

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

- Suite de l'examen des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 (n° 4072) (M. Gérard Bapt, Mme Michèle Delaunay, M. Philip Cordery, Mme Annie Le Houerou, M. Arnaud Viala et Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteurs)..... 2
- Présences en réunion..... 49

Mercredi
19 octobre 2016
Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 6

SESSION ORDINAIRE DE 2016-2017

**Présidence de
M. Christian Hutin,
Vice-président
puis de
Mme Catherine
Lemorton,
*Présidente***



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 19 octobre 2016

La séance est ouverte à neuf heures trente.

*(Présidence de M. Christian Hutin, vice-président de la Commission
puis de Mme Catherine Lemorton, présidente de la Commission)*

Suite de l'examen des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 (n° 4072) (M. Gérard Bapt, Mme Michèle Delaunay, M. Philip Cordery, Mme Annie Le Houerou, M. Arnaud Viala et Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteurs)

Article 40 : *Expérimentation portant sur la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes de 11 à 21 ans*

La Commission examine les amendements identiques AS455 de Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie, AS334 de M. Francis Vercamer et AS396 de M. Rémi Delatte.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. L'amendement AS455 vise à étendre le bénéfice de l'expérimentation de l'accès aux psychologues cliniciens, aux enfants de six à onze ans, tout en maintenant la limite supérieure de vingt et un ans. Avec le Gouvernement, nous sommes convenus qu'il était opportun d'augmenter la taille de l'échantillon, car l'hétérogénéité des situations de l'adolescence et de la post-adolescence nécessite des études plus différenciées. Je vous propose par conséquent de passer d'un échantillon de 1 500 à 2 000 enfants. L'amendement satisfait donc la demande de ceux qui souhaitent que les plus petits soient concernés par l'expérimentation.

M. Denis Jacquat. Je n'aime guère le mot « échantillon » appliqué à des enfants !

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. J'en suis tout à fait d'accord, monsieur Jacquat ; il s'agit malheureusement d'un terme statistique qui a comme pollué mon expression.

M. Francis Vercamer. Je défends un amendement identique après avoir discuté non pas avec le Gouvernement, mais avec les professionnels qui estiment qu'il faut favoriser la détection et l'accompagnement précoce des enfants en détresse psychique afin qu'il soit plus facile de les soigner.

M. Rémi Delatte. Tout le monde comprend à quel point il est important d'ouvrir cette expérimentation dès le plus jeune âge. C'est d'ailleurs ce que recommande la Conférence nationale de santé – élément qui apporte du crédit à la disposition proposée.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Cher Monsieur Vercamer, je dois vous préciser que je me suis d'abord fondée sur mon expérience de statisticienne, puis sur mon analyse des échantillons et que si, enfin, j'ai négocié avec le Gouvernement, c'était pour obtenir son accord sur cette disposition dont nous partageons l'objectif.

*La Commission **adopte** les amendements.*

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la Commission rejette ensuite l'amendement AS6 de M. Dominique Tian.

Elle en vient à l'amendement AS93 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. La médecine préventive est très mal organisée et, surtout, la médecine scolaire française est l'une des plus mauvaises d'Europe : rencontrer un médecin scolaire relève, pour un adolescent, de l'exploit. C'est pourquoi les médecins libéraux – notamment les psychiatres – doivent pouvoir exercer au sein du système scolaire plus rapidement et plus efficacement qu'aujourd'hui.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Votre proposition serait excellente si elle ne détruisait pas complètement l'expérimentation qui est prévue. Face au petit nombre de psychiatres et en particulier de pédopsychiatres, il s'agit de savoir si la détection précoce d'une souffrance psychique par un psychologue clinicien peut, si elle est faite à temps, éviter le basculement vers la psychiatrie. C'est ce que nous voulons analyser. Si elles se révèlent bénéfiques, nous pourrions envisager le remboursement des interventions de ces psychologues cliniciens auprès des jeunes. Aussi prévoir l'intervention d'un psychiatre au préalable...

M. Dominique Tian. C'est en effet bien le but de mon amendement.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. ...n'a-t-il aucun intérêt. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine les amendements identiques AS227 de Mme Jacqueline Fraysse, AS432 de M. Rémi Delatte et AS440 de Mme Dominique Orliac.

Mme Jacqueline Fraysse. Je me félicite que, grâce à l'amendement que nous avons adopté, les enfants de six ans soient concernés par l'expérimentation prévue par l'article 40.

Nous proposons, au premier alinéa, de substituer au mot : « évalué », le mot : « identifié ». Il s'agit en effet d'élargir le spectre du repérage des troubles psychiques chez l'enfant et le jeune adulte et de créer ainsi les conditions pour que, dans un second temps, les troubles repérés soient évalués en vue d'un traitement.

M. Rémi Delatte. L'amendement AS432 poursuit le même objectif.

Mme Dominique Orliac. De même que l'amendement AS440.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. L'expérimentation, je viens de le dire, s'appuie sur un repérage précédant une prise en charge par un psychologue clinicien libéral. L'orientation sera décidée par un médecin – médecin traitant, pédiatre, médecin généraliste voire médecin scolaire – après une évaluation psychosociale de la situation et un examen somatique du jeune concerné. C'est la raison pour laquelle le terme « évalué » a été privilégié. Le repérage des jeunes en souffrance psychique prendra appui sur les recommandations de bonne pratique établies par la Haute Autorité de santé (HAS). Les référentiels de la Fédération française de psychiatrie, les travaux élaborés par le collège de médecine générale et les outils mis à disposition par Santé publique France permettront de faciliter, de consolider ce repérage. Avis défavorable.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. De nombreux rapports ont prouvé qu'il fallait intervenir tôt et sur le plus grand nombre de patients, et certains éléments montrent qu'il faut aller plus loin en matière d'expérimentation : tous les enfants devraient pouvoir, d'une manière ou d'une autre, accéder aux spécialistes ici mentionnés dans le cadre de la prévention et du dépistage.

À Lyon, la semaine dernière, aux assises concernant le handicap psychique des adultes, il a été rappelé que, en matière de santé publique, il est essentiel de promouvoir la prévention et le dépistage des troubles.

M. Gérard Sebaoun. À titre personnel, je suis assez favorable à cet amendement : il faut en effet identifier avant d'évaluer. Il me paraît par conséquent légitime que les acteurs mentionnés soient des identificateurs, l'évaluation étant réalisée dans un second temps.

M. Denis Jacquat. Je partage tout à fait l'opinion de Mme Carrillon-Couvreur : il faut aller plus loin et plus vite.

La Commission adopte les amendements.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS229 de Mme Jacqueline Fraysse, AS433 de M. Rémi Delatte, AS437 de M. Francis Vercamer et AS442 de Mme Dominique Orliac.

Mme Jacqueline Fraysse. Après l'identification vient le temps de l'évaluation, qui doit être réalisée par des spécialistes, en l'occurrence un pédopsychiatre ou un psychiatre. Il s'agit, je le dis en toute transparence, d'une recommandation de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés (FEHAP) qui est très compétente en la matière.

M. Rémi Delatte. Il est important d'intégrer le psychiatre, voire le pédopsychiatre, dans l'évaluation et la prise en charge de la souffrance psychique des enfants qui, je le rappelle, doit être réalisée le plus tôt possible.

M. Francis Vercamer. L'amendement AS437 est défendu.

Mme Dominique Orliac. Il en va de même pour l'amendement AS442.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. J'avoue mal comprendre la substitution des termes qui a été proposée précédemment puisque l'identification précède l'évaluation. N'y revenons pas.

L'expérimentation vise avant tout les psychologues cliniciens libéraux dont les consultations ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie, à la différence des consultations chez les psychiatres. Inclure ces derniers dans l'expérimentation reviendrait à modifier leur cadre de rémunération – forfaitaire –, ce qui ne me paraît pas être l'objectif poursuivi. Il doit y avoir un malentendu. Avis défavorable.

La Commission adopte les amendements.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Par ce vote, la Commission rend l'expérimentation prévue très difficile, beaucoup plus coûteuse, et la détourne de son but en

demandant à un psychiatre de procéder à une évaluation psychosociale. Je le répète : je crois qu'il y a un malentendu.

La Commission examine les amendements identiques AS434 de M. Rémi Delatte, AS436 de M. Francis Vercamer et AS441 de Mme Dominique Orliac.

M. Rémi Delatte. Dans le processus de prise en charge, il est important que les pédopsychiatres ou les psychiatres puissent, après évaluation, prescrire des consultations de psychothérapie ou de psychomotricité.

M. Francis Vercamer. L'amendement AS436 est défendu.

Mme Dominique Orliac. L'amendement AS441 l'est également.

M. Denis Jacquat. Je suis tout à fait d'accord avec ces amendements. Mais qui paie, à la fin ? Les parents, la sécurité sociale, les mutuelles ?

M. Gérard Sebaoun. Les psychothérapeutes sont mentionnés à l'alinéa 3. Or il est ici question de psychomotriciens, ce qui n'est pas tout à fait la même chose. Restons donc vigilants sur les dispositions que nous nous apprêtons à voter.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Ces amendements identiques mentionnent les psychomotriciens, variété particulière de psychothérapeutes, mais qu'il ne faut pas confondre avec les autres et qui traitent de signes pathologiques tout à fait identifiables – il s'agit, en quelque sorte, d'une niche au sein de la psychothérapie. Je suis donc tout à fait défavorable à l'idée de les inclure dans l'expérimentation. De la même manière, nous nous tromperions en utilisant le terme psychothérapeute qui englobe toutes les variétés de spécialistes : les psychologues, les psychiatres et, sans doute par abus, les psychomotriciens. Avis défavorable.

Mme Isabelle Le Callennec. Vous avez raison, madame la rapporteure : les psychomotriciens, c'est autre chose. Je prends à témoin les membres du groupe d'études sur la prématurité et les nouveau-nés vulnérables : vous connaissez les réseaux de périnatalité et le rôle des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP). Or les CAMPS, qui accueillent des enfants et qui peuvent prescrire des soins de psychomotricité, sont aujourd'hui saturés, si bien que les délais d'attente sont très longs et que certains professionnels de santé orientent les enfants qui ont besoin d'un accompagnement vers des psychomotriciens libéraux. Aussi Denis Jacquat a-t-il raison de demander qui paie. Quand on est adressé à un CAMPS, on est pris en charge ; mais lorsqu'on fait appel au secteur libéral, se pose la question du remboursement.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Je suis en plein accord avec Mme Le Callennec : l'accès aux psychologues cliniciens – faisons abstraction, quitte à le regretter, des psychomotriciens – peut-il être remboursé ? Nous allons dans le même sens.

La Commission rejette les amendements.

Elle en vient à l'amendement AS448 de la rapporteure Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. À l'alinéa 2, je propose de substituer au mot : « psychothérapeutes », les mots : « psychologues libéraux », afin d'éviter les confusions que nous venons de commettre.

Les psychologues libéraux sont des psychologues cliniciens installés en ville et dont, jusqu'à présent, la consultation n'est pas prise en charge ; il ne s'agit pas de psychologues qui pourraient travailler dans un hôpital, dans un centre médico-psychologique (CMP), bref, dans une institution publique.

M. Gérard Sebaoun. Prenons l'exemple d'un psychologue salarié travaillant dans un centre de santé : pourrait-il suivre les enfants qui lui seraient adressés ? Il semblerait que non, si j'entends ce que vous venez de déclarer, puisqu'il n'a pas le statut de libéral.

M. Dominique Tian. Si un établissement scolaire décide de l'embaucher, le psychologue devient salarié.

M. Jean-Pierre Door. Je ne vois pas pourquoi nous débattons de cette question. Nous avons, d'un côté, un pilier libéral et, de l'autre, un pilier public. Dès lors, un psychothérapeute ou un psychologue, qu'il exerce en tant que libéral ou en tant que salarié, a la possibilité de répondre à la demande qui lui serait faite. Pourquoi donc vouloir le préciser ?

Mme Isabelle Le Calennec. Je pense que les financements ne sont pas les mêmes. L'article 40 précise bien qu'ils proviendront – une fois de plus, et il faudra une véritable enveloppe – du fonds d'intervention régional (FIR), ce qui ne doit pas être le cas pour les psychologues du travail ou de la santé que vous citez.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Les uns et les autres ont les mêmes compétences. L'expérimentation prévue par le texte vise à déterminer si nous pouvons rembourser les actes des psychologues libéraux, cliniciens, installés en ville dans le cadre de la prise en charge précoce de la souffrance psychique. Il est vrai qu'il y a une ambiguïté : si la prise en charge est assurée par un psychologue travaillant dans un établissement quelconque, elle sera de même qualité, mais, si les cas sont nombreux, elle risque de biaiser la validité de l'étude.

M. Gérard Sebaoun. Comment s'effectuerait le remboursement dans le cas où un psychologue qualifié, exerçant dans un centre de santé, ne serait pas libéral, mais salarié ?

Mme Jacqueline Fraysse. Je me pose la même question : je n'ai pas bien compris la réponse de la rapporteure. Un psychologue salarié peut-il entrer dans le cadre de l'expérimentation prévue et être remboursé ?

M. Denis Jacquat. Il peut ne pas être remboursé !

M. Michel Liebgott. Je ne vois pas d'incompatibilité : dans les collectivités, les centres sociaux ou les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) embauchent des salariés à temps partiel. Or je ne vois pas ce qui exclurait qu'un temps partiel puisse être rémunéré selon les modalités présentement indiquées. Ces métiers n'exigent pas de ceux qui l'exercent qu'ils soient toujours à temps complet ; ils peuvent très bien être salariés de plusieurs structures sans totaliser un temps plein.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Sur le plan clinique, le fait que le psychologue soit libéral ou salarié ne modifie pas la qualité de la prise en charge, du moins le pensons-nous. Toutefois, sachant que cette expérimentation, dont on a porté l'échantillon à 2 000 unités afin que les conclusions en soient claires, risque d'être modifiée dans sa valeur pratique, faut-il rembourser les actes des psychologues cliniciens exerçant en ville ? Faut-il

prendre en charge leurs honoraires ? Si la part de psychologues salariés est trop importante, l'étude pourra en effet être contestable.

Il n'y a donc pas de contradiction clinique ou thérapeutique concernant la prise en charge, mais simplement le risque d'un détournement de la finalité de l'étude dont vous savez qu'elle ne doit avoir qu'un seul objet pour être la meilleure possible. Je poserai la question au Gouvernement afin que nous soyons éclairés, mais je pense qu'il est plus sage de nous en tenir à la rédaction actuelle.

Mme Jacqueline Fraysse. Je comprends maintenant l'explication de la rapporteure, mais je ne la partage pas. Je ne vois pas en quoi les psychothérapeutes non libéraux entacheraient la crédibilité de l'étude. Je voterai donc contre cet amendement.

Mme Annie Le Houerou. J'ai l'impression que c'est beaucoup plus simple que cela : l'objectif de l'expérimentation est d'ouvrir aux familles, qui ont de grandes difficultés à faire diagnostiquer et accompagner leurs enfants, la possibilité d'être remboursées lorsqu'elles ont recours aux psychologues exerçant en ville. Il faut donc soutenir cette excellente mesure qui répond à une demande.

La Commission adopte l'amendement.

Elle en vient aux amendements identiques AS94 de M. Dominique Tian et AS107 de M. Bernard Accoyer.

M. Dominique Tian. L'amendement AS94 vise à rappeler à nouveau le rôle du psychiatre qui doit établir le diagnostic, faute de quoi la qualité de la prise en charge s'en trouverait diminuée.

Aux termes de l'article 40 du texte, les consultations donnent lieu à un financement forfaitaire prélevé sur les crédits du FIR, lesquels diminuent de quelque 100 millions d'euros cette année. Combien coûte l'expérimentation ?

M. Bernard Accoyer. Le dispositif proposé est en effet plus important qu'il n'y paraît. La prise en charge des troubles psychiatriques est tout à fait insuffisante et montre une grande déficience dans de nombreux domaines : pédopsychiatrie, dépistage, urgences, gérontopsychiatrie, sans oublier la grande défaillance concernant les psychoses infantiles ou d'autres troubles souvent confondus avec elles. Or, en ne mentionnant pas le titre de psychiatre à cet endroit du texte – titre qui sanctionne une longue formation de docteur en médecine et de spécialiste ès troubles et maladies psychiatriques –, on apporte de l'eau au moulin de ceux qui accordent peu d'attention aux troubles de la psyché.

