



N° 2340

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 16 octobre 2019.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE
LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2020*,

TOME III
COMPTES RENDUS

PAR M. OLIVIER VÉRAN,

Rapporteur général.

Voir le numéro :

Assemblée nationale : 2296.

SOMMAIRE

Pages

TOME I : AVANT-PROPOS ET SYNTHÈSE

TOME II : COMMENTAIRES DES ARTICLES

TOME III : COMPTES RENDUS

COMPTE RENDU DE L'AUDITION DES MINISTRES ET DE LA DISCUSSION GÉNÉRALE	7
Réunion du jeudi 10 octobre 2019 à 16 heures.....	7
COMPTES RENDUS DES DÉBATS SUR L'EXAMEN DES ARTICLES	47
1. Réunion du mardi 15 octobre 2019 à 18 heures (article 1 ^{er} à article 6 inclus)	47
<i>Article 1^{er}</i> : Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2018.....	48
<i>Article 2</i> : Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2018 (annexe A).....	48
<i>Article 3</i> : Correction des affectations de recettes à la sécurité sociale pour l'exercice en cours	48
<i>Article 4</i> : Modification du montant M applicable à la clause de sauvegarde des médicaments remboursables	63
<i>Article 5</i> : Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2019.....	64
<i>Article 6</i> : Rectification de l'ONDAM et des sous ONDAM 2019	65
2. Réunion du mardi 15 octobre 2019 à 21 heures (article 7 à article 23 inclus)	68
<i>Article 7</i> : Reconstitution du versement d'une prime exceptionnelle exonérée de contributions et cotisations sociales	68
<i>Article 8</i> : Ajustement du calcul des allègements généraux	75
<i>Après l'article 8</i>	78
<i>Article 9</i> : Non-assujettissement aux cotisations et contributions sociales des indemnités spécifiques de rupture conventionnelle dans la fonction publique	94

<i>Après l'article 9</i>	95
<i>Article 10</i> : Unification du recouvrement dans la sphère sociale	106
<i>Article 11</i> : Simplification des démarches des travailleurs indépendants	107
<i>Article 12</i> : Simplifier et créer un cadre de prise en compte contemporaine des aides en faveur des particuliers employeurs dans le cadre des services à la personne	107
<i>Article 13</i> : Simplification des démarches pour les redevables et renforcement de la sécurité juridique	109
<i>Article 14</i> : Mesures de lutte contre la fraude	110
<i>Article 15</i> : Clause de sauvegarde des dispositifs médicaux	110
<i>Article 16</i> : Fixation du taux M. pour 2020	113
<i>Après l'article 16</i>	113
<i>Article 17</i> : Transfert de recettes entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale	115
<i>Article 18</i> : Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe 5	118
<i>Article 19</i> : Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires pour 2020	120
<i>Article 20</i> : Approbation du tableau d'équilibre du régime général pour 2020	120
<i>Article 21</i> : Approbation de l'annexe C, de l'objectif d'amortissement de la dette sociale et des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse	120
<i>Article 22</i> : Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt	120
<i>Article 23</i> : Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)	121
3. Réunion du mercredi 16 octobre 2019 à 9 heures 30 (article 24 à article 28 inclus)	121
<i>Article 24</i> : Réforme du financement des hôpitaux de proximité	121
<i>Après l'article 24</i>	127
<i>Article 25</i> : Réforme du financement de la psychiatrie et évolution du modèle cible de financement des soins de suite et de réadaptation	131
<i>Après l'article 25</i>	142
<i>Article 26</i> : Réforme du ticket modérateur à l'hôpital	145
<i>Après l'article 26</i>	145
<i>Article 27</i> : Réforme du financement : nomenclatures de ville	158
<i>Après l'article 27</i>	158
<i>Article 28</i> : Prise en charge des dispositifs médicaux : sécurisation des dépenses, négociation des prix en cas de concurrence	162
4. Réunion du mercredi 16 octobre 2019 à 15 heures (après l'article 28 à article 64 inclus)	173
<i>Après l'article 28</i>	173

<i>Article 29</i> : Prise en charge de médicaments particuliers.....	178
<i>Après l'article 29</i>	181
<i>Article 30</i> : Sécurisation et imputation (pluriannuelle) des mesures de paiement des remises ATU/post ATU.....	192
<i>Article 31</i> : Transfert du financement de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et de l'Agence nationale de santé publique à l'assurance maladie	195
<i>Article 32</i> : Lissage de la fin de droit à la protection complémentaire en matière de santé ..	198
<i>Article 33</i> : Prise en charge intégrale des frais liés à la contraception pour l'ensemble des mineures	199
<i>Article 34</i> : Renforcement du dispositif en matière de prévention et de lutte contre les ruptures de stocks de médicaments.....	199
<i>Article 35</i> : Bilan de santé obligatoire pour les entrées dans l'aide sociale à l'enfance.....	205
<i>Article 36</i> : Mesures en faveur de l'installation des jeunes médecins.....	206
<i>Après l'article 36</i>	208
<i>Article 37</i> : Faciliter l'accès aux soins pour les femmes enceintes les plus éloignées des maternités.....	212
<i>Après l'article 37</i>	215
<i>Article 38</i> : Financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des établissements à l'étranger accueillant des adultes handicapés français	217
<i>Après l'article 38</i>	218
<i>Article 39</i> : Recentralisation des centres de lutte contre la tuberculose et des centres de lutte contre la lèpre.....	219
<i>Après l'article 39</i>	219
<i>Article 40</i> : Mise en place d'un parcours de soins global après le traitement d'un cancer ...	223
<i>Après l'article 40</i>	228
<i>Article 41</i> : Simplification des règles applicables à la présentation de certificats médicaux d'absence de contre-indication à la pratique sportive	231
<i>Article 42</i> : Évolution du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins et adaptation du dispositif de financement à la qualité.....	237
<i>Article 43</i> : Favoriser la pertinence des prescriptions de médicaments	239
<i>Article 44</i> : Mesures diverses pour le secteur des transports de patients et extension des dérogations prévues à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.....	241
<i>Après l'article 44</i>	243
<i>Article 45</i> : Indemnisation du congé de proche aidant.....	244
<i>Article 46</i> : Création d'un fonds d'indemnisation des victimes de pesticides.....	245
<i>Après l'article 46</i>	253
<i>Article 47</i> : Élargissement des missions du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés au secteur médico-social pour la modernisation des structures de réadaptation des accidentés de la route.....	254

