociale, à court terme mais surtout à long terme. Tout en approuvant en conséquence la volonté du Gouvernement de maîtriser le déficit des comptes de la sécurité sociale, en particulier de l'assurance maladie, nous ne pouvons pas nous contenter d'une approche strictement comptable. On ne peut pas séparer la question du financement d'une vision à long terme de la politique de santé publique. La crise budgétaire n'est que la conséquence d'une crise sanitaire. Dans le domaine de la santé comme dans celui du financement, il est grand temps de passer d'une logique curative à une logique de prévention. L'Organisation mondiale de la santé a souligné à quel point l'épidémie de maladies chroniques qui frappe les pays développés – cancers, maladies cardiovasculaires, obésité, diabète, allergies, pathologies respiratoires, maladies du système nerveux et maladies psychiatriques – met en danger leurs systèmes de santé. C'est à cela qu'il faut s'attaquer si on veut sortir tant de la crise sanitaire que de celle du financement. Songez que si le taux de maladies chroniques était resté inchangé depuis quinze ans, le déficit de l'assurance maladie serait nul. Une politique de prévention, seule à même d'endiguer cette épidémie, devra reposer sur deux piliers : l'éducation à la santé et une véritable politique de santé environnementale. Je rappelle que l'accord signé entre EELV et le parti socialiste en vue de la dernière élection présidentielle prévoyait que 1 % du budget des soins serait consacré à la prévention : on en est bien loin.

Le groupe Écologiste proposera par voie d'amendements des pistes pour financer la prévention des maladies liées à la pollution de l'air, ou encore pour dissuader la consommation de produits tels que l'huile de palme ou l'aspartame.

Les mesures proposées par ce PLFSS pour rationaliser la politique du médicament restent timides. Il est inacceptable que des médicaments jugés sans utilité thérapeutique par la Haute Autorité de santé ne soient pas remboursés, d'autant qu'ils coûtent souvent plus chers que les médicaments référents. Il faut que l'État reprenne la main sur une politique du médicament qui reste soumise aux logiques propres à l'industrie pharmaceutique.

Enfin, nous approuvons bien sûr les mesures que vous proposez pour favoriser l'accès aux soins, telles que l'extension du tiers payant. Le PLFSS gagnerait cependant à s'inspirer des conclusions du rapport de la sénatrice Aline Archimbaud sur l'accès aux soins des plus démunis.

Mme Dominique Orliac. Ce PLFSS 2014 ressemble au précédent, tout du moins en ce qui concerne le volet maladie. Les économies visent, cette année encore, le médicament, ce dernier constituant depuis longtemps la variable d'ajustement facile : alors que ce domaine représente 15 % du budget de la santé, il supporte plus de 50 % des économies des différents PLFSS. On en attendrait une recette de près d'un milliard d'euros : pouvez-vous nous le confirmer, madame la ministre ? Ces chiffres font de l'industrie pharmaceutique le premier contributeur aux économies de la branche maladie, alors que d'autres pistes d'économies auraient pu être explorées. À titre d'exemple, le décret d'application concernant la recommandation temporaire d'utilisation économique pour l'Avastin, qui coûte quarante fois moins cher que le Lucentis, premier poste de dépense de médicament en médecine de ville, aurait, après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), permis à l'assurance maladie de ne pas gaspiller 400 millions d'euros en 2012.

Pour le groupe RRDP, la politique de santé ne se limite pas à la gestion des crises sanitaires, à la surveillance des dépenses, voire à la limitation des dépassements d'honoraires

ou à une réforme de l'hôpital, qui n'a d'ailleurs toujours pas abouti : il faut avoir le courage d'une refondation nouvelle car les paramètres classiques de la santé ont changé. Cela s'impose d'autant plus dans le domaine du médicament que l'industrie du médicament est entrée en récession depuis 2012 : ce qui était déjà difficilement supportable pour un marché en croissance est devenu insupportable pour un marché en recul.

L'industrie de santé doit redevenir créatrice d'emplois et exportatrice et doit, d'après le Premier ministre, bénéficier d'une meilleure coordination entre les politiques publiques et les stratégies industrielles pour éviter un décalage de compétitivité dommageable sur le plan économique et scientifique.