Pour avoir travaillé pendant douze ans sur l'usage du titre de psychothérapeute, je puis vous assurer que le vide en la matière est dramatique, la situation des familles et des malades ne l'étant pas moins. C'est pourquoi il est essentiel de professionnaliser la prise en charge, surtout lorsqu'il s'agit des jeunes, en mentionnant donc, en particulier, les psychiatres.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Si vous ne voulez pas vous laisser convaincre par mon explication, pourtant déjà simple et concrète, retenez celle de Mme Le Houerou qui a si limpide décrit ce que nous envisagions : une expérimentation destinée à établir si l'intervention des psychologues cliniciens auprès des familles en difficulté permet d'identifier la souffrance psychique dès le plus jeune âge et justifie donc que leurs consultations soient remboursées. Une fois encore, en utilisant le terme de

« psychothérapeute » et en ajoutant celui de « psychiatre » – dont la consultation est remboursée –, nous risquons de laisser les familles dans leurs difficultés et de ne pas identifier les souffrances des enfants qui, dès lors, ne seront pas pris en charge.

Si vous ne retirez pas vos amendements, j'émettrai un avis défavorable.

(Mme Catherine Lemorton, présidente de la Commission, remplace M. Christian Hutin à la présidence)

M. Bernard Accoyer. Je ne retire pas mon amendement, même si le travail des psychologues cliniciens est évidemment de grande qualité. En revanche, je retiens l'idée selon laquelle les actes de psychologie clinique, c'est-à-dire les actes dispensés par des psychologues cliniciens libéraux, devraient donner accès à un remboursement par l'assurance maladie. J'en profite pour dénoncer ce qui a cours dans certains établissements de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), où l'on facture les consultations des psychologues qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie – en soins externes, bien sûr.

M. Gérard Sebaoun. J'irai dans le sens de la rapporteure : on sait bien que, dans la filière habituelle de la psychiatrie, une prise en charge par le professionnel lui-même est prévue, ce qui revient à contrarier l'expérimentation puisqu'on veut l'ouvrir aux psychologues. Par prudence, je préfère que nous en restions à l'alinéa 3 tel qu'il est rédigé.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle examine les amendements identiques AS126 de Mme Jacqueline Fraysse, AS237 de M. Bernard Accoyer, AS435 de M. Rémi Delatte, AS439 de M. Francis Vercamer et AS443 de Mme Dominique Orliac.

Mme Jacqueline Fraysse. L'amendement AS126 propose de suivre les recommandations de la FEHAP et d'associer les psychomotriciens à l'expérimentation prévue, dans la mesure où ils peuvent aider les enfants à surmonter leurs souffrances psychiques.

M. Bernard Accoyer. C'est toute une population présentant des troubles praxiques, des troubles diversement exprimés, qui est ici concernée ; et l'on sous-estime l'importance des psychomotriciens pour traiter toute une série de troubles divers. Or un flou subsiste dans cette approche diagnostique qui se prolonge par une prise en charge inadaptée aux troubles présentés par ces enfants ou ces jeunes adultes.

M. Rémi Delatte. L'amendement AS435 est défendu.

M. Francis Vercamer. De même que l'amendement AS439.

Mme Dominique Orliac. Le rôle des psychomotriciens semble des plus importants dans la prise en charge de la souffrance psychique, voire de maladies mentales des jeunes. Aussi l'amendement AS443 est-il pertinent.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Le rôle des psychomotriciens est en effet essentiel dans l'accompagnement précoce des enfants. D'ailleurs, dans le cadre de l'équipe pluridisciplinaire, les CAMPS et les CMPP y insistent beaucoup. Si ces professionnels ne sont pas dans une relation de psychologues avec l'enfant, ils détectent rapidement les troubles

psychomoteurs qui, très souvent, accompagnent dyspraxies et dysharmonies, et qui nécessitent que les enfants soient suivis au plus vite.

M. Gérard Sebaoun. Le mot « ou », dans le texte des amendements, me gêne dans la mesure où la formation des psychomotriciens n'est pas la même que celle des psychologues mentionnés à l'alinéa 3. Nous avons choisi une expérimentation avec les psychologues, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux, mais diriger quelqu'un vers un psychomotricien requiert une évaluation préalable par un professionnel. En aucun cas le psychomotricien, dans le champ d'expérimentation que nous avons déterminé, ne peut remplacer le psychologue.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Le psychomotricien, nous l'avons dit, exerce aussi bien en ville qu'en milieu hospitalier. Il n'effectue pas seulement une prise en charge psychosociale globale, mais également une rééducation du corps – il corrige des troubles praxiques comme l'a sagement rappelé M. Accoyer –, alors que c'est, en amont, la souffrance psychique qui doit être identifiée. Le psychologue clinicien posera d'ailleurs peut-être un diagnostic suivant lequel il faut orienter le patient vers un psychomotricien, mais il ne faut pas situer ce dernier en amont, car nous modifierions ainsi l'intérêt de l'expérimentation dont le but devrait particulièrement satisfaire la droite comme la gauche. C'est de l'introduction de la médecine libérale dans cette prise en charge précoce de la souffrance psychique qu'il est question. Or l'adoption des amendements la dérouterait. Ce n'est pas faire offense aux psychomotriciens que de leur faire observer que leur prise en charge est spécialisée et suppose d'abord une identification.

La Commission rejette les amendements.

Elle en vient à l'amendement AS7 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Je propose la remise d'un rapport évaluant le montant d'une éventuelle prise en charge par l'assurance maladie du remboursement des consultations du psychologue pour le suivi des maladies mentales. Actuellement, ces consultations, souvent indispensables, ne sont remboursées que lorsqu'elles sont proposées dans un établissement public et non dans le cadre libéral.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. L'expérimentation prévue est bien une évaluation. C'est pourquoi le dispositif proposé est redondant. Le rapport de l'expérimentation est de nature à vous satisfaire – expérimentation que nous avons volontairement étendue pour qu'elle soit la plus lisible, la plus scientifiquement démontrée. Le rapport dont vous préconisez la publication n'ajouterait que des paroles.

M. Dominique Tian. Non, c'est une affaire complexe !

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. L'expérimentation faite par des professionnels est une base scientifique satisfaisante.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je vous rappelle que, l'année dernière, nous avons institué le couple psychologue-diététicien-nutritionniste pour accompagner les enfants en bas âge – de trois à huit ans – souffrant de troubles du comportement alimentaire. Les diététiciens-nutritionnistes figurent dans le code de la santé publique au titre des auxiliaires médicaux ; ils ont un rôle à jouer. Vous avez donc raison, madame la rapporteure :

tout cela sera évalué. Il ne faut pas oublier que, quand on met en place des remboursements d'actes, il convient d'établir une convention avec les professionnels concernés.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 40 modifié.

Article 41 : *Extension des missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)*

La Commission examine l'amendement AS335 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Cet amendement vise à supprimer l'article 41 qui autorise la délivrance de médicaments dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) en l'absence d'un médecin ou d'un pharmacien. Nous comprenons l'intention de l'article, qui est de rendre efficace la prise en charge des surdoses d'opiacés, et nous ne contestons pas la nécessité d'un accompagnement des usagers suivis dans les CAARUD. Cependant, la délivrance des médicaments est strictement encadrée pour des motifs de sécurité et de santé publiques tout aussi légitimes. Poser le principe de l'autorisation de la délivrance de médicaments dans les CAARUD constitue une extension des dérogations au monopole pharmaceutique ; en outre, nous ne disposons pas de précisions sur les produits concernés et sur les conditions de mise en œuvre de cette entorse. Il serait plus opportun d'améliorer la mise en réseau des centres d'accueil et des professionnels de santé, chacun ayant la possibilité de remplir ses missions dans un cadre pluridisciplinaire.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Pour l'assurance maladie vos réticences me surprennent, monsieur Vercamer : même l'ordre des pharmaciens a accepté cette dérogation. Les cas envisagés concernent des situations d'urgence. L'article vise en effet à permettre aux professionnels travaillant dans les CAARUD et spécialement formés, de délivrer de la Naloxone. Compte tenu du faible nombre de médecins dans ces centres, d'autres professionnels au contact des usagers et expérimentés, comme les infirmiers ou les travailleurs sociaux, pourront le délivrer selon des modalités précisées et encadrées par décret. Un travail sera engagé en vue de la rédaction des dispositions réglementaires. Je vous renvoie à mon commentaire d'article. Les personnes accueillies au sein des CAARUD présentent un sur-risque important de mortalité par rapport à la population générale et ne sont pas susceptibles de fréquenter d'autres structures, tels les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), dans lesquelles le produit peut être délivré par un médecin. L'article 40 apporte donc une réponse particulière et nécessaire aux CAARUD dont le public est moins inséré socialement et ne fréquente pas les CSAPA.

Mme Isabelle Le Callennec. Des médecins sont présents dans les CSAPA, où la prescription est donc possible, mais tel n'est pas le cas dans les CAARUD. Qui pourra prescrire ?

M. Jean-Pierre Barbier. En l'absence de médecin ou de pharmacien dans les CAARUD, la délivrance de médicaments pose les questions de la responsabilité et du suivi des patients. Lorsque l'on aura répondu à la situation d'urgence, ces patients ne seront pas suivis en milieu médical ou refuseront de le faire. L'urgence n'est pas un motif pour accepter cette dérogation, de telles situations pouvant d'ailleurs se produire pour des personnes allergiques. Cet article ouvre une porte sur un chemin dont on ne connaît pas l'issue.

M. Gérard Sebaoun. Cet article concerne les urgences respiratoires pour des personnes consommant des opiacés. Il s'agit de situations exceptionnelles d'urgence vitale pour lesquelles un médicament existe, et le texte renvoie à des dispositions réglementaires encadrant l'absorption de ce médicament dans le cadre des CAARUD.

M. Francis Vercamer. On essaie de répondre aux problèmes posés par le désert des soins en détournant les règles de la prescription de médicaments. Il serait préférable de déployer des équipes pluridisciplinaires dans ces centres ou de développer, à tout le moins, les liens avec les réseaux environnants. Je maintiens mon amendement.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Monsieur Vercamer, on parle là de situations d'urgence vitale ! Je vous suggère de vous rendre quarante-huit heures dans un CAARUD et vous verrez l'état de santé de cette patientèle. En cas d'insuffisance respiratoire, on n'a même pas le temps d'appeler le 15. Le maintien de règles intangibles – en l'occurrence la présence d'un médecin ou d'un pharmacien, engendrant par ailleurs des coûts pour ces structures – entraînerait la mort de certaines personnes. Ne vaudrait-il pas mieux assouplir ces obligations pour ces cas très spécifiques ?

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. En effet, l'article ne vise que les urgences vitales par overdose, et l'administration de l'antidote sera parfaitement encadrée et exécutée par des professionnels ayant l'habitude de la pathologie et de la prise en charge des malades. Une fois l'antidote administré, le patient sera bien entendu pris en charge, probablement dans un service d'urgences. Des progrès ont été accomplis pour limiter les morts par overdose et votre frilosité déraisonnable, monsieur Vercamer, empêcherait d'éviter des morts. Je trouve cette position totalement irresponsable.

M. Gérard Sebaoun. Les personnes susceptibles de faire face à des chocs anaphylactiques ont des kits prêts et les utilisent dans des situations exceptionnelles. Pour des situations exceptionnelles, il faut prévoir des réponses exceptionnelles.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Un pharmacien peut heureusement donner un aérosol à une personne faisant une crise d'asthme grave, même s'il n'a pas d'ordonnance sur lui. On parle ici de cas très précis où la survie est en jeu.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Pour un choc anaphylactique, un pompier ou n'importe qui sachant faire une piqûre peut intervenir.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 41 sans modification.

Après l'article 41

La Commission étudie l'amendement AS420 de Mme Isabelle Le Callennec.

Mme Isabelle Le Callennec. Cet amendement propose que, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remette au Parlement un rapport évaluant les mesures mises en œuvre pour lutter contre l'usage de substances illicites. Ce document détaillerait les politiques de prévention déployées par l'État, les financements de ces politiques et les dispositifs de prise en charge sanitaire et sociale ; il présenterait également les effets de ces mesures et leur coût.

La question de la consommation et du trafic de cannabis revient régulièrement ; deux collègues ont rédigé un rapport sur le sujet qui formulait des recommandations, mais on a l'impression que ce débat indispensable ne peut pas avoir lieu dans le pays. Il convient de le mener à partir d'éléments solides, et le législateur doit se saisir de cette question de santé publique avec beaucoup de sérieux. La loi de 1970 s'avère totalement inadaptée et n'est pas appliquée. La moindre des choses est d'accepter le débat, quelles que soient nos opinions ; celles-ci peuvent évoluer, comme l'a montré notre discussion après la présentation du rapport de nos collègues Anne-Yvonne Le Dain et Laurent Marcangeli.

M. Gérard Sebaoun. Les rapports parlementaires sont d'excellente facture, mais l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) produit de nombreux travaux extrêmement utiles depuis plus de vingt ans. Un nouveau rapport n'est donc pas indispensable. Une discussion politique portant sur le cannabis et ses problèmes de santé publique serait plus opportune.

Mme Isabelle Le Callennec. Beaucoup de rapports ont en effet été écrits, et il faudrait qu'on les compile et qu'on étudie les législations étrangères. Le législateur doit prendre ses responsabilités, car la situation n'évolue pas dans le bon sens et la loi n'est pas appliquée. Cet amendement vise à ce que le Parlement se saisisse de ce sujet !

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. C'est le Gouvernement que votre amendement propose de saisir, madame Le Callennec, et non le Parlement. Comme l'a dit M. Sebaoun, nous disposons déjà des données et des analyses nécessaires au débat. Mme Lemorton et moi-même avons réalisé une mission parlementaire de plusieurs mois au cours de la précédente législature : nous étions allées sur le terrain et avons étudié avec rigueur les publications scientifiques. M. Vaillant a également écrit un rapport sur le cannabis il y a cinq ans. Au cours de la présente législature, Mme Le Dain et M. Marcangeli ont rédigé un rapport. Des volumes entiers compilent des données scientifiques incontestées ! Nous pourrions prendre des mesures si nous le voulions, et nous avons dépassé le stade du rapport.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Madame Le Callennec, la mission à laquelle Mme la rapporteure a fait allusion regroupait des députés et des sénateurs et avait été mise en place à la suite d'un rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), publié en 2009, qui affirmait que les salles de consommation supervisées à moindre risque représentaient une solution pour une partie des toxicomanes en errance, et Mme Roselyne Bachelot, alors ministre de la santé, s'y était déclarée plutôt favorable. La mission avait constaté que ce dispositif pouvait être pertinent, mais la majorité d'alors n'a pas agi et il a fallu attendre la majorité actuelle pour avancer. Cette mission avait mis en lumière le problème que rencontraient les jeunes consommateurs de cannabis pour accéder à l'information et à la prévention, et c'est le Gouvernement actuel qui a pris des dispositions pour le résoudre dans la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Madame Le Callennec, il est faux de dire que rien n'a été fait, même si l'on n'a en effet pas débattu de la loi de 1970.

M. Jean-Louis Roumégas. Madame Le Callennec, si vous souhaitez un débat sur la question, déposez une proposition de loi légalisant le cannabis, et je la soutiendrai !

M. Arnaud Robinet. Mme Le Callennec ne dit pas qu'aucun rapport n'a été écrit sur le sujet, et nous saluons les différents rapports parlementaires, notamment celui sur lequel vous avez travaillé avec Mme Delaunay, madame la présidente. Toutefois, nous ne pouvons

pas en rester là, et il nous faut un débat serein et non idéologique. Ce sujet ne doit pas être abordé de manière partisane, car il pose des questions importantes de santé publique. On ne doit pas se focaliser sur les dimensions de légalisation et de dépénalisation ; le nombre de nos jeunes concitoyens consommant du cannabis augmente – le produit étant d’ailleurs souvent de mauvaise qualité. Il faut dépassionner le débat et agir.

La Commission rejette l’amendement.