<i>Après l'article 47</i>	254
<i>Article 48</i> : Création du service public de versement des pensions alimentaires	254
<i>Article 49</i> : Améliorer l'information sur l'accès aux modes d'accueil des jeunes enfants ...	254
<i>Après l'article 49</i>	256
<i>Article 50</i> : Mesures de convergence des prestations familiales à Mayotte	258
<i>Après l'article 50</i>	258
<i>Article 51</i> : Faciliter la création de caisses communes de sécurité sociale	259
<i>Article 52</i> : Revalorisation différenciée des prestations sociales.....	260
<i>Article 53</i> : Simplification de la transition vers la retraite des bénéficiaires de minima sociaux.....	264
<i>Après l'article 53</i>	266
<i>Article 54</i> : Suppression du dispositif de rachat de rente d'accident du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP) et simplification de la notification du taux AT-MP aux employeurs.....	267
<i>Article 55</i> : Rénovation des politiques d'indemnisation de l'incapacité de travail de longue durée.....	267
<i>Après l'article 55</i>	267
<i>Article 56</i> : Assouplissement des conditions de recours au travail aménagé ou à temps partiel et évolution des modalités de versement des indemnités journalières	268
<i>Après l'article 56</i>	269
<i>Article 57</i> : Dotation de l'assurance maladie au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés, à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux agences régionales de santé	272
<i>Après l'article 57</i>	273
<i>Article 58</i> : Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès	273
<i>Article 59</i> : ONDAM et sous-ONDAM	273
<i>Après l'article 59</i>	278
<i>Article 60</i> : Dotations au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles	279
<i>Article 61</i> : Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles.....	279
<i>Article 62</i> : Objectifs de dépenses de la branche vieillesse	279
<i>Article 63</i> : Objectif de dépenses de la branche famille.....	280
<i>Article 64</i> : Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires en 2019	280

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

Réunion du jeudi 10 octobre 2019 à 16 heures

La Commission procède à l'audition de M. Gérald Darmanin, ministre de l'action et des comptes publics, et de Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 (M. Olivier Véran, rapporteur général).

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

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Nous poursuivons cet après-midi nos travaux sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, entamés mardi dernier avec l'audition du Premier président de la Cour des comptes, qui nous a présenté le rapport sur l'application des lois de financement.

Comme je l'avais indiqué à cette occasion, nous avons estimé, avec le rapporteur général, en tenant compte des contraintes respectives de la commission et des ministres, qu'il s'agissait du moins mauvais moment pour procéder à cette audition sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2020, adopté hier en Conseil des ministres.

Conformément à nos usages, cette audition tient également lieu de discussion générale sur le PLFSS. Elle sera donc organisée selon les mêmes modalités dérogatoires que l'an dernier : après le rapporteur général, les groupes auront la parole pour 5 minutes chacun ; ensuite, les autres orateurs pourront intervenir pour 1 minute chacun.

Certains d'entre vous ont déploré les délais très serrés dans lesquels nous examinons le PLFSS. J'en conviens bien volontiers, mais j'observe que les conditions d'examen du PLFSS 2020 ne différeront pas de celles des précédents PLFSS.

Nous pouvons évidemment le regretter, mais nous devons aussi conserver à l'esprit que l'examen de ce texte est enserré dans des conditions très contraignantes qui s'imposent à toutes les institutions de la République. Non seulement la Constitution ne laisse au Parlement que cinquante jours pour mener à bien ses travaux, mais les conseils d'administration des caisses nationales doivent être consultés en amont sur l'avant-projet.

Soyez convaincus que je déplore autant que vous ces contraintes.

M. Jean-Pierre Door. J'en conviens avec vous, nous sommes confrontés à un réel problème, d'autant que les délais sont encore plus serrés qu'habituellement. Je compte moins de vingt-quatre heures entre l'audition, ce jour en fin de journée, des ministres sur le PLFSS, adopté hier en Conseil des ministres, et le dépôt des amendements, qui doit être effectué avant 17 heures demain. Après tant d'années de travail ici, je suis stupéfait que rien n'ait pu être fait pour réduire ces contraintes.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Nous avons à peine deux heures de décalage par rapport à l'an dernier. Mais, je le répète, je partage avec vous ce constat et je renouvelle ma demande visant à améliorer les conditions d'examen du PLFSS pour chacun.

M. Gérald Darmanin, ministre de l'action et des comptes publics. En introduction et pour répondre à M. Jean-Pierre Door, je remarque que si la réforme institutionnelle est un jour discutée et adoptée par le Parlement, nous pourrions éventuellement revoir la façon dont les textes financiers, projet de loi de finances (PLF) et PLFSS, sont examinés. En effet, ils sont très insérés dans un cadre constitutionnel. Les ministres sont les premiers à souhaiter que l'on puisse améliorer un certain nombre de pratiques en la matière.

Vous parlez des délais relatifs au dépôt des amendements : lorsque nous venons devant la commission juste après la présentation du texte en Conseil des ministres, on nous reproche de manquer de temps pour en prendre connaissance, et lorsque nous sommes auditionnés un peu plus tard, comme c'est le cas au Sénat, on nous reproche de ne pas venir juste après la présentation du texte. Ce type d'observations émane de l'opposition, quelles que soient les majorités.

La question du calendrier des textes financiers et de leur imbrication pourra se poser dans le cadre de la réforme institutionnelle et permettra de répondre à une interrogation soulevée par tous les commissaires des affaires sociales depuis que le PLFSS a été inventé. Votre expérience en témoigne, monsieur le député.

Nous avons beaucoup travaillé à ce projet de financement de la sécurité sociale. C'est un texte financier auquel le ministère des comptes publics est évidemment très attentif. En effet, plus de la moitié des dépenses publiques sont des dépenses sociales. En outre, les cotisations sociales représentent une part très importante des prélèvements obligatoires, devant même la TVA.

J'aborderai les questions d'équilibre des branches et de recettes. Comme nous le faisons traditionnellement, Mme la secrétaire d'État évoquera plus particulièrement les dépenses et les questions de santé.