La baisse du prix des génériques devrait être impérativement couplée au déplafonnement de la remise à 17 % afin qu'elle ne soit pas supportée uniquement par l'officine. Je rappelle le rôle important que jouent les pharmacies d'officine en matière de santé publique par leur maillage du territoire, notamment rural, et l'importance de la télé-médecine pour les pharmacies. Les mesures d'efficience à l'hôpital contribueront à l'effort financier tandis que l'ONDAM est fixé au taux historiquement bas de 2,4%, ce qui suppose 2,5 milliards d'euros d'économie par rapport à l'évolution spontanée des dépenses.

Quant à la fixation d'un objectif national de dépenses à 3% pour le médico-social, inférieur à celui de l'an passé, on peut se demander si cela permettra de couvrir l'augmentation des salaires et des prix.

Le groupe RRDP constate par ailleurs que le renforcement des soins de premier recours est affiché comme un élément important au regard de la stratégie nationale de santé. Le financement facilité des coopérations libérales, la généralisation des rémunérations des équipes pluriprofessionnelles et l'amélioration de la couverture maternité des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés seront donc des points clés pour le recentrage sur les soins primaires que vous proposez. Je me demande cependant, madame la ministre, si un engagement financier de 20 millions d'euros, ce qui représente un investissement relativement modeste, permettra de réaliser une restructuration de fond.

La réforme de la tarification à l'activité (T2A) annoncée de longue date et qui doit mettre fin au « tout T2A » contribuera, par l'évolution du financement des hôpitaux, à la définition d'un véritable service public territorial de santé, selon un mécanisme de dégressivité tarifaire que nous vous demandons de préciser.

Nous attendons de voir le tour que prendra l'examen de ce PLFSS, en espérant qu'il permettra à des réformes structurelles de voir le jour. D'ores et déjà nous saluons les mesures prises concernant l'aide au sevrage tabagique des jeunes et à la contraception des mineurs. Ne pensez-vous pas cependant que les mesures du projet de loi relatif à la consommation qui concernent directement la santé auraient dû être intégrées à ce PLFSS ?

Mme Jacqueline Fraysse. Je voudrais avant tout dire qu'il est impératif que le Gouvernement veille à créer les conditions d'un travail de qualité en commission, particulièrement lorsqu'il s'agit de textes de cette importance.

Au terme d'une analyse du projet de loi nécessairement incomplète, vu les circonstances, je voudrais souligner la présence de quelques mesures intéressantes, notamment en ce qui concerne les nouveaux modes de rémunération, la prévention – l'aide au sevrage tabagique ou la mise en œuvre du tiers payant pour les actes en lien avec la prescription d'un contraceptif à une mineure de plus de quinze ans par exemple – ou l'expérimentation de nouveaux modes de financement. Je m'étonne cependant que la T2A ne soit remise en cause qu'à la marge, bien en deçà des recommandations du rapport Couty, qui

faisait pourtant consensus. J'aimerais savoir, madame la ministre, quelle suite vous comptez donner à ces recommandations, élaborées après une large concertation.

Je m'étonne aussi que l'industrie pharmaceutique passe entre les gouttes, en dépit de la publication, il y a quelques mois, du rapport de la députée européenne Michèle Rivasi. Celui-ci révèle que la sécurité sociale française économiserait 10 milliards d'euros si les prix des médicaments étaient alignés sur ceux pratiqués dans le reste de l'Union européenne. Pouvez-vous nous dire pour quelles raisons vous n'exploitez pas un tel gisement d'économies ?

Enfin, je ne vous cache pas les inquiétudes que suscite chez nous l'évolution de l'ONDAM, notamment hospitalier, qui ne devrait progresser que de 3 % en 2014. Je note que le respect de l'ONDAM n'a pas empêché l'aggravation du déficit de la branche maladie en 2013 : cela prouve bien les limites de la maîtrise comptable des dépenses. Au regard des besoins en matière d'accès aux soins ou de la situation des hôpitaux publics, je m'étonne à cet égard de la sous-utilisation de 500 millions d'euros. Pouvez-vous nous éclairer, madame la ministre, sur les raisons de cet excédent pour le moins surprenant au regard de l'immensité des besoins ?