Article 42 : *Création d’un fonds national pour la démocratie sanitaire*

La Commission est saisie de l’amendement AS181 de M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Il est préoccupant de qualifier la démocratie, car tout adjectif l’affaiblit. En outre, l’article 42 propose de renforcer le soutien financier à des organisations et à des associations alors que les comptes de la sécurité sociale n’ont pas été rééquilibrés, contrairement à ce qu’affirme la ministre de la santé. J’en souhaite donc la suppression.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l’assurance maladie. Monsieur Accoyer, comment la création du Fonds national pour la démocratie sanitaire peut-elle aller à l’encontre de la démocratie ? Cela me paraît incompréhensible. La création de ce fonds n’entraînerait pas de dépenses supplémentaires, puisque le financement des associations représentant les usagers du système de santé existe depuis la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2014. J’émet un avis défavorable à l’adoption de votre amendement, car il me semble que nous faisons, avec cet article, progresser la démocratie sanitaire.

M. Jean-Louis Roumégas. Je suis opposé à cet amendement, car les usagers du système de santé réclament de la transparence alors que tout devient plus technique, complexe et spécialisé.

Les usagers souhaitent également participer à la définition des protocoles de soins, notamment pour les maladies chroniques. Les médecins les plus modernes reconnaissent ce besoin ainsi que le rôle des accompagnants, et cet amendement oppose une vision dogmatique à ces évolutions.

Mme Chaynesse Khirouni. Je soutiens la position de Mme la rapporteure et m’avoue étonnée de cet amendement de suppression, puisque l’Assemblée nationale avait adopté dans le consensus une disposition prévoyant une réelle représentation de l’association des usagers. Je me félicite que la démocratie sanitaire reçoive des ressources spécifiques, car, comme l’a dit M. Roumégas, les associations d’usagers et de malades souhaitent être entendues pour partager leur expertise et leur expérience. Ce PLFSS prévoit, pour une fois, une traduction réelle et financière de l’engagement en faveur de la démocratie sanitaire.

La Commission rejette l’amendement.

Puis elle en vient à l’amendement AS9 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Le Fonds national pour la démocratie sanitaire doit publier un rapport d’activité afin que ses actions soient transparentes. La liste des associations éligibles est étonnante : l’association Consommation, logement et cadre de vie touchait ainsi 38 000 euros alors que son objet semble éloigné de la santé. Un rapport aiderait à contrôler ce fonds.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Je suis opposée à l'adoption de cet amendement, car le fonds n'a pas la personnalité morale et ne peut pas publier de rapport. Il faudrait demander à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) d'évoquer ce sujet dans son rapport d'activité, cette précision étant d'ordre réglementaire. L'alinéa 18 de l'article 42 dispose qu'un arrêté fixe la liste des bénéficiaires ainsi que les sommes attribuées. Votre demande se trouve donc satisfaite, monsieur Tian.

Mme Isabelle Le Callennec. Le collectif interassociatif sur la santé (CISS) sera le principal bénéficiaire du fonds avec une aide de près de 1 million d'euros. Ensuite vient l'École des hautes études en santé publique (EHESP), qui percevra 400 millions d'euros, alors qu'elle reçoit déjà bien entendu des fonds publics. Plusieurs petites associations recevront entre 15 000 et 250 000 euros – pour l'Association française des diabétiques. C'est un arrêté qui fixe en effet la ventilation de ces dotations publiques. D'autres associations œuvrant dans le domaine de la santé peuvent-elles demander à recevoir des fonds ? Comment ajoutera-t-on des associations à la liste ? Comment en retirera-t-on ?

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Les associations pourront en effet postuler auprès du fonds. L'EHESP recevra de l'argent dans ce cadre au titre de ses activités de recherche en santé publique, et je l'interrogerai pour connaître ses travaux en la matière.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine, en discussion commune, l'amendement AS447 de la rapporteure Michèle Delaunay et les amendements identiques AS336 de M. Francis Vercamer et AS362 de Mme Dominique Orliac.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Cet amendement est inspiré par le souci de transparence, que partage M. Roumégas, et qui doit concerner également les associations d'usagers. L'attribution du financement serait subordonnée à la transmission par l'association de l'ensemble de ses sources de revenus. Appelées à devenir un pilier du système de santé, les associations de représentants d'usagers sont fondées à bénéficier du soutien des pouvoirs publics sous réserve de la transparence sur les financements reçus par ailleurs.

Cet amendement est plus complet que ceux déposés par mes collègues, car il englobe tous les bénéficiaires et pas seulement les associations, et il tient compte des obligations fixées par la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations ; par ailleurs, les précisions relatives au financement par les entreprises pharmaceutiques sont déjà publiques – sur le site transparence.gouv.fr. La précision apportée par les autres amendements sur ce point est déjà satisfaite.

M. Francis Vercamer. Le Fonds national de la démocratie sanitaire s'inscrit dans le mouvement de renforcement des droits des associations agréées d'usagers du système de santé, amorcé par la loi de modernisation de notre système de santé. L'étude d'impact précise que ses ressources seront constituées d'un prélèvement annuel de 13 millions d'euros sur la part des droits assis sur le tabac affectée à la CNAMTS. On peut soutenir le développement de la démocratie sanitaire, mais il convient de l'accompagner et de l'encadrer. Cet amendement a pour objectif de garantir la transparence des liens financiers entre les associations et l'extérieur, ainsi que d'assurer une meilleure prévention des conflits d'intérêts potentiels.

Cet amendement prévoit que les associations bénéficiaires des crédits devront s'engager à communiquer la provenance de leurs ressources et de leur financement.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Cette disposition existe déjà, instituée par la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. Nous avons alors défendu un amendement prévoyant une déclaration à la Haute autorité de santé (HAS), que la loi de modernisation de notre système de santé a transférée au ministère de la santé. Cet amendement, voté à l'unanimité à la suite de l'affaire Mediator, obligeait les associations de patients à déclarer l'ensemble des fonds qu'elles recevaient de l'industrie pharmaceutique.

Mme Dominique Orliac. L'amendement AS362 vise à accroître la transparence et à prévenir les conflits d'intérêts potentiels.

M. Bernard Accoyer. Je soutiens ces amendements, car il s'avère toujours passionnant de connaître l'origine des fonds de certaines associations qui prétendent prendre une place importante dans la vie démocratique. Le montant des sommes attribuées à ces structures, LFSS après LFSS, commence à soulever certains problèmes qui exigent un contrôle. La transparence des financements est toujours utile, et nous aurions pu aller plus loin lorsque nous avons reçu M. Gilles-Éric Séralini, auteur d'une démonstration scandaleuse à partir de travaux pseudo-scientifiques et dont le financement provient de... la grande distribution !

Mme la présidente Catherine Lemorton. Monsieur Accoyer, nous avons eu un débat contradictoire et avons invité l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), qui n'y a pas donné suite.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. J'émet un avis défavorable à l'adoption des deux amendements identiques, dont les dispositions sont satisfaites par mon amendement qui concerne tous les bénéficiaires et pas seulement les associations.

M. Francis Vercamer. Je retire mon amendement et voterai celui présenté par Mme la rapporteure.

Mme Dominique Orliac. Je retire également mon amendement au profit de celui de Mme la rapporteure.

Les amendements AS336 et AS362 sont retirés.

La Commission adopte l'amendement AS447.

Puis elle adopte l'article 42 modifié.

Chapitre II – Promouvoir les parcours de santé

Article 43 : *Création d'un avantage financier durant le congé maternité ou paternité des médecins conventionnés secteur 1 ou adhérents au contrat d'accès aux soins*

La Commission étudie l'amendement AS356 de M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Tel qu'il est rédigé, l'article 43 s'avère gravement discriminatoire. Nous proposons donc que les femmes médecins, quel que soit leur secteur

d'exercice, bénéficient du progrès constitué par la meilleure prise en charge de leur maternité. Certaines spécialités ne peuvent être exercées qu'en secteur à honoraires libres compte tenu de l'évolution de la nomenclature, et il est stupéfiant que la ministre de la santé, qui n'a à la bouche que les mots de justice, d'égalité et d'équité, présente un article aussi discriminatoire.

M. Denis Jacquat. Je soutiens totalement l'amendement de M. Accoyer, car il n'existe pas deux types de femmes médecins, mais un seul. Que les tarifs soient opposables ou non ne doit pas entrer en ligne de compte pour l'assurance maternité. Toutes les femmes médecins partant en congé maternité doivent bénéficier du même traitement.

M. Jean-Louis Roumégas. Je soutiens l'amélioration des congés maternité pour l'ensemble des praticiens de santé. Pourquoi réserver cette mesure aux médecins ? Pourquoi ne pas l'étendre aux kinésithérapeutes ou aux infirmières libérales dont la situation est pire que celle des médecins au moment du congé maternité ?

M. Jean-Pierre Door. Le principe de protection des femmes médecins en congé maternité fait partie des discussions conventionnelles actuelles avec le directeur de la caisse. On voit mal comment on pourrait opérer une distinction entre les femmes médecins de différents secteurs. Toutes les femmes médecins en congé maternité doivent pouvoir bénéficier de ce régime.

Mme Dominique Orliac. Le texte permet une véritable avancée pour les femmes médecins enceintes, et toutes les femmes médecins devraient en bénéficier.

Mme Bérengère Poletti. L'article porte une vision partielle du congé maternité, et l'on a l'impression qu'il s'agit d'une opération de séduction envers une catégorie professionnelle maltraitée. Il y a un besoin pour cette catégorie professionnelle, mais il existe aussi pour d'autres catégories et d'autres secteurs. Cet article crée une véritable discrimination.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. En annonçant, à la grande conférence de santé de février dernier, la mise en place de ce forfait, Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, a souhaité limiter ce congé maternité rémunéré aux médecins qui en ont le plus besoin, c'est-à-dire à ceux qui ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires ou qui en pratiquent de modérés.

Les médecins exerçant en secteur 2 ne sont pas soumis aux mêmes contraintes. Mme la ministre a souhaité que la mesure ne dissuade pas les jeunes médecins de respecter les tarifs de responsabilité de l'assurance maladie. Voilà pourquoi les médecins de secteur 2 pratiquant des honoraires très élevés sont exclues du dispositif. Nous souhaitons inciter les médecins à respecter les tarifs de responsabilité.

Je ne serais en revanche pas opposée à l'extension de cette mesure à d'autres professions médicales ; ce pas sera franchi ultérieurement, mais nous ne pouvons pas l'accomplir dans ce projet de loi, l'article 40 de la Constitution nous interdisant d'introduire une charge supplémentaire.

M. Bernard Accoyer. Madame la rapporteure, les amendements déposés sont déjà passés au filtre de l'article 40 de la Constitution exercé par la commission des finances.

Vous avez évoqué une différence de traitement selon que les dépassements sont modérés ou importants. L'article 43 n'évoque pas cette distinction, et pour cause, puisqu'il

n'existe qu'un seul secteur à honoraires libres. Nous condamnons tous les dépassements excessifs, mais de nombreuses femmes exerçant la médecine libérale pratiquent des honoraires libres tout en mesurant avec responsabilité et tact leurs dépassements. Il n'est pas possible de les exclure d'une telle disposition, dès lors qu'on l'inscrit dans un projet de loi ; le Conseil constitutionnel ne manquerait pas de sanctionner cet article qui ne respecte pas le principe d'égalité.

M. Denis Jacquat. Madame la rapporteure, on a compris votre réponse lorsque l'on connaît les positions de Mme la ministre sur les secteurs 1 et 2. Cependant, on traite là d'un cas particulier, celui de la femme médecin et de son congé maternité, et il n'y a pas deux catégories sur ce point. Quant au critère de modération des dépassements d'honoraires, son appréciation est très subjective.

M. Gérard Bapt. Madame la rapporteure, si l'on distinguait les médecins pratiquant des dépassements d'honoraires en fonction de leurs revenus, on n'inciterait pas les médecins à participer à la réforme de l'organisation territoriale de la santé. Des médecins en secteur 2 appliquent des dépassements très limités et pris en charge par les mutuelles. J'appuie l'amendement de M. Accoyer.

M. Gérard Sebaoun. Le secteur 2 est unique, ouvert et à honoraires libres, et l'immense majorité des dépassements y sont modérés. On ne peut pas distinguer en fonction du secteur, mais bien du volume d'honoraires ; un médecin en secteur 1 peut avoir un volume d'honoraires considérable, alors qu'un confrère en secteur 2 peut en avoir un modéré. Cette distinction ne vaut pas, surtout pour la maternité.

M. Jean-Pierre Door. En votant le texte en l'état, nous trahirions la convention médicale signée il y a quelques semaines entre M. Revel et certains syndicats, qui confirme que la liberté d'installation concerne tous les médecins libéraux, qu'ils appartiennent au secteur 1 ou au secteur 2, sachant par ailleurs que la féminisation de la profession et la protection maternité n'ont pas été absentes de la négociation conventionnelle. Si nous ne voulons pas aller à contre-courant de la négociation conventionnelle, nous devons donc voter l'amendement de M. Accoyer.

Mme Jacqueline Fraysse. Pour ce qui me concerne, j'ai besoin d'un délai de réflexion supplémentaire. En effet, je considère que cet amendement mélange deux problématiques.

La première concerne le droit de toutes les femmes, quelles que soient leur profession et, si elles sont médecins, leur mode d'exercice, à disposer d'une protection maternité qui leur permette de donner naissance à des enfants dans de bonnes conditions : c'est d'abord une question de prestations sociales.

La seconde concerne l'installation des médecins libéraux, puisque la ministre nous a bien confirmé que cette mesure était une mesure incitative qui visait avant tout à favoriser ou à faciliter l'installation en libéral des médecins et notamment des femmes. Or je pense qu'il n'est pas forcément judicieux d'utiliser le congé de maternité comme un moyen d'incitation, car cela nous renvoie au débat sur la discrimination entre les médecins qui pratiquent des dépassements d'honoraires et les autres, et pose la question des autres professions libérales confrontées aux mêmes problèmes.

M. Jean-Pierre Door. Vous noterez cependant qu'elle n'est pas contre l'amendement !

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Cet amendement revient sur une mesure qui correspond pourtant très exactement aux annonces faites par la ministre lors de la Grande conférence de santé.

Par ailleurs, il ne s'agit pas de décider en vertu de son bon plaisir quels sont les « bons » médecins, mais d'appliquer des critères précis, à savoir l'exercice en secteur 1 ou en secteur 2, mais avec des honoraires maîtrisés, dans le cadre d'un contrat d'accès aux soins (CAS) ou, depuis la signature de la convention, dans le cadre de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM).

En ce qui concerne, d'autre part, le nombre d'heures, c'est aux partenaires conventionnels qu'il reviendra de moduler éventuellement l'aide selon le nombre d'heures souhaitées.

Dans ces conditions, je suis défavorable à cet amendement, tout en m'engageant à évoquer une nouvelle fois le problème avec la ministre, dans la perspective d'une nouvelle discussion en séance. Je veux bien entendre, en effet, que la maternité ne doit pas être utilisée pour pratiquer une politique incitative en matière d'installation.

Mme la présidente Catherine Lemorton. À titre personnel, je considère également que cette mesure devrait concerner l'ensemble des professions libérales – pensons en particulier aux infirmières qui sont sur la route toute la journée – et j'estime que la maternité n'a nullement à servir de levier d'incitation. J'ai conscience que mes propos ne contribuent pas vraiment à clarifier les débats...

La Commission adopte l'amendement.

M. Bernard Accoyer. C'est la première fois en quatre ans que l'un de mes amendements est adopté !

Mme la présidente Catherine Lemorton. Méfiez-vous néanmoins de la commission des finances, car l'extension du champ de cet article crée potentiellement des dépenses supplémentaires.

La Commission adopte l'article 43 modifié.

Articles additionnels après l'article 43

La Commission en vient à l'examen de l'amendement AS419 de Mme Annie Le Houerou, rapporteure pour l'assurance vieillesse.

Mme Annie Le Houerou, rapporteure. Cet amendement vise à renforcer l'attractivité de la médecine générale et propose une solution simple pour résoudre le problème du déficit des médecins dans certaines zones de notre territoire. Il étend aux médecins libéraux un dispositif de régulation à l'installation, qui existe déjà pour plusieurs autres professionnels de santé – pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, chirurgiens-dentistes ou orthophonistes, entre autres.

Il prévoit ainsi que, dans les zones définies par les ARS, en concertation avec les syndicats de médecins, où existe un fort excédent en matière d'offre de soins, un nouveau médecin libéral ne peut s'installer en étant conventionné à l'assurance maladie que lorsqu'un médecin libéral de la même zone cesse son activité. Le principe de la liberté d'installation, auquel je sais les médecins très attachés, demeure donc.