Tout d'abord, je tiens à préciser que ce PLFSS ne prévoit pas de mesures relatives aux retraites. En effet, un texte particulier sera déposé ultérieurement par

le Gouvernement sous l'autorité conjointe de la ministre des solidarités et de la santé et du haut-commissaire aux retraites. C'est la raison pour laquelle le Premier ministre a décidé de présenter un projet de loi de programmation des finances publiques qui s'adapte aux nouvelles prévisions de croissance et aux dépenses effectuées postérieurement au dépôt du projet de loi relatif à la réforme des retraites. Bien évidemment, la question des retraites ou encore le Brexit ont une incidence sur la trajectoire des finances publiques.

Nous devons discuter de plusieurs sujets relatifs aux comptes publics et notamment du déséquilibre constaté de la sécurité sociale. Le déficit s'élève en effet à 5,4 milliards d'euros, alors que le Gouvernement avait prévu un excédent d'un peu plus de 100 millions d'euros. Avant d'évoquer plus avant les causes de ce déficit, je voudrais rappeler que les mesures d'urgence annoncées par le Président de la République et adoptées par l'Assemblée comme par le Sénat, ne sont pas les uniques responsables du « trou » de la sécurité sociale. La dégradation de la conjoncture économique en est la principale cause. En effet, la diminution des recettes qui en résulte pour la sécurité sociale s'élève à 2,5 milliards d'euros. La désocialisation des heures supplémentaires, qui a simplement été anticipée puisqu'elle a été appliquée non pas en septembre mais dès le mois de janvier, n'intervient en revanche qu'à hauteur de 1,2 milliard d'euros. Quant à l'annulation de la hausse de la contribution sociale généralisée (CSG) des retraités percevant moins de 2 000 euros, elle porte sur 1,5 milliard d'euros.

Par ailleurs, nous constatons que la branche vieillesse accuserait en 2022 un déficit de 5 milliards d'euros. Nous attendons les nouvelles prévisions, afin de savoir quel sera exactement l'équilibre de la branche vieillesse, en fonction notamment de la conjoncture économique, des cotisations des actifs et du poids de la fonction publique ; vous connaissez l'importance de ce dernier point dans les prévisions du conseil d'orientation des retraites.

Le Gouvernement déplore bien évidemment le « trou » de la sécurité sociale, mais il a fait le choix de la baisse massive des impôts et de la sincérité des comptes. L'objectif demeure de résorber le déficit à l'horizon de 2023 ou 2024. Je vous rappelle qu'en 2010, la sécurité sociale avait connu un déficit de 24 milliards d'euros, en raison de la crise économique et de l'effondrement de la conjoncture qu'elle avait entraîné. En outre, même en 2017, le Gouvernement a trouvé un déficit de la sécurité sociale de 5 milliards d'euros. Pour autant, ce déficit, qu'il faut résorber, n'empêche pas le champ social de fonctionner.

Bien évidemment, les dépenses sociales ne se limitent pas à la sécurité sociale, puisque de nombreuses prestations sociales, dans le budget de Mme Pénicaud, comme dans celui de Mme Buzyn, relèvent du champ de l'État. Le PLF et le PLFSS sont complémentaires. Si l'on évoque le débat sur l'immigration, l'aide médicale de l'État (AME) provient de crédits d'État, tout comme la prime d'activité, dont la forte augmentation a été décidée par le Président de la République. Tel est le cas également d'autres prestations sur lesquelles je ne reviendrai pas.

Le déficit de la sécurité sociale s'établit donc à 5,4 milliards d'euros et son retour à l'équilibre a donc été repoussé à 2023. Les prévisions économiques ajustées seront différentes de celles que nous avons établies, lorsque nous pensions au début de l'année 2018 que la croissance serait de 1,7 %.

Je voudrais ensuite évoquer les mesures que nous pérenniserez dans le cadre du PLFSS. Tel sera le cas de la prime dite « Macron », nous aurons l'occasion d'en parler. Cette prime a été défendue par les ministres, en particulier par la ministre du travail. Dès l'origine, nous avons décidé collectivement qu'elle n'aurait pas d'impact sur les finances publiques. Comme la loi elle-même le précisait, cette prime ne constituait pas une perte pour la sécurité sociale. Nous avons donc décidé de reconduire cette prime exceptionnelle, en la conditionnant aux accords d'intéressement, afin d'éviter tout abus et de favoriser un meilleur partage entre le capital et le travail. À cet égard, cette reconduction correspond à ce qu'a souhaité le Gouvernement dans le cadre de la loi relative à la croissance et la transformation des entreprises (« PACTE »).

S'agissant des non-compensations, le rapport Charpy-Dubertret privilégiait le « chacun pour soi ». De manière générale, la non-compensation entre l'État et la sécurité sociale n'est pas nouvelle, elle était déjà d'actualité au cours des précédents quinquennats. De nombreux exemples datant du dernier quinquennat ont d'ailleurs été évoqués. En outre, la non-compensation était prévue dès le programme de stabilité adopté par la majorité parlementaire au mois d'avril dernier. Elle porte aujourd'hui sur la désocialisation des heures supplémentaires sur un certain nombre d'autres points. Mais, comme nous l'avons dit en Commission des comptes de la sécurité sociale, cela s'accompagne de l'abandon d'autres décisions. La sécurité sociale aurait dû ainsi verser à l'État 3 milliards d'euros répartis comme suit : 1,5 milliard d'euros pour la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et 1,5 milliard d'excédents de TVA, qui auraient dû être répartis de façon équitable, comme le prévoyait le rapport Charpy-Dubertret. La part de TVA perçue par la sécurité sociale est en effet de plus en plus importante, puisque la compensation de la recette d'État versée à la sécurité sociale avoisine désormais 57 milliards d'euros.

Nous devons également discuter de sujets qui intéressent particulièrement la ministre de la santé, tels que la fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Celui-ci restera à 2,3 %, soit l'objectif fixé au début des travaux sur la loi de programmation des finances publiques. Je rappelle que 0,1 point d'ONDAM correspond à 205 millions d'euros. Il y aura donc un tendancier de mesures nouvelles à hauteur de 4,6 milliards d'euros. Cet objectif est difficile à tenir, puisque nous rattrapons les années précédentes – en 2015 et en 2016, l'ONDAM était inférieur à 2 % – et que nous devons faire face au vieillissement de la population. Cela me permet d'évoquer la question du grand âge et de la dépendance sur laquelle reviendra la secrétaire d'État. Des crédits engageant d'ores et déjà le financement de la dépendance, avant les décisions qui pourraient être prises à la suite du rapport Libault, et le texte législatif qui sera déposé sur le bureau du Parlement.