M. le ministre délégué. Dois-je rappeler à MM. Door et Accoyer les 160 milliards d'euros de déficits cumulés au titre des années 2002-2012 que nous avons trouvés à notre arrivée aux responsabilités ? Dois-je leur rappeler qu'au cours de la seule année 2010, en dépit d'une croissance de 1,5 %, le déficit s'était creusé de 4,5 milliards d'euros pour atteindre 28 milliards ?

Nous engageons une tout autre stratégie, celle d'un redressement des comptes sociaux que nous considérons comme la condition de la pérennisation et de la réinvention du modèle social français. En 2013, nous avons diminué le déficit de 1,3 milliard d'euros et nous prévoyons de le réduire de 3,4 milliards en 2014. La réforme des retraites et les mesures de politique familiale que nous vous proposons traduisent notre volonté de redresser les comptes sociaux. Je veux dire à l'opposition que nous n'aurions pas à modifier le plafond du quotient familial si nous n'avions pas trouvé à notre arrivée aux responsabilités un déficit de la branche famille de 2,5 milliards d'euros. De même, nous n'aurions pas à vous proposer des mesures pour réduire les dépenses de l'assurance maladie si l'ONDAM n'avait pas augmenté de 4 % en moyenne au cours des dix dernières années, alors que nous affichons un niveau de progression de l'ONDAM de 2,4 %, soit près de la moitié. Si nous poursuivons cette trajectoire de réduction des déficits, nous aboutirons à un déficit de 4 milliards d'euros en 2017, alors qu'il dépassait 20 milliards à notre arrivée : cela signifie qu'en un quinquennat nous aurons divisé par cinq le niveau de déficit du régime général et du FSV. Voilà la réalité des chiffres, au-delà des polémiques et des jeux de rôle partisans. L'effort d'économie prévu pour 2014 est très substantiel puisqu'il doit s'élever à 3,4 milliards d'euros. Il doit nous permettre de ramener le déficit à 12,8 milliards, alors que l'absence de croissance rend l'exercice plus difficile.

Telles sont l'équation que nous avons à affronter et la stratégie qui est la nôtre.

Mme la ministre déléguée chargée de la famille. S'agissant de la réforme des rythmes scolaires, il faudrait sortir de la caricature : la nouvelle convention d'objectifs et de gestion permettra d'affecter 850 millions d'euros sur cinq ans à la réforme des rythmes scolaires. Par ailleurs, des crédits sont disponibles dès cette année pour les communes qui se sont engagées dans cette réforme : celles-ci bénéficient d'ores et déjà, par enfant, de cinquante euros en provenance du budget de l'État et de cinquante-quatre euros de la Caisse nationale des allocations familiales, auxquels s'ajoutent quarante euros pour les zones spécifiques. Si je

comprends qu'il y ait des inquiétudes sur le financement, celles-ci ne doivent pas servir de prétexte pour refuser la réforme.

Mme la ministre. M. Door devra choisir sur quel terrain porter sa critique : soit notre projet de loi souffre d'un encéphalogramme plat, soit il se limite à reprendre les mesures mises en place par la droite ! Je n'ai pas souvenir que la droite se soit résolument engagée dans une politique de réorganisation de la médecine ambulatoire. Celle que nous proposons n'est en rien une étatisation ; c'est une restructuration autour des principes qui orientent la stratégie nationale de santé. La prévention, monsieur Roumegas, sera bien un axe fort de cette stratégie. Ainsi, la rémunération des professionnels de santé tiendra compte de deux priorités : les objectifs de santé publique et le travail en équipe.

Nous mesurons combien le financement de la protection sociale constitue un enjeu essentiel, madame Carrey-Conte. Il faut approfondir la réflexion pour trouver les moyens de maintenir un niveau élevé de protection sociale qui soit financièrement soutenable sans peser sur le seul coût du travail.