L'adoption d'un tel principe de conventionnement sélectif des médecins libéraux 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. En matière de lutte contre les déserts médicaux, il est en effet urgent de mobiliser l'ensemble des solutions qui ont fait leurs preuves, car l'Ordre des médecins lui-même est inquiet de l'évolution de la démographie médicale, notamment en médecine générale.

Le Gouvernement a donc mis en place des outils très incitatifs, notamment les bourses d'études, les maisons de santé pluridisciplinaires, les aides à l'installation ou la garantie de revenus dans les zones sous-denses, l'exonération de cotisations sociales ou les stages obligatoires auprès des médecins libéraux. Ces dispositifs ont contribué à l'amélioration des infrastructures d'accueil des futurs médecins libéraux sur l'ensemble des territoires, mais elles ne seront pleinement efficaces que dans un système mieux régulé. Il incombe désormais aux médecins et aux professionnels de santé de contribuer à une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire. Nous proposons donc cette mesure complémentaire afin que la politique déployée depuis cinq ans porte ses fruits.

Dans les Côtes-d'Armor, le nombre de médecins actifs est en baisse de 1,3 %, alors que la population augmente, elle, de près de 8 %, tout en vieillissant. En Ille-et-Vilaine, en revanche, le nombre de médecins actifs a augmenté de 8,1 % ; cela témoigne des disparités de situation importantes qui coexistent au sein d'une même région. Le dispositif que nous proposons permettrait de répartir au sein de la région ou du département les moyens et les médecins disponibles.

J'ajoute que, dans mon département, le nombre de médecins qui quittent la profession est deux fois plus important que celui des médecins qui s'installent, alors qu'un médecin qui part devrait être remplacé par trois médecins, dans la mesure où les jeunes médecins – et c'est normal – ne sont pas prêts à remplacer un médecin qui travaille de huit heures à vingt-deux heures, comme c'est actuellement le cas. Il faut donc impérativement que nous nous donnions les moyens de garantir, comme nous nous y sommes engagés, l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

M. Jean-Louis Costes. Je souscris à cet amendement, car nos territoires ruraux souffrent d'un réel déficit de médecins, et il est important d'étendre à ces derniers un dispositif qui a fait ses preuves avec d'autres professions, même si je ne suis pas certain que toutes celles que vous citiez aient fait l'objet d'une convention. Aujourd'hui, nous formons suffisamment de professionnels de santé, mais ils sont mal répartis sur le territoire.

Concernant les modalités de mise en œuvre du dispositif, vous faites référence au Pacte territoire santé : est-ce la même chose que le contrat territorial de santé mis en place par certains territoires ?

Par ailleurs, si le Gouvernement a mis en place certains outils incitatifs, ceux-ci ne fonctionnent pas, et l'on ne réglera pas le problème de la désertification en s'en tenant à ces seuls remèdes.

M. Gérard Sebaoun. Le diagnostic posé par Mme Le Houerou est exact, mais le traitement qu'elle propose est inopérant. En effet, si tous les travaux démographiques du Conseil de l'Europe montrent que nombre de nos territoires souffrent d'un déficit de médecins, penser qu'en dissuadant les rares jeunes médecins à envisager une carrière en libéral de s'installer dans des zones sur-denses où ils ne seraient pas conventionnés, on les incitera à s'orienter vers des zones sous-denses par effet de cliquet, est une erreur.

Lorsqu'on les interroge, en effet, ces jeunes médecins affirment ne plus vouloir la vie de leurs prédécesseurs dans les territoires ruraux, c'est-à-dire ne plus vouloir pratiquer la médecine vingt-quatre heures sur vingt-quatre ; ils disent également vouloir exercer à proximité d'un plateau technique et travailler en groupe ; enfin ils souhaitent que leur conjoint puisse, le cas échéant, trouver un emploi et que leurs enfants soient scolarisés dans de bonnes conditions.

Le problème que nous évoquons dépasse largement celui de la médecine libérale, dont le modèle fait aujourd'hui débat jusqu'au sein des organisations professionnelles. Il touche à l'appauvrissement généralisé de beaucoup de nos territoires, et je ne pense pas que cet amendement suffira à résoudre ce qui est un véritable problème de société.

M. Arnaud Robinet. Nous ne pouvons que constater que ce débat est transpartisan, ce qui montre que les questions de santé nous incitent à faire évoluer nos positions.

Nous nous entendons tous sur le diagnostic, à savoir que ce n'est pas le nombre de médecins qui est en cause, mais leur répartition. La désertification médicale a aujourd'hui plusieurs causes, qui ne sont pas les mêmes selon qu'on se trouve en milieu rural, urbain ou périurbain. Cela étant, je ne vois pas comment la ministre de la santé, qui a affirmé très clairement qu'elle ne souhaitait pas remettre en cause la liberté d'installation, pourrait soutenir un tel amendement, et il ne me semble guère possible de demander à de jeunes médecins, dont Gérard Sébaoun vient de rappeler les exigences en matière de pratique de la médecine, de s'installer dans des territoires dont l'État lui-même se désengage en retirant ses services publics.

Il faut avoir confiance dans les professionnels de santé et leur laisser le choix de s'organiser en réseaux interprofessionnels ou intraprofessionnels.

Il n'y a pas une solution, mais des solutions à la désertification médicale, et c'est la raison pour laquelle je suis hostile à cet amendement, qui propose une recette qui n'est pas la bonne.

M. Denis Jacquat. Le diagnostic posé par Mme Le Houerou est parfait, mais M. Sebaoun a bien détaillé les raisons pour lesquelles le traitement qu'elle proposait ne pouvait fonctionner.

Arnaud Robinet a par ailleurs rappelé que la liberté d'installation était un principe fondateur de notre médecine, et le remettre en cause dans le contexte actuel aboutirait à réduire le nombre de candidats aux études de médecine, et donc de médecins.

L'une des solutions qui fonctionnent actuellement est la création de maisons de santé pluridisciplinaires, que ce soit en milieu urbain, périurbain ou rural. C'est une des pistes à suivre pour vaincre les déserts médicaux. Par ailleurs, il s'agit d'un problème qui doit être résolu en concertation avec les syndicats de médecins et non au travers d'un amendement.

Mme Dominique Orliac. Il y a des mesures beaucoup plus pertinentes à mettre en œuvre que de s'en prendre à la liberté d'installation ; la ministre de la santé a été très claire sur le sujet.

D'ailleurs, les mesures mises en place par ailleurs commencent à porter leurs fruits. Dans le Lot – où le solde de médecins est positif – ou dans l'Aveyron, ces mesures fonctionnent, car le conseil départemental favorise l'attractivité des territoires. Il faut savoir se bouger ! Les jeunes médecins souhaitent aujourd'hui travailler en équipe et apprécient pour cela les maisons de santé pluridisciplinaires. Les conseils régionaux peuvent également mettre en place des centres de santé où les médecins qui le souhaitent sont salariés.

D'autres solutions consistent encore à faciliter les consultations avancées ou à améliorer la permanence des soins ambulatoires, en organisant des consultations assurées par des effecteurs mobiles pour les urgences et les déplacements incompressibles. Nous disposons enfin des contrats de praticiens territoriaux, qui permettent d'organiser la médecine à l'échelle du territoire et de l'adapter aux nouvelles pratiques des médecins d'aujourd'hui, qui ne veulent sacrifier ni leur vie sociale ni leur vie familiale.

M. Bernard Accoyer. Ce conventionnement sélectif remet en cause le principe de la liberté d'installation, dont on peut admettre qu'il soit critiqué lorsque les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins deviennent trop importantes. Je comprends donc parfaitement l'intervention de Jean-Louis Costes, confronté dans son département à une situation particulièrement douloureuse.

On a développé les raisons de la désertification, auxquelles j'ajouterai l'exode rural, mais également la dévalorisation des actes de médecine libérale, puisque, aujourd'hui, le C, c'est-à-dire la consultation en cabinet, a une valeur comparable à celle d'une coupe de cheveux.

En ce qui concerne les solutions, elles doivent reposer sur le volontariat, lequel devra lui-même s'appuyer sur les cabinets secondaires, le développement de la télémédecine, les maisons médicales pluridisciplinaires, voire sur une solution originale qui mériterait que nous en débattions et qui consisterait à ajouter au concours, à l'issue de la première année commune aux études de santé (PACES), quelques centaines ou milliers de places qui, dès le départ, seraient attribuées en contrepartie d'un certain nombre d'années d'exercice en zone sous-dotée.

Mme Bérengère Poletti. Je tiens à féliciter Mme Le Houerou et les députés cosignataires de cet amendement, qui revient sur un sujet que nous avons déjà abordé en 2007, lors de la discussion du PLFSS pour 2008, dans lequel Roselyne Bachelot avait introduit un article mettant en place un dispositif similaire. Cela avait jeté les étudiants en médecine dans la rue, soutenus par certains députés socialistes, tandis que quelques-uns, dans nos rangs, contestaient également la mesure.

Il s'agit donc d'un sujet extrêmement sensible, qui mérite sans doute plus qu'un simple amendement. Je voterai néanmoins celui-ci, car, dans mon département, la situation est si difficile que les médecins n'en peuvent plus, certains frôlant le *burn-out* ou arrêtant même leur activité.

Je suis donc choquée que l'on puisse dire qu'il suffit de « se bouger » : non, dans certains endroits, cela ne suffit pas ! Il est par ailleurs indécent de persister à laisser s'installer

des médecins dans des endroits où ils sont déjà trop nombreux, avec les conséquences que l'on sait sur les prescriptions : en effet, dans les zones sur-denses, les prescriptions ne sont pas toujours *ad hoc*, et les arrêts maladie sont, par exemple, beaucoup plus nombreux que dans les zones sous-denses.

Il importe donc de ne pas ignorer les territoires où le maillage médical est fragilisé au point que leur attractivité est quasiment nulle. Cette mesure doit évidemment s'accompagner d'autres, comme la mise en place de maisons médicales, mais elle est indispensable, et je voterai donc pour cet amendement.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Vos propos s'inscrivent de façon très cohérente dans la lignée des deux propositions de loi soutenues par l'opposition – celle défendue par Philippe Vigier en 2012 et celle déposée par Philippe Folliot le 18 février 2015, d'ailleurs cosignée par plusieurs membres de notre commission, notamment M. Costes, M. Aboud, Mme Poletti ou M. Vercamer –, qui allaient jusqu'à proposer la mise en place de mesures bien plus coercitives que celle proposée par Mme Le Houerou.

M. Jean Leonetti. Le principe de la libre installation est à mes yeux intangible. Par ailleurs, en médecine, comme en politique, quand les causes d'un problème sont multiples, il faut une multiplicité de réponses.

Près de huit médecins sur dix ne s'installent pas immédiatement après l'obtention de leur diplôme, ce qui montre bien que l'attractivité de la médecine générale libérale est assez faible, certains choisissant même des carrières administratives. Je ne suis pas certain dans ces conditions que les médecins que l'on empêche de s'installer dans des zones jugées sur-denses iront s'installer dans des zones désertifiées.

On l'a dit, les évolutions sociales rendent à la fois les patients et les médecins – femmes et hommes, jeunes et moins jeunes – plus exigeants sur la médecine qu'ils veulent. Cela exige selon moi que nous remettions à plat les mesures déjà mises en œuvre et que nous les évaluions.

La médecine libérale est ouverte à différentes évolutions, comme les consultations avancées ou les maisons de santé pluridisciplinaires. En revanche, ce que propose cet amendement ne peut que décourager les médecins d'embrasser une carrière de médecin généraliste, sans pour autant résoudre le problème des déserts médicaux, qui sont d'ailleurs souvent des déserts dans bien d'autres domaines que celui de la santé.

M. Jean-Pierre Door. Certains parlementaires suggèrent régulièrement de mettre en place un conventionnement sélectif, voire des mesures coercitives. Je rejoins pour ma part M. Sebaoun et Mme Orliac, ce qui confirme que c'est une question transpartisane.

Il faut savoir que les pays étrangers qui ont tenté de mettre en place l'obligation d'installation ont échoué, que ce soit l'Allemagne, l'Angleterre ou la Belgique.

Par ailleurs, nous avons reçu, avec Jean-Louis Costes, les représentants du Conseil de l'Ordre, les représentants des étudiants et des internes : tous sont opposés à ce principe et affirment qu'ils n'iront jamais s'installer là où ils ne veulent pas aller ; ils choisiront plutôt un autre métier que la médecine libérale. Les diplômés en médecine qui s'installent ont une trentaine d'années ; ils ont parfois déjà fondé une famille et sont moins malléables que de jeunes étudiants.

Enfin, les zones sur-denses sont en train de disparaître. En Île-de-France, la désertification a commencé, et le mouvement touche toute la France. Certes, vous m'objecterez les cas de Nice, Cannes, Antibes et la Côte d'Azur, mais, dès l'arrière-pays, la démographie médicale est problématique.

Prenons garde à ne pas mettre le doigt dans un engrenage néfaste qui poussera les étudiants à se tourner vers d'autres métiers ou à partir vers l'étranger – ils sont actuellement entre deux et trois cents par an à quitter la France.

M. Michel Issindou. La majorité a opté pour une politique non pas coercitive, mais incitative, qui a produit, j'en conviens, des résultats mitigés. Encore faudrait-il évaluer correctement les mesures prises.

En ce qui concerne celle que propose l'amendement, elle peut apparaître comme une solution tentante, mais beaucoup, avant moi, ont dit qu'elle ne conduirait pas les médecins qui ne le souhaitent pas à s'installer dans certains endroits et qu'elle risquait d'éloigner les praticiens de la médecine générale.

On peut, comme d'autres pays européens, faire le choix d'une médecine fonctionnarisée ou salariée, mais il me semble que le moment est mal choisi pour une telle réforme. Je ne doute pas que ce sera l'un des enjeux de la campagne présidentielle de 2017, mais la majorité doit, pour l'heure, rester cohérente et poursuivre sa politique incitative. C'est la raison pour laquelle je voterai contre cet amendement.

Mme Sylviane Bulteau. Poser un bon diagnostic, c'est bien, mais agir est encore mieux. Si j'ai cosigné l'amendement de Mme Le Houerou, c'est que nos territoires sont le théâtre de drames quand les personnes âgées ou les familles ne trouvent plus de médecins généralistes et que les pharmaciens sont obligés de fermer boutique. Une telle inégalité d'accès aux soins n'est plus supportable dans notre pays, d'autant que nous n'avons pas tout essayé pour lutter contre la désertification médicale.

Avant d'être députée, j'ai été une élue locale, et je peux témoigner que régions, départements et communes font tous des efforts pour attirer les médecins. Quant au contribuable, il finance les études de médecine, les maisons de santé et la sécurité sociale, sans obtenir au bout du compte le service pour lequel il paie.

Dans ces conditions, je ne vois pas pourquoi on ne demanderait pas aux médecins de venir s'installer dans les villes qui en manquent. À La Roche-sur-Yon, par exemple, ville de 53 000 habitants située dans un beau département, à proximité de la mer, les médecins ne sont plus assez nombreux, et la mairie envisage même de salarier deux médecins... qui seront donc à la charge du contribuable.

Avec cet amendement, qui est un signal adressé aux étudiants en médecine et à tous ceux qui s'occupent de la formation des médecins, nous tirons donc la sonnette d'alarme. Les maires ne doivent plus avoir à se rendre dans les facultés de médecine pour supplier les étudiants de venir s'installer dans leurs communes. Il faut, à un moment donné, oser taper du poing sur la table.

M. Jean-Louis Touraine. Les points de vue divers que nous entendons ne sont pas nécessairement irréconciliables. En effet, tout dépendra de la façon dont le décret d'application sera rédigé. Pour ma part, je voterai cet amendement, à la condition que le

décret ne fasse pas entrave à la liberté d'installation, laquelle n'est nullement remise en cause par cet amendement, puisqu'il n'oblige personne à s'installer ici ou là et qu'il ne ferme pas la totalité d'un territoire à l'installation.

Un décret définissant des zones très limitées dont la densité médicale est bien supérieure à la moyenne serait un service rendu non seulement à la population, mais aussi aux médecins, qui n'ont aucun intérêt à s'installer dans des zones largement sur-dotées où ils ne pourront exercer correctement leur métier.