Sur la déduction forfaitaire spécifique, la fin de la niche sociale s'élève à 423 millions d'euros sur un total de 2 milliards d'euros. Ce point concerne uniquement les charges patronales, et non pas les charges salariales. Dans son dernier rapport, la Cour des comptes a évoqué un certain nombre de niches sociales : nous aurons l'occasion d'y revenir.

Par ailleurs, je souhaite revenir sur la façon dont le Gouvernement a présenté le texte relatif à l'indexation des retraites. Une disposition a été invalidée par le Conseil constitutionnel. Elle a été modifiée lors d'une annonce du Président de la République : à partir de 2 000 euros, l'indexation s'établit à 0,3 % ; en dessous de cette somme, elle est égale à l'inflation. Indépendamment du montant qui déclenche l'indexation, il existe un autre changement. En 2017, lorsque le Gouvernement a présenté la mesure, l'indexation se faisait sur le revenu fiscal de référence (RFR). Cela signifie que l'intégralité des revenus était prise en compte pour un couple. Désormais, le montant retenu comme seuil de déclenchement, à savoir 2 000 euros bruts, est un montant individuel, qui n'est pas corrélé au RFR. Ainsi, ce n'est plus l'intégralité des revenus qui est prise en compte pour déclencher l'indexation ou la sous-indexation, mais la pension individuelle, et le cas échéant les pensions complémentaires, perçues par une seule et même personne. De ce fait, 77 % des retraités seront indexés sur l'inflation.

Je voudrais également souligner l'importante réforme de l'unification du recouvrement qui est incluse dans ce PLFSS. La simplification concerne notamment les entreprises, qui doivent s'adresser à plusieurs autorités utilisant le recouvrement. Il s'agit là d'une source de complexité. Il est prévu dans le PLF un recouvrement simplifié avec des dates de mise en place entre la direction générale des douanes et droits indirects, et la direction générale des finances publiques (DGFIP). La même disposition devra s'appliquer dans le champ social, selon des dates arrêtées avec les professionnels : en 2022, les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) reprendront les cotisations de l'AGIRC-ARRCO et en 2023, les régimes de la fonction publique seront à leur tour concernés. Hormis dans l'exposé des motifs, nous n'avons pas abordé les professions libérales, qui font l'objet d'études complémentaires. Nous attendons donc le terme de la discussion qui sera menée avec les professionnels pour savoir comment mettre en place le recouvrement. Celui-ci fait écho à la volonté d'instaurer un système de retraite par points, qui figure dans le projet de loi relatif à la réforme des retraites, défendu par Mme Buzyn et M. Delevoye.

Je ne détaillerai pas l'ONDAM entre médecine hospitalière et médecine de ville, sur lequel reviendra Mme la secrétaire d'État. Je voudrais simplement souligner que le Gouvernement a exécuté fidèlement et sincèrement ce que le Parlement lui a accordé, c'est-à-dire un objectif à 2,5 %, – et à 2,3 % l'année précédente. Nous pourrions sans doute – les chiffres ne sont pas encore complets – reverser des fonds aux hôpitaux pour leur désendettement, avec une visibilité sur les tarifs comme nous l'avons fait l'an dernier à hauteur de 300 millions d'euros. Nous serons en mesure d'exécuter l'ONDAM à 2,5 % sans dépassement cette

année encore d'après les chiffres communiqués par la direction de la sécurité sociale.

Je ne reviendrai pas non plus sur le financement de la dépendance ni sur la baisse très importante des impôts que ce PLFSS consacre en même temps que le PLF. Je rappelle simplement que la baisse d'impôt atteindra 40 milliards d'euros sur l'ensemble du quinquennat, dont 27 milliards d'euros pour les ménages, un montant sans précédent. Je laisserai également Mme la secrétaire d'État exposer la mesure relative aux pensions alimentaires.

Je terminerai en évoquant une mesure de simplification très importante, que nous devons aux travailleurs indépendants. La réforme du Régime social des indépendants a été menée avec succès, sans mobilité forcée et en simplifiant le travail des indépendants. J'en remercie les responsables syndicaux et managériaux. Les indépendants remplissent trois déclarations différentes : pour le revenu fiscal relatif à leur revenu propre, pour le revenu fiscal relatif à leur activité économique et enfin pour la fiscalité sociale. En 2021, les indépendants rempliront un seul document relatif au volet fiscal et en 2022, ils n'en rempliront plus qu'un seul en tout et pour tout. En deux ans, nous serons donc passés pour les indépendants de déclarations non pré-remplies à des déclarations pré-remplies, et de trois à deux, puis à un seul document. Cela s'inscrit dans la continuité, bienvenue, des mesures de renforcement prises en faveur des travailleurs indépendants, et de la simplification promise en septembre 2017 par le Premier ministre lors d'un déplacement à Dijon.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé. Je vous prie, tout d'abord d'excuser le retard de Mme Agnès Buzyn, pour les raisons précédemment évoquées par Mme la présidente.

Je suis très heureuse de vous présenter les grands axes et l'esprit général de ce PLFSS pour 2020. Je remercie tous ceux qui ont participé à sa construction et qui n'ont ménagé ni leur temps ni leur énergie.

Gérald Darmanin l'ayant déjà évoqué, je ne dirai qu'un mot de la hausse du déficit de la sécurité sociale, qui a déjà fait couler de l'encre. Cette hausse est au premier chef imputable à la baisse des recettes sous l'effet d'hypothèses économiques moins favorables que prévu, mais également de mesures de baisse de prélèvements obligatoires, baisse qui correspondait à une attente forte et légitime des Français et qui faisait partie intégrante de notre programme politique.