En ce qui concerne la T2A, madame Fraysse, les mesures proposées ne sont pas pour solde de tout compte : elles permettront l'engagement d'un processus, sur la base des premières recommandations du comité mis en place dans le cadre du pacte de confiance. Nous comptons bien poursuivre ce travail, notamment en approfondissant tout ce qui a trait à la rémunération forfaitaire de parcours de soins au sein de l'hôpital. Nous nous sommes concentrés cette année sur l'insuffisance rénale chronique, mais d'autres pathologies devront être prises en considération.

L'expérimentation de la dispensation à l'unité du médicament, monsieur Richard, vise précisément à trouver les moyens non seulement d'optimiser les dépenses, mais également de mieux réguler la consommation de médicaments, *via* notamment une meilleure information du patient. Si nous mettons le médicament à contribution, c'est que nos dépenses dans ce domaine restent supérieures à celles de la plupart de nos voisins européens. Il s'agit non pas de le faire contribuer de manière aveugle, mais d'avancer sur la voie d'une régulation.

Si nous ne pouvons pas encore aller plus loin dans la réduction de la dépense de médicament, madame Fraysse, c'est que son caractère excessif est dû à plusieurs facteurs. Premièrement, il y a en France moins de médicaments génériques, et c'est la raison pour laquelle nous vous proposons de créer un répertoire des biosimilaires. Deuxièmement, la France souffre d'une surconsommation de médicaments liée au comportement tant des prescripteurs que des assurés : ce sont des habitudes qu'il faut changer *via* notamment la formation des professionnels et l'information des patients. Troisièmement, les professionnels ont tendance en France à prescrire plus systématiquement de nouvelles molécules en première intention, même lorsque leur avantage thérapeutique n'est pas prouvé. On l'a vu pour les pilules de troisième et quatrième générations ; on le voit aujourd'hui pour les anticoagulants.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Encore une fois, je regrette, mes chers collègues, que nous ayons dû travailler dans de telles conditions.

La séance est levée à quatorze heures quarante-cinq.

Présences en réunion

Réunion du mercredi 9 octobre 2013 à 12 heures 30

Présents. – M. Élie Aboud, M. Bernard Accoyer, M. Pierre Aylagas, M. Gérard Bapt, M. Jean-Pierre Barbier, Mme Véronique Besse, Mme Gisèle Biémouret, Mme Kheira Bouziane, Mme Valérie Boyer, Mme Sylviane Bulteau, M. Jean-Noël Carpentier, Mme Fanélie Carrey-Conte, Mme Martine Carrillon-Couvreur, M. Gérard Cherpion, Mme Marie-Françoise Clergeau, M. Jean-Louis Costes, M. Rémi Delatte, M. Jean-Pierre Door, M. Dominique Dord, M. Richard Ferrand, Mme Jacqueline Fraysse, Mme Hélène Geoffroy, M. Jean-Patrick Gille, Mme Linda Gourjade, M. Henri Guaino, M. Jérôme Guedj, Mme Joëlle Huillier, Mme Sandrine Hurel, Mme Monique Iborra, M. Michel Issindou, M. Denis Jacquat, Mme Chaynesse Khirouni, Mme Conchita Lacuey, Mme Isabelle Le Callennec, Mme Annie Le Houerou, Mme Catherine Lemorton, M. Céleste Lett, Mme Geneviève Levy, Mme Véronique Louwagie, M. Gilles Lurton, M. Laurent Marcangeli, M. Pierre Morange, M. Hervé Morin, Mme Dominique Orliac, Mme Luce Pane, M. Christian Paul, M. Bernard Perrut, Mme Martine Pinville, Mme Bérengère Poletti, M. Arnaud Richard, M. Denys Robiliard, M. Arnaud Robinet, Mme Barbara Romagnan, M. Jean-Louis Roumegas, M. Gérard Sebaoun, M. Dominique Tian, M. Jean-Louis Touraine, M. Olivier Véran

Excusés. – Mme Gabrielle Louis-Carabin, M. Jean-Philippe Nilor, Mme Monique Orphé, M. Christophe Sirugue, M. Jonas Tahuaitu, M. Jean-Sébastien Vialatte

Assistaient également à la réunion. – M. Boinali Said, M. Pascal Terrasse