Par ailleurs, il est du devoir de l'assurance maladie d'assurer l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. En ne conventionnant pas les praticiens qui choisissent de s'installer dans des zones sur-dotées, elle remplit donc son rôle, les médecins demeurant néanmoins libres de s'installer où ils veulent.

Le dispositif proposé est beaucoup plus souple et plus respectueux de leur liberté que les propositions qu'avait faites en son temps le Conseil de l'Ordre, qui prônait des mesures plus coercitives. Il me semble donc qu'une grande majorité des médecins peut s'y rallier, pour peu que le décret d'application fasse qu'il ne s'applique que dans des zones étroitement circonscrites et qu'il laisse au praticien la liberté notamment de créer des maisons de santé pluridisciplinaires, y compris dans des villes moyennes.

Quant à la proposition de M. Accoyer, qui suggère d'instaurer après la PACES un dispositif proche de celui qui existe pour les médecins militaires et qui obligerait en quelque sorte certains étudiants à s'acquitter de quelques années de « service public », elle est bonne, mais, dans la mesure où elle introduit une inégalité entre les étudiants, elle mérite d'être très précisément travaillée.

Mme Jacqueline Fraysse. Il n'y a pas une seule recette pour lutter contre l'aggravation de la désertification médicale. Je suis, pour ma part, opposée aux mesures coercitives et pense que nous devons poursuivre sur la voie de l'incitation, même si on en mesure les limites, malgré le manque d'évaluation systématique.

Je soutiendrai néanmoins cet amendement, car, comme Mme Poletti, il ne me paraît pas responsable que la puissance publique et les députés continuent d'accepter que des médecins s'installent dans des endroits où ils sont déjà trop nombreux.

Et ce n'est pas en employant les grands mots que l'on réglera le problème : il s'agirait – rien que ça ! – de porter atteinte à la liberté d'installation ! Mais ce n'est pas porter atteinte à la liberté d'installation que de dire aux médecins qu'ils peuvent s'installer où ils le veulent, à l'exception de telle ou telle zone précise.

Certes, M. Sebaoun a pointé la limite de cette disposition : les médecins qui ne s'installeront pas en zone sur-dense n'iront pas pour autant nécessairement s'installer en zone sous-dense. Il importe donc de trouver d'autres moyens à l'appui de cette démarche.

J'émettrai juste une réserve. Je sais d'expérience que les ARS sont des agences extrêmement autoritaires et technocratiques, où ne règne pas véritablement de démocratie sanitaire. Il me semble donc souhaitable que la définition des zones sur-denses ne soit pas laissée à l'appréciation de quelques technocrates. J'y tiens beaucoup.

M. Jean-Pierre Barbier. Cet amendement aura au moins eu le mérite de nous faire mesurer le nombre de médecins siégeant à la commission des affaires sociales.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Ici, il n'y a que des députés, monsieur Barbier.

M. Jean-Pierre Barbier. Les déserts médicaux ne sont pas uniquement situés en zone rurale, mais également dans certains quartiers sensibles. Mais que nous explique-t-on ? Que les médecins ont des exigences diverses et variées, qu'ils veulent notamment que leurs épouses puissent travailler et qu'eux-mêmes puissent exercer en toute sécurité. Je veux bien l'entendre, mais tous les gens qui travaillent ont ces mêmes exigences, et sont soumis à des contraintes dont on veut exonérer une catégorie professionnelle.

En ce qui concerne les maisons pluridisciplinaires, j'en ai inauguré un certain nombre : or, je n'ai rien contre les podologues, mais, bien souvent, dans ces maisons, lorsque le médecin généraliste appelle au secours, on voit surgir de leurs cabinets trois podologues... Ce n'est pas comme cela que l'on résoudra la question de la désertification et que l'on permettra aux médecins de travailler en toute sécurité. Je suis libéral et donc sensible aux arguments sur la liberté d'installation. Néanmoins celle-ci doit être encadrée.

Enfin, la responsabilité des organisations syndicales de médecins doit être posée. Cela fait des années qu'elles restent muettes face au problème. Si elles persistent à ne rien proposer, il faudra, un jour où l'autre, prendre des mesures de coercition pour que la population puisse se faire soigner partout.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je rappelle, monsieur Barbier, que les médecins actuellement formés sont en majorité des femmes – même si les dirigeants syndicaux sont pour l'essentiel des hommes. Certains ont donc des époux, d'autres des épouses qui souhaitent travailler. Votre propos est révélateur de la vision que vous avez des hommes et des femmes au travail !

M. Jean-Pierre Barbier. N'importe quoi !

M. Arnaud Viala. Je voterai en faveur de cet amendement, car on ne peut plus se contenter de réflexions, d'évaluations et de rapports, et encore moins de renvoyer aux territoires la responsabilité de leur aménagement médical. On crée parfois pour ce faire des structures très dispendieuses aux frais du contribuable sans qu'elles comportent le moindre professionnel de santé.

La question qui se pose est celle de la répartition de la population sur le territoire. Pour que les territoires réputés sous-denses demeurent peuplés, il est impératif que des professionnels de santé s'y installent.

D'autre part, le zonage, qui est effectué conjointement par les ARS et la CNAM, pose problème : bien souvent, la maille est trop grosse au point que des territoires sur-denses sont parfois regroupés avec des périphéries sous-denses dans une zone globalement réputée sur-dense, ce qui entrave l'installation d'infirmiers dans les secteurs déficitaires. La représentation nationale doit se prononcer sur ce point.

La mesure qui nous est proposée n'est que l'un des éléments d'un dispositif plus large qui vise à restaurer un équilibre. La sécurité sanitaire est le premier facteur d'attractivité des territoires ruraux.

J'ajoute un mot sur un sujet connexe : la pérennité des hôpitaux de proximité, sans lesquels la médecine libérale rurale ne pourra plus exercer. Les groupements hospitaliers de

territoires (GHT) ont actuellement ce débat : nous sommes loin du compte ! Il nous faut nous saisir de cette question.

M. Denys Robiliard. Nous partageons tous le diagnostic selon lequel la répartition territoriale actuelle des médecins est insatisfaisante ; en outre, la situation s'aggrave. La région Centre-Val de Loire possède la plus faible densité médicale et, dans mon département, 40 % des médecins atteindront l'âge de la retraite dans les cinq prochaines années, ce qui explique l'inquiétude de la population. De même, nous nous accordons sur un constat : des mesures ont été prises sur le plan national et local, qu'il s'agisse des maisons pluridisciplinaires de santé ou du contrat de médecine territoriale, par exemple ; elles sont utiles, mais insuffisantes.

La question de la liberté d'installation suscite des divergences de vues. J'observe cependant qu'il ne s'agit pas ici de la liberté d'installation, mais du droit au conventionnement. Pourquoi existerait-il un droit au conventionnement dès lors que l'offre de soins doit être adaptée partout sur le territoire ? Autrement dit, pourquoi la sécurité sociale serait-elle obligée de conventionner des médecins sur des territoires où leur installation n'est pas nécessaire ? Il me semble que l'acteur qui finance l'essentiel du système de santé doit pouvoir dire non et refuser d'aider les médecins à s'installer lorsque leur implantation n'est pas requise dans tel ou tel endroit.

En clair, s'il est vraisemblable que la mesure proposée produira des effets sur la liberté d'installation, il ne s'agit pas d'en mettre en cause le principe. En revanche, il ne devrait pas exister un droit au conventionnement ; c'est l'objet de cet amendement, dont la rédaction est plus délicate que celle que j'aurais envisagée.

M. Michel Liebgott. Cet amendement ouvre un débat important que nous devons enfin avoir sans tabou. Je suis choqué de constater que chacun peut se rendre sur tel ou tel site internet, Doctolib par exemple, et obtenir du jour au lendemain un rendez-vous pour effectuer une IRM du genou ou un scanner coronaire, par exemple, moyennant des tarifs cinq à six fois plus élevés – et sans remboursement par la sécurité sociale. Ces outils existent ; les pouvoirs publics ne sauraient se défaire de toute responsabilité en la matière.

Ce sont aujourd'hui les élus locaux qui se sont emparés de la compétence relative à la santé – comme c'est le cas de la communauté d'agglomération que je préside – et qui discutent avec les pharmaciens, les médecins et leurs représentants syndicaux. Certains proposent d'investir 2 ou 3 millions d'euros pour regrouper plusieurs pharmacies en une et inciter des généralistes à s'installer sur place sans qu'ils aient à payer de loyer : de telles initiatives sont intéressantes, mais elles ne peuvent pas se substituer à une politique de régulation, aujourd'hui inexistante.

Dans la région Grand Est, certains généralistes s'expatrient au Luxembourg pour avoir une situation plus tranquille que celle de médecin libéral en France. Dans le même temps, les habitants des grandes villes ont la possibilité d'obtenir un rendez-vous immédiat tandis que les patients affectés par des pathologies plus graves ne parviennent pas à en obtenir en province. Il arrivera un jour où nous serons contraints de prendre des mesures plus coercitives, car un véritable scandale sanitaire se prépare !

M. Philip Cordery. Nous débattons chaque année de cette question en y apportant des réponses multiples dont aucune n'est satisfaisante. Il arrive même qu'elles aboutissent à des situations absurdes, certaines communes décidant par exemple de financer les études en

Belgique de futurs praticiens en échange d'un engagement à s'installer sur leur territoire pendant quelques années. Les mesures individuelles ne sont pas la solution. Au fond, le véritable problème est celui du *numerus clausus*, qu'il faudra bien finir par modifier pour assurer l'égalité sur l'ensemble du territoire.

En attendant, la proposition qui nous est faite est équilibrée : elle concerne le conventionnement et n'affecte pas la liberté d'installation. C'est un dispositif qui a fait ses preuves pour d'autres catégories de professionnels de santé ; en outre, une consultation syndicale est prévue. Tout incite donc à adopter cet amendement judicieux.

M. Francis Vercamer. Nous nous accordons tous sur le diagnostic. J'y ajoute la remarque suivante : le problème de l'accès aux soins et des déserts médicaux est évoqué depuis le début de la législature, mais la ministre de la santé a subi un échec patent en la matière. Alors que la législature touche à sa fin, en effet, la question de la résorption des déserts médicaux est une nouvelle fois posée, comme lors de chacun des quatre PLFSS précédents.

Le nombre de médecins diminue en milieu rural et périurbain – au point qu'ils disparaissent parfois complètement. L'évolution de la démographie médicale ne fera qu'accentuer le phénomène, car de nombreux médecins approchent de l'âge de la retraite, ce qui risque de rendre plus difficile encore l'accès aux soins dans les dix prochaines années.

D'autre part, le secteur paramédical et la pharmacie dépendent du prescripteur, dont la disparition entraîne la désertification de ce domaine – alors même que ces acteurs sont tenus par une obligation d'installation imposée par les ARS. Autrement dit, on oblige désormais les acteurs paramédicaux à s'installer dans des secteurs dépourvus de médecins !

Il en résulte un encombrement des services d'urgences dans les hôpitaux, d'où un coût beaucoup plus élevé pour la collectivité, en particulier pour la sécurité sociale. Il faut en outre résoudre un problème de santé publique : en l'absence de médecins et d'acteurs paramédicaux dans certaines zones, les habitants ne peuvent plus y être soignés.

Je suis favorable à des mesures plus coercitives que celles, incitatives, qui ont été prises jusqu'à présent. Nous avons déposé une proposition de loi visant à obliger les médecins à s'implanter pendant trois ans, au terme de leurs études, dans des secteurs définis par l'ARS. Le présent amendement est intermédiaire, en quelque sorte : il est en partie coercitif puisqu'il suspend le conventionnement des médecins qui décident de s'installer dans des zones à forte densité médicale. Je voterai cette mesure de régulation.

M. Bernard Perrut. La liberté d'installation est un principe essentiel, et je comprends l'attachement que les médecins lui portent. À mon sens, toutefois, la profession de médecin n'est pas une profession comme une autre, et elle n'est pas de nature commerciale. Seul l'intérêt général doit en guider l'organisation à l'échelle nationale. Étant donné la raison d'être de cette profession – la vie, la mort et la santé des populations –, nous devons assumer nos responsabilités en la matière.

Je suis attaché au principe d'égalité de nos concitoyens devant la santé, qui s'applique d'ailleurs dans un autre domaine lié à la santé : l'organisation territoriale des services de secours, et l'impératif de proximité et de rapidité des interventions en milieu rural qui régit le maillage du territoire en centres de sapeurs-pompiers.

Au-delà de l’affichage de ce principe, il faut dépasser l’opposition entre milieu rural et milieu urbain, ou encore entre quartiers riches et quartiers pauvres. Dans certaines villes, les médecins sont concentrés dans tel ou tel quartier tandis qu’une vaste part de la population n’a pas accès à un médecin de proximité. Nous devons adopter une vision globale qui nous permettra d’aboutir aux solutions les plus adaptées. Je ne crois pas que les maisons médicales et l’organisation territoriale suffiront à résoudre le problème.

En outre, notre réflexion doit associer les groupements hospitaliers de territoires afin d’améliorer le lien entre l’hôpital et la médecine de ville sur les territoires aujourd’hui constitués, en impliquant l’ensemble des professionnels de santé. Une telle cartographie refléterait davantage les réalités à partir desquelles doivent être définies certaines exigences. Lesquelles ? Je n’ai pas la réponse à ce stade. Doivent-elles être draconiennes ? Je ne pense pas que nous devrions nous fixer cet objectif. Nous ne pouvons toutefois pas ignorer les difficultés actuelles ; attendre ne ferait que repousser le problème !

Mme Isabelle Le Calennec. En effet, nous avons ce débat à l’occasion de l’examen de chaque PLFSS. Le choix de l’incitation à l’installation en zone déficitaire prime encore. Il nous est proposé de ne pas conventionner les médecins qui s’installeraient en zone « surdotée », l’idée étant d’anticiper les départs en retraite qui s’annoncent dans les prochaines années.

L’intention est louable même si, comme le disait Mme Fraysse, le non-conventionnement n’empêchera pas les médecins de s’installer tout de même dans les zones en question. Il faut tenter l’expérience, étant entendu que la mesure qui nous est proposée ne l’est pas à titre expérimental, mais pour être inscrite dans le marbre de la loi.

Dans tous les domaines de l’action publique, le zonage présente des difficultés. L’amendement prévoit que les ARS se concerteront avec les organisations syndicales représentatives des médecins au plan national, mais ce n’est pas à cet échelon que la concertation doit avoir lieu ; c’est plutôt à un échelon inférieur, en l’occurrence régional. En effet, les résistances seront fortes au niveau national, comme souvent. Il faut donc non seulement associer les organisations syndicales représentatives au niveau régional, mais aussi les départements et les régions, car ce sont ces collectivités – dont certaines assument la compétence santé – qui sont les plus concernées par ces questions, s’agissant de la disparition d’un service au public. Plutôt que de cantonner la discussion aux ARS et aux organisations syndicales nationales, mieux vaut élargir le cercle, en y incluant également la caisse primaire d’assurance maladie, pour compléter l’équipe qui travaillera concrètement à la mise en œuvre d’une mesure qui, en effet, est un pas supplémentaire contribuant à réorienter les moyens en fonction des besoins.

Mme la présidente Catherine Lemorton. J’ajouterai que l’acteur principal, à mon sens, est le patient, car c’est lui qui finance l’ensemble du système et qui a besoin d’un médecin. Il est important d’entendre le désarroi et l’appel des habitants sur le terrain.

Mme Isabelle Le Calennec. Les collectivités l’entendent !

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Il est vrai que chaque PLFSS – peut-être depuis 2008, comme le rappelait Mme Poletti – est l’occasion d’un échange souvent animé sur cette question, qu’il ne faut pas aborder par la polémique. J’appelle tous nos collègues à garder raison : nous sommes tous ici conscients de la gravité de la situation.

Plusieurs étapes ont été franchies ces dernières années, et je me félicite du travail entamé récemment pour apporter des réponses concrètes sur les territoires, comme je peux en témoigner dans mon département – rural s’il en est. L’ensemble des acteurs de nos territoires sont désormais engagés au moyen d’une multitude d’initiatives pour attirer les professionnels de santé.