En un mot, avec ce PLFSS, et sans négliger un seul instant la maîtrise de nos dépenses publiques, nous nous adaptons au réel. Je ne sais pas si c'est un PLFSS du réel, mais une chose est sûre, c'est un PLFSS de responsabilité. Il répond à l'ambition du Gouvernement de couvrir mieux les risques d'aujourd'hui en tenant compte de leurs caractéristiques propres.

De nouveaux risques exigent de nouvelles protections et de ce point de vue, la sécurité sociale poursuivra toujours, et sans relâche, sa vocation de « protéger les Français de la peur du lendemain ». Ces risques, l'actualité nous le rappelle d'ailleurs brusquement, ce sont les risques technologiques, industriels ou phytosanitaires.

À ce titre, la création d'un fonds d'indemnisation des victimes de produits phytosanitaires illustre notre volonté de protéger tous ceux qui ont été exposés à des substances dangereuses et en ont été affectés. À cet égard, je remercie le groupe Socialistes et apparentés d'avoir inscrit ce texte dans sa journée réservée en janvier dernier, car cela nous permet aujourd'hui d'avancer sur ce sujet.

Ce sont aussi les risques liés aux évolutions démographiques qu'il est impératif de regarder en face. Le PLFSS engage ainsi le premier volet de la réforme de la dépendance, en attendant une loi de grande envergure, une loi fondatrice, qui permettra à la France de relever un défi immense.

La société française de 2050, dans laquelle près de cinq millions de Français auront plus de 85 ans et dans laquelle le nombre d'ânés en perte d'autonomie aura presque doublé, se construit aujourd'hui. Ce PLFSS pose donc la première pierre de notre réforme, avec le congé proche aidant, qui permettra d'indemniser pour une durée de trois mois toutes celles et tous ceux qui, à un moment donné, doivent aider un proche malade ou en perte d'autonomie. Cette mesure était, je le sais, attendue et portée par plusieurs groupes.

S'adapter aux nouveaux risques et tenir compte de ce qu'ils sont aujourd'hui et de ce qu'ils seront demain, c'est ce que chacun attend d'un État social moderne, capable d'intégrer des parcours de vie et des trajectoires individuelles moins linéaires que par le passé. Nous ne construisons pas autre chose.

La protection sociale du XXI^e siècle est une protection sociale qui connaît les vertus de la prévention et qui développe l'approche préventive à l'ensemble des risques, bien au-delà de la seule prévention en santé.

Prévenir, c'est voir venir et c'est intervenir avant que les risques ne se manifestent. Prévenir les risques sociaux, c'est donc agir en amont des difficultés et éviter les courants défavorables. Je pense ici aux familles monoparentales et au scandale des pensions alimentaires non versées. Il était temps d'en finir avec un système qui faisait de la négligence des uns la détresse des autres. La vie des parents isolés est suffisamment difficile. Une pension alimentaire qui n'est pas versée, c'est un caddie que l'on ne peut pas remplir, ce sont des loisirs auxquels on doit renoncer et c'est toujours un pas de plus vers la pauvreté. Telle est la conviction qui nous a guidés depuis le premier jour dans la mise en place d'une garantie de versement des pensions alimentaires, appelée de ses vœux par le Président de la République lors du Grand débat national. Avec Agnès Buzyn, nous sommes fières d'avoir créé un dispositif qui sécurise efficacement les familles

monoparentales et plus largement toutes les familles, y compris celles recomposées.

Prévenir l'apparition des risques sociaux, c'est aussi, évidemment, démultiplier nos efforts auprès des plus fragiles. Je pense ici aux enfants entrant à l'aide sociale à l'enfance (ASE). Avec Adrien Taquet, nous allons systématiser un bilan de santé et si besoin, l'orientation dans un parcours de soin.

Notre protection sociale doit aussi s'attacher toujours plus aux individus, aux parcours et aux transitions. Dire cela n'est pas moderniser un discours, c'est moderniser un système, dont la complexité ne doit plus être subie par nos concitoyens ; les ruptures de droits sont un fléau qui est la conséquence directe de cette complexité. Simplifier le système, c'est ce que nous avons voulu faire en procédant au « versement en temps réel » des crédits d'impôt et des aides sociales dans le cadre de l'emploi à domicile, notamment pour les personnes dépendantes, de façon que l'assuré ne paye plus que son reste à charge et n'avance plus de trésorerie.

Un autre exemple de cette simplification consiste à rendre moins contraignante l'obligation en matière de certificats médicaux de non contre-indication à la pratique sportive pour les mineurs.

Nous portons aussi nos efforts sur l'articulation entre les aides sociales, ainsi que sur le passage d'une aide à une autre. C'est par exemple l'automatisation de la bascule du revenu de solidarité active (RSA) ou de l'allocation aux adultes handicapés vers les droits à la retraite.

Nous tenons compte, parce que c'est indispensable, des parcours de soins en sortie de cancers, adaptés à chacun et pris en charge par l'assurance maladie, qu'il s'agisse de la nutrition, de l'aide psychologique ou encore de l'activité physique adaptée.

Nous regardons aussi en face les inégalités territoriales, avec la mise en place d'un nouveau droit pour les femmes enceintes habitant loin d'une maternité, incluant le transport et l'hébergement en amont du terme.

Ces inégalités territoriales, qui ont très largement inspiré la loi sur l'organisation et la transformation du système de santé, nous ne les esquivons pas dans le PLFSS. Notre ambition consiste à aller vers les populations fragiles et à ne laisser personne de côté. Tel est le sens de la réforme du financement de la psychiatrie, afin de mieux répartir les ressources en fonction des besoins évalués au niveau du territoire. Tel est également le sens de la poursuite des mesures de lutte contre les déserts médicaux, avec les contrats d'installation et les exonérations de cotisations. C'est enfin, et je ne peux citer toutes les mesures, le financement et le déploiement des hôpitaux de proximité.

Le PLFSS n'est pas seulement un acte de responsabilité budgétaire. En faire une lecture strictement comptable, c'est passer à côté de ce qu'il est

vraiment. Il est avant tout un instrument politique. Nous sommes en train de repenser la protection sociale dans son ensemble : dans sa méthode comme dans ses finalités, pour la rendre plus universelle, plus juste et plus efficace.