En ce qui concerne la « réflexion partagée » sur les territoires, certaines ARS, madame Fraysse, jouent pleinement le jeu. Nous devons passer un cap supplémentaire et créer un dispositif de régulation – c’est l’objet de cet amendement – qui permettrait d’apporter les réponses attendues par tous nos concitoyens. Toutes nos familles politiques devront formuler des propositions sur ce sujet pendant la campagne présidentielle. À titre personnel, je souhaite que nous avancions en adoptant cet amendement raisonnable afin de faire un pas de plus en vue de résoudre les difficultés que nous connaissons depuis quelques années.

M. Richard Ferrand. Cet amendement est moins audacieux que les recommandations que formule régulièrement la Cour des comptes, sans s’embarrasser de la question des départs en retraite et de l’existence éventuelle d’un « *fort excédent en matière d’offre de soins* ». La Cour n’est pourtant pas connue pour sa culture particulièrement étatiste ou ses penchants régulateurs.

D’autre part, comme l’a rappelé Mme Carrillon-Couvreur, plusieurs mesures d’incitation ont été prises ces dernières années et l’on constate ici et là qu’elles portent leurs fruits – mais insuffisamment. Le Gouvernement ne pourra désormais plus nous opposer l’idée qu’il vaut mieux convaincre que contraindre, car convaincre n’a permis que d’accomplir des progrès insuffisants. Il faut donc passer, même modestement, à un niveau de régulation supplémentaire.

Enfin, l’amendement prévoit qu’un décret en Conseil d’État fixe les modalités d’application de l’article : je vous propose que notre commission exerce une vigilance toute particulière afin que le décret soit pris dans les meilleurs délais, de sorte que la disposition puisse s’appliquer rapidement.

Mme Annie Le Houerou. Je constate que les membres de la Commission sont unanimes – à l’exception de M. Vercamer qui fait de la politique politicienne – quant à la qualité des mesures prises par le Gouvernement, en particulier par Marisol Touraine, qu’ils jugent positives, bien qu’insuffisantes.

J’entends dire que les syndicats de médecins pourraient résoudre le problème : chiche ! Nous disposons pour conduire ce travail de concertation de deux outils, les instances de concertation et les instances de démocratie sanitaire. Les contrats locaux de santé doivent permettre de résoudre la difficulté sur le plan territorial.

Nous devons également réfléchir à la formation des médecins. On ne peut certes pas les forcer à s’installer dans les zones sous-denses, mais ils accusent un déficit de connaissance de l’environnement institutionnel et social des territoires auquel il faut les familiariser pendant leur formation, afin de convaincre davantage de jeunes médecins de s’installer dans les zones en question.

De même, j’ai entendu dire que nous taririons les vocations : c’est faux. Les étudiants qui attendent sur le seuil des études de médecine sont très nombreux dans tous les territoires. Si le recrutement était plus ouvert et démocratique, les médecins seraient plus

souvent disposés à s'installer partout, y compris sur les territoires d'où ils viennent. Hélas, de nombreux étudiants souhaitant entreprendre un cursus en médecine se heurtent à une porte close.

La proposition qui vous est faite est très mesurée et préserve la liberté d'installation. Le non-conventionnement, qui concerne les professionnels relevant du secteur 3, se traduit en réalité par un remboursement par l'assurance maladie de 16 % des frais engagés par le patient. Les médecins auront donc toujours la liberté de s'installer, mais à des conditions de remboursement différentes.

M. Robinet accuse l'État de se désengager des territoires : au contraire, le Gouvernement a beaucoup travaillé sur ce sujet à l'occasion des assises de la ruralité et a pris des mesures en matière d'éducation et de présence des services publics en milieu rural et dans les zones périphériques et urbaines concernées. La question médicale est demeurée une priorité.

En clair, cet amendement mesuré préserve la liberté d'installation et instaure un conventionnement sélectif qui, à mon sens, apporte une pierre supplémentaire au rééquilibrage de la répartition territoriale des médecins.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Nous sommes à un moment crucial du débat. Tout d'abord, cet amendement n'établit aucune distinction entre la médecine générale et les spécialités. M. Door prétend qu'il n'existe plus de zones sur-denses ; au contraire, il existe des zones farouchement sur-denses, en particulier dans certaines spécialités. Il se trouve à Bordeaux une rue des urologues – comme il existait autrefois une rue des tanneurs ou une rue des cordeliers – alors que pas un seul urologue n'était, jusqu'à une période récente, installé dans tout le département de l'Allier !

Le zonage, ensuite, est une tâche ardue relevant des ARS, qui doit tenir compte des spécialités et du caractère des territoires – urbain ou rural.

Au fond, M. Robiliard a raison : il n'existe pas de médecine purement libérale, puisque le secteur dans son ensemble dépend d'un financement public. C'est donc le conventionnement qui régleme son fonctionnement. La sécurité sociale n'est pas tenue de déconventionner ; si elle refusait le conventionnement en zone sur-dense, les médecins, en particulier les spécialistes, accepteraient cet état de fait, et nous ouvririons ainsi la porte à une médecine à deux vitesses.

Enfin, nous avons beaucoup parlé de démocratie sanitaire. J'ai reçu l'ensemble des ordres médicaux avec lesquels je n'ai pas pu aborder cet amendement, qui n'était pas encore déposé. Prenons garde à ce que son adoption ne suscite une réaction d'autant plus vive qu'aucune concertation n'a été conduite sur le sujet.

Dans ces conditions, je propose à Mme Le Houerou de retirer son amendement.

Mme Annie Le Houerou. Compte tenu du nombre important de signataires de l'amendement et de parlementaires qui le soutiennent, je le maintiens.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Dans ce cas, j'émetts un avis de sagesse.

La Commission adopte l'amendement AS419.

La Commission en vient à l'examen de l'amendement AS219 de Mme Catherine Lemorton.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Cet amendement vise à instaurer un parallélisme des formes entre les différents professionnels de santé qui signent une convention avec la caisse nationale d'assurance maladie et d'autres régimes obligatoires. Il y a plus de dix ans, en effet, les pharmaciens sont entrés dans le système conventionnel. Or leur mode de rémunération a été modifié dans les années suivantes.

Les organisations syndicales représentatives, notamment celles qui sont majoritaires, peuvent s'opposer aux avenants à une convention passée entre une profession de santé et l'assurance maladie. Jusqu'à une date récente, cette possibilité était refusée à la profession des pharmaciens au motif que leur rémunération était liée à une marge réglementée sur le médicament. Le mode de rémunération des pharmaciens a beaucoup évolué à leur demande sous cette législature, de sorte que cette rémunération dépend désormais davantage de leurs prestations de santé publique, par exemple le suivi de telle ou telle pathologie, auxquelles s'ajoute l'honoraire valorisant la qualité de la dispensation des médicaments. Dès lors, leur rémunération dépend désormais pour l'essentiel des actes, comme c'est le cas de nombreuses autres professions de santé.

Les pharmaciens demandent donc que leur soit ouverte la possibilité pour un syndicat majoritaire de s'opposer à une convention, et l'instauration du filet d'un éventuel règlement arbitral, comme cela se pratique chez les médecins et les sages-femmes. Il ne s'agit aucunement de révolutionner le mécanisme de la convention, mais simplement de donner les mêmes droits à la profession de pharmacien. À cet égard, je rappelle que la première convention signée par cette profession en 2006 imposait à tout pharmacien d'officine de participer aux gardes sur l'ensemble du territoire national, alors même que la profession de médecin avait été collectivement exonérée de cette obligation en 2003 ; la gestion du système de santé est parfois particulière, voire ubuesque.

M. Jean-Pierre Barbier. Après les médecins, les pharmaciens ! Si la désertification médicale existe, la désertification pharmaceutique a commencé. Après quatre PLFSS imposant une économie de 4 milliards d'euros dans le secteur du médicament, c'est toute la chaîne qui est affectée, y compris le maillon de la pharmacie. Certains de nos collègues défendent les pharmaciens d'officine sur les territoires ; qu'ils les défendent ici aussi en votant contre ce PLFSS mortifère pour leur profession !

La rémunération des pharmaciens dépendrait pour l'essentiel des honoraires : je ne peux croire que vous teniez un tel propos, madame la présidente ! C'est complètement faux, et vous le savez pertinemment.

Suite aux dernières élections professionnelles, deux syndicats représentent les pharmaciens. L'instauration par votre amendement d'un droit d'opposition majoritaire reviendrait en réalité à donner le pouvoir à l'un de ces deux syndicats seulement. Pire, cet amendement n'a pas donné lieu à une concertation avec les syndicats de pharmaciens qui, en cas de désaccord concernant la convention, devraient s'en remettre à un règlement arbitral – autrement dit au pouvoir d'un seul syndicat.

Dans le cas particulier de la profession de pharmacien, dont la rémunération ne dépend pas pour l'essentiel des honoraires et qui est représentée par deux syndicats, personne – y compris le directeur de l'assurance maladie – ne comprend l'intérêt de cet amendement,

qui s'apparente à un cavalier législatif sans rapport avec les négociations conventionnelles entre la profession et l'assurance maladie.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Ce n'est nullement un cavalier : la même mesure a été adoptée pour d'autres professions dans le cadre du PLFSS.

Mme Sylviane Bulteau. Je n'approuve pas du tout l'analyse de M. Barbier concernant la désertification pharmaceutique : là où il n'y a plus de médecins, les pharmaciens ne parviennent généralement pas à maintenir leur officine. Comme leurs camarades de médecine, les étudiants en pharmacie lorgnent sur d'autres manières d'exercer leur métier que la seule voie de l'officine.

Sans doute faudra-t-il ouvrir le débat sur l'installation des pharmaciens à l'occasion de la campagne électorale : ils demeurent tenus par une obligation d'installation, comme dans les années 1950, alors que les modes de vie ont changé. La pharmacienne de l'une des communes de ma circonscription a quitté le bourg pour s'installer dans la galerie commerciale d'un supermarché, ce qui lui a valu une radiation de l'ordre. Elle va devoir se résoudre à licencier ses quatre salariés alors qu'elle ne fait de tort à personne. Les pratiques actuelles de mobilité sont telles qu'il est désormais possible de s'arrêter dans un supermarché pour acheter des médicaments – en officine et non en rayon, s'entend.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Il ne s'agit pas de privilégier tel ou tel syndicat ; la question consiste à savoir qui prend la main en cas d'échec de la négociation de conventionnement. Je propose que l'on s'en remette à un règlement arbitral. Mme la ministre a d'ailleurs prévu un mécanisme en cas d'échec – que je ne souhaite pas – de la renégociation prochaine de la convention des chirurgiens-dentistes. Autrement dit, il n'est pas question de défendre les intérêts à court terme d'un syndicat, d'autant que, dans le monde professionnel, les majorités changent. Si vous estimez qu'une autre solution que le règlement arbitral est préférable en cas d'échec de la négociation conventionnelle, monsieur Barbier, ne vous gênez pas pour présenter en séance un amendement à cet effet : je l'accepterai !

Mme Dominique Orliac. Apparemment, les syndicats n'ont pas été consultés sur cet amendement. Or il empêchera toute discussion et tout accord, puisque le syndicat majoritaire sera en mesure de bloquer le processus à lui seul. Au contraire, les pharmaciens souhaitent que les deux syndicats s'entendent plutôt que l'un d'entre eux décide de tout. De plus, le directeur de l'assurance maladie ne juge pas opportun pour les pharmaciens le recours au règlement arbitral. Enfin, s'agissant de la désertification pharmaceutique, il faut revoir le contenu des métiers et donner un rôle sanitaire plus important aux pharmaciens.

Je constate que Mme Le Houérou a profité du présent débat pour faire adopter le précédent amendement, alors que la question a fait l'objet d'une longue discussion lors de l'examen du projet de loi relatif à la santé. Il s'agit pourtant d'un vaste sujet sur lequel on ne saurait trancher après une heure d'échanges décousus.

Mme la présidente Catherine Lemorton. À entendre M. Barbier et Mme Orliac, on croirait presque que le syndicat majoritaire le restera à jamais ; pourtant, la majorité peut s'inverser ! Quel est votre avis, madame la rapporteure ?

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Cet amendement paraît à première vue de simple bon sens : on comprend mal, en effet, pourquoi le droit

d'opposition majoritaire et le règlement arbitral s'appliquent aux conventions conclues par les médecins et les sages-femmes, et non par les pharmaciens.

Notons cependant les différences qui caractérisent la profession de pharmacien : contrairement aux autres professionnels de santé, elle n'est représentée que par deux syndicats, l'un ayant obtenu 48 % des suffrages et l'autre 43 % – aucun des deux ne dispose donc de la majorité.

D'autre part, j'ignore leur position sur cette mesure, même si je peux m'engager à les recevoir avant l'examen du texte en séance.

Pour ces raisons, je vous propose de retirer l'amendement et de demander en séance l'avis de la ministre.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je préfère le maintenir et le soumettre à l'avis de la commission ; nous verrons ensuite ce qu'en dira Mme la ministre. Je serais ravie que vous auditionniez les syndicats et que vous leur posiez la seule et unique question qui vaut : que fera la profession – nonobstant sa représentation syndicale – en cas d'échec de la négociation conventionnelle ?

M. Jean-Pierre Barbier. Comme l'a indiqué Mme la rapporteure, l'un des syndicats représente 48 % des voix et l'autre 43 % ; autrement dit, aucun des deux n'est majoritaire. Cet amendement permettra donc de fait au syndicat ayant recueilli le plus de voix de décider pour l'ensemble de la profession, alors qu'il n'est pas majoritaire.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. En effet, il faut plus de 50 % des suffrages pour être majoritaire ; ce n'est pas le cas actuellement.

Mme la présidente Catherine Lemorton. La comparaison du nombre d'adhérents, en revanche, produirait un résultat indiscutable...

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. J'é mets un avis de sagesse.

La Commission adopte l'amendement AS219.

Après l'article 43

La Commission passe à l'amendement AS339 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Cet amendement vise à ce que les mesures conventionnelles fassent l'objet d'études d'impact, car elles s'accompagnent souvent de lourdes incidences sur les établissements de santé. Il est donc important que ces dispositions soient évaluées *a priori*. Les hôpitaux, par exemple, devront prochainement appliquer plusieurs dispositions ayant un fort impact sur leurs ressources financières et humaines, comme les accords relatifs à la durée du travail et aux conditions d'exercice des urgentistes, la revalorisation du point d'indice dans la fonction publique hospitalière ou encore la réforme du temps de travail des internes. Pour garantir un pilotage efficace, il faut que les responsables de santé aient une vision d'ensemble, en amont comme en aval, des négociations et des décisions conventionnelles qui les concernent. C'est pourquoi le présent amendement vise à prévoir la transmission d'une étude d'impact des mesures conventionnelles qui ont des répercussions importantes sur le pilotage et la gestion des établissements de santé, à l'image de ce qui se fait pour la loi.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Avis radicalement défavorable : je ne saisis pas l'intérêt de fournir une étude d'impact après la signature d'une convention, puisqu'elle n'aura aucun effet sur les mesures adoptées. De plus, qui réalisera cette étude ? Les partenaires conventionnels ne disposent sans doute pas des outils nécessaires pour effectuer leur auto-évaluation. Enfin, pourquoi cette étude d'impact ne porterait-elle que sur les activités hospitalières et médico-sociales ? Je ne vois aucun argument décisif qui pourrait nous inciter à adopter cet amendement.

La Commission rejette l'amendement AS339.

Puis elle examine l'amendement AS422 de Mme Isabelle Le Callennec.

Mme Isabelle Le Callennec. Il est important que les mesures conventionnelles à venir, qui auront de fortes répercussions pour le pilotage et la gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux, puissent faire l'objet d'un avis préalable des fédérations hospitalières et médico-sociales représentatives, publiques et privées, dans le cadre des concertations précédant le mécanisme d'approbation tacite ou d'opposition expresse du ministre chargé de la sécurité sociale. Il est utile, en effet, de prévoir une saisine pour avis des fédérations nationales représentatives, qui doivent être associées à la prise de décision afin que chacun ait voix au chapitre.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Avis défavorable pour plusieurs raisons. D'une part, les fédérations hospitalières ne sont pas directement concernées par les mesures conventionnelles, qui portent sur les modes de financement des praticiens libéraux. Cette disposition alourdirait considérablement le processus de signature des conventions.