Notre objectif consiste à réaffirmer la présence de l'État social à chaque étape de la vie, de la petite enfance au grand âge en passant par la parentalité, la vie professionnelle, la maladie et tout ce qui compose une existence, dans ses joies, dans ses épreuves et dans ses espoirs.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je commencerai mon intervention en évoquant, non pas le PLFSS, mais la fierté que suscite l'annonce, par le Président de la République, de l'augmentation de 20 % de la participation de la France au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Il a réussi à réunir à Lyon un grand nombre de personnalités publiques et privées, des chefs d'État, de fondations et d'entreprises, et il est parvenu à obtenir un investissement de plus de 14 milliards d'euros dans la lutte contre les maladies infectieuses dans le monde. La commission des affaires sociales est nécessairement très sensible à ce geste fort.

Puis je mentionnerai les bonnes nouvelles que comporte ce PLFSS. Nous avons souvent tendance, en France, à insister sur ce qui ne va pas et à n'aborder les éléments positifs que dans un second temps. Je ferai l'inverse sans en dresser cependant la liste exhaustive, car de nombreux collègues auront à cœur de les évoquer.

Parmi ces éléments positifs figurent la réforme en profondeur du mode de financement de la psychiatrie, le soin de suite et de réadaptation (SSR) et, demain, la médecine d'urgence à l'hôpital, le congé proche aidant et les mesures d'invalidité pour les agriculteurs qui les attendaient beaucoup. La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole s'est d'ailleurs prononcée en faveur du texte. Je citerai également, en matière de politique familiale, la possibilité du recouvrement des pensions alimentaires par un organisme, ce qui permettra aux mères isolées de ne pas rester dans la détresse. Ces mesures du quotidien, qui bénéficieront à un très grand nombre de Français, viennent s'ajouter aux très belles dispositions contenues dans le PLF, à savoir la baisse importante des impôts et la relance de l'emploi comme facteur d'émancipation.

Une question est revenue assez régulièrement au cours des auditions et je me dois de l'aborder ici, afin de pouvoir éventuellement ouvrir un débat préalable à l'examen des articles du texte en commission la semaine prochaine. Elle porte sur le financement de l'hôpital, dans un contexte de tensions marqué par un mouvement important dans les services d'urgence. La mobilisation d'un collectif de médecins est d'ailleurs prévue cet après-midi à l'AP-HP. Ces derniers veulent nous dire qu'au-delà du programme structurel « Ma Santé 2022 », un geste est attendu concernant l'hôpital public.

Il existe sur tous les bancs de cette commission, et notamment ceux de la majorité, une sensibilité particulière sur le travail qui permettrait d'apporter des gages à l'hôpital, ainsi qu'aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Des jalons ont d'ores et déjà été posés concernant les futures réformes dans le domaine du vieillissement : 50 millions d'euros ont ainsi été ajoutés aux sommes déjà prévues. L'investissement supplémentaire dans le domaine du grand âge atteint donc 500 millions d'euros. Nous attendons la réforme de la dépendance avec impatience. De nombreux membres de notre commission sont très motivés pour travailler à l'identification de sources de financement qui ne relèvent pas du PLFSS. Des pistes portant sur la CADES ont été évoquées ; nous aurons à cœur de travailler au-delà du budget de la sécurité sociale.

Une autre question est revenue régulièrement au cours des auditions – elle est d'ailleurs à l'origine des réserves de certaines caisses sur le PLFSS. Il s'agit du retour sur la « loi Veil » de 1994 relative à la sécurité sociale, c'est-à-dire de la non-compensation. Nous avons eu ce débat l'année dernière, tant en commission que dans l'hémicycle, et ce, dans un contexte où la sécurité sociale allait enfin pouvoir présenter des excédents, au-delà même de l'objectif inespéré du retour à l'équilibre. Il avait été convenu que la sécurité sociale participerait à l'effort de la nation pour réduire sa dette. Tel était l'objet du rapport Charpy-Dubertret, dont j'ai cru comprendre qu'il faisait maintenant office de doctrine au sein de l'exécutif. Toutefois, je rappelle qu'il n'a pas fait l'objet d'un débat parlementaire. Je me souviens même avoir réclamé ce rapport, qui nous avait été remis peu de temps avant l'examen du précédent PLFSS.

Néanmoins, considérant la situation de la sécurité sociale l'année dernière, nous avons voté de bonne grâce un certain nombre de transferts du champ du social vers le champ de l'État, privant ainsi la sécurité sociale de recettes, ce qui constituait déjà une rupture par rapport à la situation précédente. En effet, depuis la « loi Veil » de 1994 relative à la sécurité sociale, si un certain nombre de non-compensations avaient pu être adoptées, elles avaient toutes finalement été compensées *a posteriori*, soit par le biais d'une réforme fiscale, soit par le biais d'un transfert d'aide personnalisée au logement (APL). Jusqu'aux mesures portant sur le crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires, les heures supplémentaires et le forfait social, la compensation s'élevait à 57 milliards d'euros, à quelques dizaines de millions d'euros près. À l'issue du Pacte de responsabilité sous la mandature précédente, la compensation a pris la forme d'un transfert de TVA et n'a plus fait l'objet de transferts directs, comme auparavant.

Pour la seule année 2019, il y a eu un peu plus de 4 milliards d'euros de non-compensation, auxquels viennent s'ajouter pour 2020 des non-compensations portant sur les mesures d'urgence économiques et sociales, à savoir l'anticipation des dispositions relatives aux heures supplémentaires, la suppression du forfait social, le taux intermédiaire de CSG, et les mesures visant les jeunes entreprises innovantes, qui atteindront environ 2,8 milliards d'euros. Un calcul très simple consisterait à additionner les non-compensations et à comparer ce total au déficit

de la sécurité sociale. On se rendrait compte alors que ce déficit n'est pas lié à un échec d'organisation des partenaires sociaux par branche, mais plutôt à des décisions externes qui interfèrent avec les équilibres. Le principe de responsabilisation, qui prévaut dans l'ensemble des branches de la sécurité sociale, a permis d'obtenir un équilibre dans quasiment toutes les branches. C'est d'ailleurs ce qui nous a été dit en audition. Ainsi, l'ONDAM, qui est respecté chaque année depuis plus de dix ans, correspond à cette logique des partenaires sociaux de s'inscrire dans un cadre où les règles du jeu sont claires et établies.

Je veux partager ici avec vous l'émoi qui a pu être exprimé dans un certain nombre d'auditions au sujet de la non-compensation. J'ajoute que le rapport Charpy-Dubertret me paraît obsolète, dans la mesure où il s'inscrivait dans un contexte de gestion des futurs excédents de la sécurité sociale. Or il n'y a plus d'excédent.

En tout état de cause, ces questions font l'objet de discussions sur tous les bancs, y compris au sein de la majorité. Nous aurons à cœur d'en débattre la semaine prochaine en commission, d'autant que nous voudrions dégager des fonds pour financer des dépenses nouvelles, la dépendance notamment. Je rappelle à nouveau notre attachement à la « loi Veil » de 1994 relative à la sécurité sociale, qui avait été votée à l'unanimité du Parlement, à l'exception des communistes qui y voyaient la possibilité de masquer des allègements de cotisations patronales. Des députés tels Charles de Courson, Bernard Accoyer ou encore Claude Bartolone avaient apporté leur soutien.

M. le ministre. Il me semble important de rappeler que le PLFSS est le fruit d'un travail entre l'État et la sécurité sociale. Pour les Français, c'est la même poche ; ce sont les mêmes impôts, les mêmes dépenses. J'entends l'argument selon lequel la sécurité sociale s'organise différemment, mais regardons les choses telles qu'elles sont : si le retour à l'équilibre a été repoussé à 2023, c'est parce que nous avons baissé l'impôt des Français. C'est le point qui me paraît le plus important. Après, la situation économique explique en grande partie cette dégradation.

L'État prend la plus grosse part des mesures d'urgence en renonçant à la taxe carbone –3 à 4 milliards d'euros de recettes par an – et en défiscalisant les heures supplémentaires – ce qui n'était pas prévu dans le programme du candidat Emmanuel Macron. Il baisse l'impôt sur le revenu – 5 milliards d'euros à partir du mois de janvier – et assume 14 milliards d'euros de mesures tirées du Grand débat national – contre 2 milliards dans le champ social. On ne peut pas dire que l'État se soit déchargé sur la sécurité sociale.

J'ajoute que si le déficit public général – toutes administrations publiques confondues – diminue, celui de l'État demeure très élevé. Cela est dû notamment au fait que c'est l'État qui assume la quasi-intégralité des baisses d'impôts – baisse de l'impôt sur les sociétés et de l'impôt sur le revenu ; suppression, pour 4 milliards d'euros par an, de la taxe d'habitation.

S'il y a bien quelque chose de positif depuis deux ans, c'est la baisse continue des impôts et du chômage. L'État a accepté l'idée qu'il devait réduire ses recettes, ce qui crée, il faut bien l'avouer, un peu de déficit, mais il tient ses dépenses, qui s'avèrent beaucoup moins dynamiques que dans le champ social. Encore une fois, le Gouvernement a fait un choix, et il s'y tient : l'État fait beaucoup d'économies et perçoit beaucoup moins de recettes, puisqu'il baisse les impôts ; de l'autre côté, grâce à la reprise de l'activité économique, les cotisations augmentent et le trou de la sécurité sociale est moins pire, pardon pour ce truisme, qu'il ne l'aurait été si l'État n'avait pas fait tous ces efforts. Les Français ont retrouvé le chemin de l'activité, ils touchent moins de prestations et paient davantage de cotisations.

Par ailleurs, avec l'augmentation de la prime d'activité, les dépenses de l'État vont encore croître de 4 milliards d'euros. L'AME, qui représente quelque 900 millions d'euros, relève, non pas du champ social mais de celui de l'État parce qu'elle n'est pas financée par des cotisations. De même, la prime d'activité, qui est une prestation sociale indexée sur l'activité économique, c'est-à-dire sur le retour au travail de salariés rémunérés autour du SMIC, est payée par l'État.

Alors je veux bien, monsieur le rapporteur général, que nous discutons de l'absence de compensations. Je commencerai par vous rappeler qu'en présentant le programme de stabilité 2019-2022, le Gouvernement n'a pris personne à revers. Vous avez accepté l'idée, nous en avons longuement débattu au Parlement, que ces non-compensations figuraient dans le programme.

Par ailleurs, l'État renonce aux compensations dues par la sécurité sociale. Certes, il ne s'agit pas de « renonciation » à proprement parler dans le cas de la CADES, puisque la Constitution lui interdirait de récupérer le 1,5 milliard d'euros que la sécurité sociale était censée transférer. Il ne récupérera pas non plus le 1,5 milliard d'euros de TVA que la sécurité sociale devait rendre en cas d'excédent. L'État respecte le champ de la sécurité sociale.

Vous parlez souvent de la bonne gestion par les partenaires sociaux de la sécurité sociale. Permettez-moi de vous dire que la branche vieillesse n'est pas tout à fait à l'équilibre – le déficit atteindra 5 milliards d'euros. Vous l'aurez constaté, nous ne prenons pas de mesures correctrices dans ce PLFSS. Mais nous en discuterons sans doute lors du projet de loi sur la réforme des retraites qui nous occupera pendant quelques jours et quelques nuits.

La position du Gouvernement est de respecter les premiers articles d'équilibre des comptes entre l'État et la sécurité sociale. Je rappelle qu'il était prévu que la désocialisation des heures supplémentaires ne serait pas compensée ; il n'y a donc pas de surprise. Cette mesure, qui devait entrer en vigueur en septembre, a simplement été avancée au mois de janvier, pour un coût supplémentaire, de mémoire, de 500 ou 600 millions d'euros. Nous aurons, sur ce point, une discussion. Elle a son importance et je ne la sous-estime pas. Le Gouvernement appliquera le rapport Charpy-Dubertret.

Vous avez interpellé les députés communistes. Je ne veux pas prendre la place de Fabien Roussel à la tête du parti, mais il est évident que les allègements de cotisations, qui présentent l'intérêt de réduire le coût du travail et d'augmenter le pouvoir d'achat, ce sont des recettes en moins pour la sécurité sociale. Ce qui a été décidé par le rapport de MM. Charpy et Dubertret n'est pas en soi mauvais.