Plus grave encore : si ce processus de consultation était ouvert à des organisations qui n'ont aucune prise directe sur la convention, pourquoi les fédérations hospitalières auraient-elles davantage de légitimité que d'autres acteurs d'une démocratie élargie, comme les associations de patients ? Je crains qu'une telle disposition ne réduise considérablement la possibilité de conclure des conventions...

La Commission rejette l'amendement.

Article 44 : Rénovation du modèle de financement des établissements de santé

La Commission examine l'amendement AS64 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. La loi de santé vise notamment à encourager une prise en charge ambulatoire des actes médicaux qui requièrent l'usage d'un plateau technique lourd. Cependant, lorsque l'activité ambulatoire porte sur des prises en charge intermédiaires, elle doit demeurer une mission des professionnels de santé libéraux. Le rapport de notre ancien collègue Olivier Véran est très clair sur ce point. Les urgences hospitalières sont aujourd'hui au bord de l'implosion : si nous voulons sauvegarder le secteur hospitalier, il faut le recentrer sur ses missions initiales. Les prises en charge intermédiaires doivent relever de la médecine de ville.

M. Gérard Sebaoun. Cet article porte en particulier sur le transport médicalisé des enfants décédés de mort subite ; ils sont déjà, aujourd'hui, transportés de manière presque illégale par les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) vers les centres hospitaliers. Cet article permettra de définir ces transports comme des transports sanitaires,

apportant une plus grande sécurité juridique. J'avais d'ailleurs déposé un amendement – déclaré irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution – pour élargir ce progrès aux morts subites survenues dans les enceintes sportives, ce qui est demandé par tous les professionnels concernés. Pour cette seule raison, il serait utile de maintenir cet article.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Avis défavorable. Cet article porte en effet également sur le financement intermédiaire entre les actes et consultations externes et l'hospitalisation de jour – ce que les hospitaliers attendent depuis bien longtemps –, mais aussi sur l'extension du financement dérogatoire à la tarification à l'activité pour les établissements en situation d'insularité.

Quant à la réforme des soins critiques, dont vous paraissez craindre les effets, je vous assure que rien ne sera fait de manière précipitée. Le dispositif prévoit qu'un décret en Conseil d'État définira les activités de soins critiques. Selon les informations dont je dispose, la répartition de ce financement mixte entre part forfaitaire et part à l'activité ne pourra être déterminée qu'une fois connus les résultats d'une enquête de coûts des services de soins critiques pilotée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Enfin, il est prévu des échanges avec les fédérations avant toute mise en œuvre.

La suppression de cet article serait donc lourde de conséquences fâcheuses.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS68 de M. Jean-Pierre Door et AS343 de M. Francis Vercamer.

M. Jean-Pierre Door. L'amendement AS68 s'inscrit dans le cadre de la politique du virage ambulatoire engagée par le rapport d'Olivier Véran. Il propose une expérimentation destinée à évaluer l'ensemble des coûts médicaux liés à une intervention, qui relèvent tant des dépenses hospitalières que des dépenses de ville – ce que l'on appelle le « coût de base par épisode de soins ». On peut les définir comme l'ensemble des coûts payés par l'assurance maladie pour une intervention donnée, et qui sont directement liés à l'intervention, c'est-à-dire sans prendre en compte notamment les honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste.

Cette expérimentation permettrait de connaître le champ de cet épisode de soins, les acteurs qui y participent et son coût de base pour l'établissement de santé. L'établissement devrait fournir, préalablement à l'expérimentation, les critères d'inclusion des patients, les critères de sorties et les critères de reprise d'activité.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Ces amendements remettent en question la prise en compte des consultations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles que je souhaite au contraire valoriser : elles sont cruciales dans le processus de décision médicale – et très coûteuses en temps médical.

D'autre part, bien que le cadre juridique proposé dans le cadre du PLFSS pour 2017 ait vocation à s'appliquer à toutes les activités hospitalières, le Gouvernement a opté pour une mise en œuvre progressive de ce nouveau vecteur de financement. Les pathologies chroniques, notamment le diabète, seront sans doute les premières concernées.

Mais, sur le fond, votre proposition est intéressante. Je me suis donc rapprochée du ministère de la santé pour savoir si cette piste ne pouvait pas être creusée. L'accueil a été plutôt favorable. Toutefois, le ministère envisage plutôt un appel à projets dans le cadre d'un

programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS), cette solution présentant l'avantage de pouvoir être plus rapidement mise en place.

Je vous suggère donc de retirer ces amendements.

La Commission rejette successivement les amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS454 de la rapporteure Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Cet amendement porte sur la facturation de l'hospitalisation à domicile. En effet, l'article L. 162-25 du code de la sécurité sociale relatif au délai de prescription de l'action des établissements pour le paiement des prestations d'hospitalisation précise que le délai d'un an court « à compter de la fin du séjour hospitalier ». La volonté du législateur était de permettre aux établissements de modifier dans la limite d'un an les factures transmises à l'assurance maladie, qui sont normalement transmises à la date de fin du séjour hospitalier. Le cadre de l'hospitalisation à domicile est différent : la facturation s'effectue à chaque fin de séquence de soins et non à la date de sortie du patient. Il est proposé d'adapter l'article L. 162-25 pour tenir compte de cette spécificité.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle se saisit, en discussion commune, des amendements AS344 de M. Francis Vercamer et AS424 de Mme Isabelle Le Callennec.

M. Francis Vercamer. Depuis 2007, la facturation des établissements de santé est contrôlée et, en cas de surfacturation, le directeur de l'ARS peut prendre des sanctions. Un nombre croissant de praticiens souhaitent un rééquilibrage du régime juridique des contrôles liés à la T2A. Olivier Véran souligne, dans son rapport d'étape sur le mode de financement des établissements de santé, qu'il serait bon de « ramener de la sérénité dans les contrôles T2A en définissant des règles homogènes connues de tous ». Le manque de transparence et de lisibilité des critères sur lesquels se fonde le contrôle externe de l'assurance maladie fait même naître un sentiment d'iniquité. Face à ces difficultés, cet amendement propose d'instaurer un « rescrit tarifaire ». Cela permettrait ainsi de simplifier et d'harmoniser les contrôles.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Avis défavorable. Cette précision ne relève pas du domaine de la loi. On ne peut mettre sur le même plan les rescrits social et fiscal, d'une part, les rescrits tarifaires, d'autre part : le rescrit social ou fiscal porte sur l'interprétation par l'administration de dispositions de valeur législative, quand le rescrit tarifaire que vous proposez porte sur l'interprétation de dispositions de valeur réglementaire.

Le problème tient essentiellement à l'interprétation de la circulaire dite « frontière » qui concerne la T2A MCO (médecine, chirurgie et obstétrique). Il faut à mon sens commencer par réécrire cette circulaire.

Il convient enfin de ne pas négliger les échanges avec les fédérations hospitalières, afin d'apporter de la souplesse au dispositif.

Mme Isabelle Le Callennec. J'entends vos objections formelles, mais, sur le fond, convenez-vous qu'il y a un problème ?

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Oui, et c'est pour cela que j'ai suggéré une réécriture de la circulaire.

Les amendements sont retirés.

La Commission étudie l'amendement AS453 de la rapporteure Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. L'article L. 1435-7-1 du code de la santé publique donne au directeur général de l'ARS le pouvoir de prononcer des sanctions financières ; le produit de ces sanctions est reversé à l'État, par l'intermédiaire du Trésor public.

La référence à ce mécanisme n'est opportune ni pour le contrat d'amélioration de la pertinence des soins ni pour la participation des établissements de santé aux études nationales de coût, deux dispositifs prévus par la LFSS pour 2016 : le produit des sanctions doit être versé à l'assurance maladie et non à l'État.

M. Gérard Sebaoun. Pardonnez ma question, mais est-ce juridiquement possible ?

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Oui, cela existe même déjà.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 44 modifié.

Article 45 : Ajustement des modalités de tarification des activités de soins de suite et de réadaptation

La Commission examine l'amendement AS71 de M. Jean-Pierre Door.

M. Gilles Lurton. Nous proposons que les organisations nationales les plus représentatives des établissements de soins de suite et de réadaptation soient consultées en amont sur le processus de calcul du coefficient de transition de la réforme du financement, dont les conséquences financières pourront être importantes.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Avis défavorable. Il ne s'agit pas d'une disposition législative, mais plutôt d'ordre réglementaire. De plus, vérification faite auprès des services du ministère, les fédérations hospitalières seront consultées sur le projet de décret en conseil d'État : l'amendement est donc satisfait.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS456 de la rapporteure Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Cet amendement vise à apporter un correctif aux modalités d'application de la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) durant la période transitoire du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018.

Il permettra de préserver les modalités actuelles d'organisation des établissements financés par des tarifs journaliers dans le cadre de l'objectif quantifié national (OQN). Ces

établissements ont recours à des professionnels médicaux et auxiliaires médicaux qui peuvent être libéraux ou salariés. Or les professionnels libéraux ne sont pas rémunérés par les établissements ; leur rémunération n'est pas donc pas intégrée aux tarifs SSR et, partant, dans la dotation modulée à l'activité (DMA). L'amendement vise à tenir compte de cette diversité de situations. Il précise que, pour les établissements relevant du champ OQN, la part liée aux honoraires n'est pas intégrée dans la fraction de DMA. Il s'agit d'éviter le « *tarif tout compris* » proposé par certains.

*La Commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** successivement les amendements de précision AS457 et AS458 du même auteur.*

Elle se saisit ensuite de l'amendement AS72 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Le projet de loi prévoit, de manière dérogatoire, des règles de facturation spécifiques pour les établissements SSR pendant la période du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018 : au cours de cette année, ils devront transmettre leurs données d'activité à l'ARS, avec copie à leur CPAM, au lieu de les transmettre directement à leur CPAM comme c'est normalement le cas.

L'ARS déterminera alors pour chaque établissement la valorisation du montant forfaitaire correspondant à la fraction de tarifs dont ce dernier bénéficiera, le lui notifiera, puis le contrôlera ; elle pourra, en cas d'anomalies constatées, déduire les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes. Cette procédure d'action en répétition d'indu pourra donc avoir des conséquences significatives sur l'avenir de chaque structure, d'autant qu'elle s'effectuera sur la base d'un nouveau mode de financement.

Or, à plusieurs reprises, l'Inspection générale des affaires sociales a mis en lumière la complexité des différentes procédures d'inspection et de contrôle des établissements de santé.

Le présent amendement propose de renvoyer, pour l'application de ces dispositions, à la procédure décrite à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, qui préserve les droits des établissements concernés dans le recouvrement des sommes qui pourraient avoir été indûment versées.

Le sujet est complexe, mais la méthode est en tout cas un peu curieuse.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. L'assurance maladie ne dispose pas des systèmes d'information permettant de calculer le bon montant de la part de DMA versée en 2017. Mais je veux vous rassurer : une procédure contradictoire a été prévue afin que l'établissement de santé fasse connaître ses observations. Les garanties sont aussi proches que possible du régime de l'article L. 133-4.

Je souligne enfin qu'il ne s'agit que d'une phase transitoire.

M. Jean-Pierre Door. Pourquoi cette phase transitoire ? J'ai peur qu'elle ne soit appelée à durer... Les établissements sont habitués à négocier avec la CPAM. Sur quels critères l'ARS fondera-t-elle son analyse ?

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Je vous assure que c'est du provisoire non pérenne. Je le répète : l'assurance maladie ne dispose pas des systèmes d'information idoines, et il y aura une procédure contradictoire.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine les amendements identiques AS73 de M. Jean-Pierre Door et AS346 de M. Francis Vercaemer.

M. Jean-Pierre Door. Du 1^{er} mars 2018 au 31 décembre 2018, le nouveau modèle montera en charge et les établissements auront la possibilité de refacturer, en sus de leurs tarifs, les molécules onéreuses d'après une liste établie et les plateaux techniques spécialisés. Mais comment cela se passera-t-il ? Les établissements travaillent normalement en année pleine. Nous ne disposons d'aucune simulation. Il n'est pas possible d'évaluer les conséquences de ces dispositions sur la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Avis défavorable. L'article L. 162-23-14 a été modifié par la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Il prévoit la remise d'un rapport annuel au Parlement sur les actions menées dans le champ du financement des établissements de santé, étendu aux activités de SSR. Et j'ai une excellente nouvelle à vous annoncer : ce rapport vous a été envoyé hier soir, pendant que nous travaillions ici.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle adopte l'article 45 modifié.

Après l'article 45

La Commission examine l'amendement AS105 de M. Jean-Pierre Door.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Avis défavorable.

Votre amendement est juridiquement satisfait par l'article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale, qui prévoit la remise d'un rapport au Parlement avant le 15 septembre de chaque année. Il porte sur « *les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées* ». Il porte notamment sur les dotations MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) – évolutions, périmètre, répartition et critères de répartition.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle se saisit de l'amendement AS118 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Cet amendement vise à subordonner l'éligibilité des établissements de santé aux financements du fonds d'intervention régional (FIR) à une condition de respect de l'efficacité. Pour éviter le dévoiement de ce fonds, les établissements de santé ne présentant pas les garanties de saine gestion financière ne doivent pas y avoir accès.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Avis défavorable. La solution proposée paraît trop rigide et trop uniforme. Le FIR est amené à financer divers objectifs, par exemple l'amélioration de la qualité des soins : interrompre tout financement du FIR au motif que l'établissement de santé présente un déséquilibre financier est excessif et incompatible avec les missions de santé.

Les directeurs généraux d'ARS doivent disposer d'instruments divers pour permettre le rétablissement de la situation financière des hôpitaux. Chaque situation est particulière et doit appeler une réponse adaptée dans le cadre du plan de redressement demandé par l'ARS au conseil d'administration de l'hôpital.

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS351 de M. Francis Vercamer et AS103 de M. Jean-Pierre Door.

M. Francis Vercamer. L'article L. 162-22-9-2 du code de la sécurité sociale autorise l'État à instaurer une dégressivité des tarifs des établissements de santé, publics et privés, en fonction du volume de leur activité. Cet amendement propose une modulation de la dégressivité par l'adoption d'une approche territoriale de l'activité. En effet, l'activité peut varier selon les aléas de l'offre de soins d'un territoire – lorsqu'il faut, par exemple, pallier la fermeture d'un service dans un autre établissement proche. Dans la rédaction actuelle, la dégressivité constitue une sanction financière, alors que les établissements répondent aux besoins de santé d'un territoire.

M. Jean-Pierre Door. L'amendement AS103 est défendu.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Ces amendements sont tout à fait justifiés et intéressants : une approche territoriale est en effet indispensable. Toutefois, les réflexions en ce sens en cours nécessitent des travaux complémentaires pour peser les avantages et inconvénients d'une évolution du mécanisme. Ces travaux seront menés dès cette année en étroite association avec les fédérations hospitalières. J'ajoute que cette disposition serait d'ordre réglementaire. Je demande donc le retrait des amendements.

Les amendements sont retirés.

La Commission examine ensuite l'amendement AS92 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Au moment de la mise en place de la T2A, un dispositif transitoire, le tarif journalier de prestation (TJP), a été mis en place pour les établissements publics ; il a été prolongé par la loi jusqu'à la fin de l'année 2019.

Les hôpitaux publics fixent eux-mêmes, en accord avec les ARS, le montant de leur TJP. Il est demandé, dans un souci d'égalité et d'équité, d'autoriser les établissements de santé privés à instaurer le même TJP.

Depuis la loi de modernisation de notre système de santé, tous les offreurs de soins en santé sont des services d'intérêt économique général (SIEG) et doivent être traités de façon égale. Il est donc important d'autoriser la mise en place de ce dispositif pour tout offreur de service en santé qui se trouve sous l'encadrement législatif du SIEG.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Avis défavorable. Votre demande a quelque chose d'illogique : l'an dernier, vous vous en souvenez, nous avons insisté sur l'importance de supprimer les TJP à moyen terme, et de faire évoluer les règles de calcul du ticket modérateur pour aboutir à un système plus juste. Au moment où nous progressons vers une suppression des TJP dans le public, avouez qu'il serait malencontreux de les instaurer dans le privé.

M. Jean-Pierre Door. Les TJP ont été prolongés jusqu'en 2019 : pendant trois ans, ce déséquilibre va continuer. Notre proposition vise à loger tout le monde, dès maintenant, à la même enseigne.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Nous pourrions peser pour accélérer le processus. Mais il serait à coup sûr inopportun d'introduire une mesure nouvelle qu'il faudrait à son tour supprimer.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle se saisit de l'amendement AS199 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Fidèles à nos principes, nous proposons de poursuivre la convergence tarifaire du public et du privé pour les années 2017 à 2020. Nous en avons parlé longuement : cette politique a été stoppée, ce qui nous paraît une erreur économique.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Avis défavorable, pour les mêmes raisons que l'année dernière.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle se saisit de l'amendement AS198 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Fidèles, là encore, à nos principes, nous souhaitons que soient restaurées les journées de carence dans les hôpitaux. La Fédération hospitalière de France, entre autres, le souhaite.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Même motif, même punition : avis défavorable. Je souligne, comme je l'ai fait l'an dernier, que la droite n'est même pas d'accord sur le nombre de jours de carence à instaurer. Cela affaiblit votre position !

La Commission rejette l'amendement.

Puis, suivant les avis défavorables de la rapporteure Michèle Delaunay, elle rejette successivement l'amendement AS129 de M. Jean-Pierre Door et les amendements identiques AS104 de M. Jean-Pierre Door et AS352 de M. Francis Vercamer.

Elle examine ensuite l'amendement AS111 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Il s'agit cette fois d'un rapport portant sur les conditions d'une valorisation par une mission d'intérêt général (MIG) des établissements vertueux dans l'application du principe de l'efficacité, qu'ils soient publics ou privés.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Avis défavorable. L'efficience n'est pas une mission, mais une modalité de gestion.

La Commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis défavorable de la rapporteure Michèle Delaunay, elle rejette l'amendement AS74 de M. Jean-Pierre Door.

Article 46 : *Aménagements de la tarification applicable dans le secteur médico-social.*

La Commission examine l'amendement AS415 de Mme Martine Carrillon-Couvreur.

Mme Bernadette Laclais. L'amendement est défendu.

M. Philip Cordery, rapporteur pour le secteur médico-social. Je ne crois pas qu'il soit pertinent de rendre les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) obligatoires pour les structures d'accompagnement des publics souffrant d'addiction. S'agissant de structures souvent petites, il nous paraît plus utile de leur conserver un caractère facultatif. Je vous suggère donc de retirer cet amendement.

L'amendement est retiré.

Puis la Commission examine l'amendement AS417 de Mme Martine Carrillon-Couvreur.

Mme Bernadette Laclais. L'amendement est défendu.

M. Philip Cordery, rapporteur. Là aussi, je vous demande de retirer l'amendement : il semble opportun d'attendre l'achèvement de la réforme SERAFIN-PH (services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées) dans le courant de l'année 2017 avant de permettre comme vous le proposez la libre affectation des résultats dans les établissements pour personnes handicapées.

L'amendement est retiré.

Puis la Commission examine l'amendement AS414 de Mme Martine Carrillon-Couvreur.

Mme Bernadette Laclais. L'amendement est défendu.

M. Philip Cordery, rapporteur. Avis favorable. Cet amendement vise principalement à rendre obligatoire la signature des CPOM par les départements. L'an dernier, nous avons préféré conserver un caractère optionnel à cette signature ; depuis, un rapport de Frédéric Bierry, président de la commission solidarité et affaires sociales de l'Association des départements de France, a soutenu cette mesure.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 46 modifié.

Article additionnel après l'article 46

La Commission examine l'amendement AS452 du rapporteur Philip Cordery.

M. Philip Cordery, rapporteur pour le secteur médico-social. Un fonds d'amorçage et un plan de prévention des départs non choisis ont été mis en place en 2016 afin d'éviter les départs non choisis vers la Belgique. Je formule à ce sujet plusieurs recommandations dans le rapport relatif au secteur médico-social, qui sera présenté en séance. Cet amendement vise à définir les conditions de mise en place d'un fonds d'amorçage pluriannuel.

*La Commission **adopte** l'amendement.*

Article 47 : *Prolongation et élargissement du champ de l'expérimentation portant sur la télémédecine*

La Commission examine l'amendement AS65 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Nous nous interrogeons sur le bien-fondé du financement des surcoûts liés aux investissements de la télémédecine et entraînés par l'expérimentation. C'est pourquoi nous demandons la suppression de cette possibilité de financement.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Avis défavorable.

*La Commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS461 de la rapporteure Michèle Delaunay.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 47 **modifié**.*

Article 48 : *Prolongation des expérimentations « article 70 » relatives au parcours de soins des personnes âgées*

La Commission examine l'amendement AS460 de la rapporteure Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Le présent amendement vise à harmoniser dans le temps deux expérimentations relatives aux personnes. Nous voulons en effet faire coïncider la date de fin d'expérimentation du parcours de soins des personnes âgées prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, avec le dispositif Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

*La Commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 48 **modifié**.*

Après l'article 48

La Commission examine les amendements AS324, AS325 et AS323 de Mme Sylviane Bulteau qui peuvent faire l'objet d'une présentation commune.

M. Francis Vercamer. Ces amendements sont défendus.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. J'émet un avis défavorable tout en précisant que ces amendements ont vocation à être discutés en séance publique.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure Michèle Delaunay, la Commission rejette successivement les amendements.

Chapitre III – Garantir la pertinence des prises en charge

Article 49 : *Création d'un fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique*

La Commission adopte l'amendement de coordination AS462 de Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie.

Puis elle examine l'amendement AS347 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Cet amendement vise à préciser que le futur fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique ne pourra pas servir au financement d'autres dispositions du PLFSS.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Cet amendement étant satisfait, j'émet un avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS375 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Nous sommes tout à fait favorables au fonds de financement pour l'innovation thérapeutique, mais défavorables au fait que la dotation provienne d'une partie du fonds de solidarité vieillesse (FSV) dont on sait qu'il est largement déficitaire.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Ce n'est pas le cas de la partie du FSV concernée. Sans cette dotation, le fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique ne disposerait d'aucune marge de manœuvre. Avis défavorable.

La Commission rejette cet amendement.

Puis elle adopte l'article 49 modifié.

Après l'article 49

Suivant l'avis défavorable de Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie, la Commission rejette l'amendement AS348 de M. Francis Vercamer.

Article 50 : *Modification des conditions de prescription des médicaments biosimilaires*

La Commission examine l'amendement AS444 de la rapporteure Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. L'article 50 tel qu'il est rédigé laisse entendre que les médicaments administrés par voie inhalée à l'aide d'un dispositif peuvent être substitués en cours de traitement. Or ce n'est nullement l'intention de

cet article qui n'a vocation qu'à modifier les conditions de prescription des médicaments biosimilaires. Le présent amendement apporte donc la clarification nécessaire et corrige un oubli à cause duquel n'apparaissait pas la possibilité pour le prescripteur d'inscrire la mention « non substituable », en initiation de traitement, avec un médicament administré par voie inhalée pour lequel rien ne change.

*La Commission **adopte** l'amendement.*

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS127 de Mme Jacqueline Fraysse et AS445 de la rapporteure Michèle Delaunay.

Mme Jacqueline Fraysse. L'amendement AS127 concerne l'usage des médicaments biosimilaires et vise à renforcer la sécurité des patients en ajoutant dans le texte lui-même les préconisations de l'Agence de sécurité du médicament.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. L'amendement AS445 se contente, si j'ose dire, de préciser les garanties spécifiques aux médicaments biosimilaires, contrairement à l'amendement défendu par Mme Fraysse.

Le prescripteur doit informer le patient de la spécificité de ces médicaments et du régime spécifique de substitution applicable aux médicaments biosimilaires ; ensuite, le prescripteur doit mettre en œuvre une surveillance clinique adaptée au patient, car, là encore, le suivi médical doit être adapté à la spécificité d'un médicament biologique.

Je propose donc à Mme Fraysse, qui peut être totalement rassurée, de retirer son amendement au profit du mien.

Mme Jacqueline Fraysse. Je vous fais confiance, madame la rapporteure, et retire mon amendement, sauf à le présenter en séance au cas où je ne serais pas satisfaite.

*L'amendement AS127 est **retiré**.*

*La Commission **adopte** l'amendement AS445.*

*Puis elle **adopte** l'article 50 **modifié**.*

Article 51 : Modification des conditions de prise en charge des médicaments faisant l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation

*La Commission **adopte** l'article 51 **sans modification**.*

Article 52 : Évolution des critères de fixation et de modification des prix et tarifs des produits de santé

*La Commission **adopte** l'article 52 **sans modification**.*

Article 53 : Fixation des dotations au FMESPP, à l'ONIAM et de la contribution de la CNSA aux ARS pour l'année 2017

La Commission examine l'amendement AS349 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Le présent amendement vise à préserver les réserves de l'Association nationale pour la formation permanente des personnels hospitaliers – réserves qui sont prélevées à des fins difficiles à comprendre.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Nous en avons déjà débattu avec M. Vercamer. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 53 sans modification.

Article 54 : *Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2017*

La Commission adopte l'article 54 sans modification.

Article 55 : *ONDAM et sous-ONDAM pour 2017*

La Commission examine les amendements identiques AS201 de M. Jean-Pierre Door et AS350 de M. Francis Vercamer.

M. Jean-Pierre Door. Nous estimons que l'article 55 est insincère compte tenu de la mauvaise construction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Nous en reparlerons en séance publique.

M. Francis Vercamer. Mon explication est la même pour l'amendement AS350.

Suivant l'avis défavorable de Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie, la Commission rejette les amendements.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS459 de la rapporteure Michèle Delaunay.

Elle adopte enfin l'article 55 modifié.

TITRE V – DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 56 : *Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires en 2017*

La Commission adopte l'article 56 sans modification.

TITRE VI – DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES

Chapitre I^{er} – Gestion

Article 57 : *Transfert du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées*

La Commission examine les amendements identiques AS225 de M. Jean-Pierre Door, AS353 de M. Francis Vercamer et AS382 de Mme Sandrine Doucet, et l'amendement AS451 de Mme Annie Le Houerou, rapporteure pour l'assurance vieillesse, qui peuvent faire l'objet d'une présentation commune.

M. Jean-Pierre Door. L'amendement AS225 est défendu.

M. Francis Vercamer. En supprimant l'article, nous souhaitons maintenir au sein de la Caisse des dépôts et consignations la gestion du service de l'allocation solidarité aux personnes âgées (SASPA).

M. Philip Cordery. Même explication.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure suppléant Mme Annie Le Houerou, rapporteure pour l'assurance vieillesse. Je demande le retrait des amendements de suppression au profit de l'amendement AS451 de Mme Le Houerou.

Le transfert du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (SASPA) repose sur une logique de rationalisation et de maillage territorial. Cette mesure a toutefois pu soulever des inquiétudes, en premier lieu au sein de la Caisse des dépôts et consignations dont Mme Le Houerou a longuement reçu les représentants. Plutôt que le transfert lui-même, qui ne doit pas être interprété comme une marque de défiance vis-à-vis de la Caisse, qui s'est vu confier de nouvelles missions avec, en premier lieu, la gestion du compte personnel d'activité à compter du 1^{er} janvier prochain, ce sont surtout ses modalités d'application et son échéance qui inquiètent.

Il est donc proposé de reporter l'entrée en vigueur de cette mesure au plus tard au 1^{er} janvier 2020 afin de donner de la visibilité à la Caisse des dépôts et consignations dans le redéploiement de ses effectifs. Ce délai supplémentaire permettra également à la Mutualité sociale agricole d'adapter ses systèmes d'information et de former ses personnels à la prise en charge de ce nouveau type de bénéficiaires. La ministre a d'ailleurs apporté les éléments de clarification nécessaires lors de son audition par la Commission le 11 octobre dernier.

La Commission adopte les amendements AS225, AS353 et AS382.

En conséquence, l'article 57 est supprimé.

L'amendement AS451 n'a plus d'objet.

Article 58 : Amélioration du recouvrement des sommes dues aux organismes de sécurité sociale sur les actifs successoraux ou par des tiers responsables

La Commission examine l'amendement AS354 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Le présent amendement vise à exclure les ayants droit du recouvrement des sommes devant revenir aux organismes de sécurité sociale auprès de tiers responsables.

M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. L'article 58 complète le dispositif anti-fraude et en faveur du recouvrement. Il s'agit en effet de faire en sorte que les notaires transfèrent toutes les informations nécessaires aux organismes de sécurité sociale pour recouvrer des cotisations sur actifs successoraux. Ne pas le permettre, c'est faire perdre à la sécurité sociale la possibilité de récupérer sur la succession des prestations qu'elle a versées. Je ne puis donc qu'émettre un avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle **adopte** l'article 58 **sans modification**.

Chapitre II – Fraude aux prestations

Article 59 : *Élargissement du périmètre des échanges d'informations*

La Commission **adopte** l'article 59 **sans modification**.

Après l'article 59

La Commission examine l'amendement AS294 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Nous souhaitons responsabiliser les entreprises dominantes et les *holdings* vis-à-vis des entreprises qu'elles contrôlent. Actuellement, les entreprises dominantes sont subsidiairement et solidairement responsables en cas d'infraction de travail dissimulé. Par cet amendement, nous souhaitons étendre cette disposition à la fraude aux cotisations sociales.

M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. L'article 243-7-3 du code de la sécurité sociale prévoit la responsabilité conjointe et solidaire de la société mère d'un groupe d'entreprises liées, lorsqu'un contrat de travail dissimulé est établi dans l'une des entreprises du groupe. Dans ce cas, la société mère est redevable des prélèvements sociaux et des majorations afférentes. Votre amendement propose d'étendre ce principe, au-delà des cas de travail dissimulé, aux cas d'infraction de non-paiement des cotisations sociales. Je comprends que l'on demande à la société mère de faire preuve de vigilance en matière de travail dissimulé, mais il me paraît excessif de la rendre solidairement responsable d'un non-paiement des cotisations qui peut avoir de multiples causes. D'ailleurs, l'infraction de non-paiement des cotisations que vous mentionnez dans le dispositif n'existe pas. Avis défavorable.

La Commission **rejette** l'amendement.

Article 60 : *Mesures visant à limiter les indus pour l'assurance maladie*

La Commission **adopte** l'article 60 **sans modification**.

Elle **adopte** enfin l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 **modifié**.

La séance est levée à treize heures trente-cinq.



Présences en réunion

Commission des affaires sociales

Réunion du mercredi 19 octobre 2016 à 9 heures 30

Présents. – M. Élie Aboud, M. Bernard Accoyer, M. Pierre Aylagas, M. Alexis Bachelay, M. Alain Ballay, M. Gérard Bapt, M. Jean-Pierre Barbier, Mme Gisèle Biémouret, Mme Sylviane Bulteau, Mme Marie-Arlette Carlotti, Mme Martine Carrillon-Couvreur, M. Christophe Cavard, Mme Marie-Françoise Clergeau, M. Philip Cordery, M. Jean-Louis Costes, M. Rémi Delatte, Mme Michèle Delaunay, M. Jean-Pierre Door, M. Dominique Dord, M. Richard Ferrand, Mme Jacqueline Fraysse, M. Renaud Gauquelin, M. Jean-Patrick Gille, M. Henri Guaino, Mme Joëlle Huillier, M. Christian Hutin, M. Michel Issindou, M. Denis Jacquat, Mme Chaynesse Khirouni, Mme Bernadette Laclais, Mme Conchita Lacuey, Mme Isabelle Le Callennec, Mme Annie Le Houerou, Mme Catherine Lemorton, M. Jean Leonetti, Mme Marie-Thérèse Le Roy, M. Céleste Lett, Mme Geneviève Levy, M. Michel Liebgott, M. Gilles Lurton, Mme Véronique Massonneau, M. Philippe Noguès, M. Robert Olive, Mme Dominique Orliac, Mme Monique Orphé, Mme George Pau-Langevin, M. Bernard Perrut, Mme Bérengère Poletti, M. Arnaud Richard, M. Denys Robiliard, M. Arnaud Robinet, M. Jean-Louis Roumégas, M. Gérard Sebaoun, M. Fernand Siré, M. Dominique Tian, M. Jean-Louis Touraine, M. Francis Vercamer, M. Arnaud Viala

Excusés. – M. Stéphane Claireaux, Mme Gabrielle Louis-Carabin, M. Jean-Philippe Nilor, M. Jean-Sébastien Vialatte, M. Jean Jacques Vlody

Assistaient également à la réunion. – M. Christophe Léonard, M. Christophe Premat