M. le rapporteur général. Ce n'est qu'un rapport, ce n'est pas une loi !

M. le ministre. Nous avons souvent ce débat avec les parlementaires communistes, qui reprochent de décider des allègements sur le dos de la sécurité sociale. En tout état de cause, le Gouvernement maintiendra l'article 3 du PLFSS qui prévoit que les pertes de recettes de la sécurité sociale ne feront pas l'objet d'une compensation par le budget de l'État.

Mme Charlotte Lecocq. Le PLFSS 2020 traduit la volonté du Président de la République de poursuivre la valorisation du travail tout en soutenant les publics les plus vulnérables. Il met également en œuvre la réforme du système de santé et renforce la logique de prévention. Enfin, il traduit la volonté de modernisation et de simplification du système de protection sociale, très attendues par nos concitoyens.

Le PLFSS étant un texte budgétaire, il convient de s'arrêter sur les grands équilibres financiers de la sécurité sociale. Le retour à l'équilibre est retardé, en raison de perspectives macroéconomiques moins bonnes que prévu et de l'adoption, fin 2018, des mesures d'urgence, en réponse aux attentes exprimées par nos concitoyens en matière de pouvoir d'achat et de justice sociale. Ces mesures, qui ont amélioré le revenu des retraités et des travailleurs, relèvent d'un choix politique que nous assumons.

Pour autant, le retour à l'équilibre des comptes sociaux reste une priorité pour notre majorité et l'objectif d'apurement de la dette sociale portée par la CADES à l'horizon 2024 est confirmé dans ce PLFSS. Nous serons particulièrement vigilants sur ces questions, qui tiennent à la soutenabilité de notre modèle de protection sociale.

Le groupe La République en Marche tient à saluer la grande mesure de solidarité qu'est l'indemnisation du congé de proche aidant. C'est une mesure que nombre d'entre nous ici, et sur tous les bancs, ont défendue. La ministre Agnès Buzyn s'était engagée à tout mettre en œuvre pour y parvenir et elle a tenu promesse. Demain, les personnes qui suspendent leur activité professionnelle pour venir en aide à un proche dépendant, malade ou handicapé, bénéficieront de la solidarité nationale à travers une indemnité journalière, et ce pour une durée maximale de trois mois. C'est un pas en avant considérable pour les aidants, dont nous savons qu'ils seront de plus en plus nombreux compte tenu du vieillissement de la population.

Ce PLFSS concrétise une autre promesse faite par le Président de la République : lutter contre le non-versement des pensions alimentaires. Lors du

Grand débat national, cette problématique est apparue de façon criante. La mise en œuvre du service de recouvrement des impayés permettra de mieux protéger les familles, bien souvent monoparentales, et d'apaiser, au bénéfice des enfants, les relations entre les parents séparés.

Nous saluons également les mesures de justice sociale, telles que l'indexation sur l'inflation des retraites de moins de 2 000 euros, la revalorisation des prestations sociales et la poursuite de la revalorisation exceptionnelle des minima sociaux. La solidarité nationale doit permettre de protéger les publics vulnérables.

Nous croyons dans l'émancipation sociale par le travail : nous saluons donc les mesures qui permettent à nos concitoyens de bénéficier des fruits de leur activité professionnelle, grâce notamment à la reconduction de la prime exceptionnelle et aux nouvelles règles de cumul entre pension d'invalidité et revenu professionnel.

De plus, ce PLFSS est marqué par la création du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides, qui vise à apporter de façon plus efficace une réparation aux travailleurs exposés.

En matière de santé, le PLFSS met en œuvre la transformation de notre système de santé, avec une offre de soins de proximité mieux coordonnés entre les différents acteurs et plus adaptés aux réalités des territoires. Il permet de faire évoluer les modalités de financement du système de santé, s'agissant notamment des hôpitaux de proximité, des établissements de psychiatrie et des SSR. Le nouveau dispositif d'accompagnement post-cancer est une autre illustration positive de la logique d'un parcours de soins structuré autour du patient.

Le projet de loi renforce également l'efficacité des mesures d'incitation à l'installation des médecins dans les zones sous-denses, afin de mieux lutter contre les déserts médicaux.

Le Gouvernement entend répondre aux préoccupations des Français en simplifiant et en modernisant notre système de santé et de protection sociale. Nos concitoyens, et particulièrement les personnes âgées en situation de dépendance, trouveront un bénéfice conséquent pour leur trésorerie personnelle à percevoir les aides et les crédits d'impôt au moment où ils effectuent la dépense.

La prise en compte de nos aînés et des personnes en situation de handicap est particulièrement prégnante dans ce projet de loi. Les commissaires aux affaires sociales sont fortement engagés dans la préparation de la réforme grand âge et autonomie. C'est pourquoi nous accueillons favorablement l'apport de nouveaux financements pour rénover les EHPAD et renforcer les effectifs de personnel, ainsi que pour soutenir le secteur de l'aide à domicile dans l'amélioration et la modernisation de son offre.

Nous saluons aussi la sécurisation des parcours des personnes en situation de handicap dans les établissements belges.

M. Gilles Lurton. On ne peut donc pas les accepter en France ?

Mme Charlotte Lecocq. Les députés du groupe La République en Marche soutiendront le PLFSS pour 2020.

M. Jean-Pierre Door. Le constat est clair : les finances de la sécurité sociale en général et du régime de retraite en particulier se sont fortement dégradées en 2019, et cette évolution se poursuivra, vous l'avez dit, en 2020. Les comptes sociaux replongent donc dans le rouge avec un déficit attendu de 5,4 milliards d'euros pour cette année et de 5,1 milliards d'euros en 2020.

Nous sommes très loin du satisfecit des ministres de l'an dernier. Le retour à l'équilibre n'est envisagé qu'à l'horizon 2023-2024. C'est malheureusement ce que nous prédisions lorsque nous vous mettions en garde contre l'absence de financement des mesures qui avaient été concédées sous la pression des « gilets jaunes » – et je rappelle quand même que ce mouvement relève de la responsabilité du Gouvernement. L'absence de compensation par l'État des pertes de recettes met en cause l'autonomie de la sécurité sociale, qui date du Conseil national de la Résistance (CNR). Vous avez fait l'unanimité contre vous : en raison de cette non-compensation, l'ensemble des caisses ont rejeté le projet.

L'ONDAM sera de 2,3 % en 2020, après avoir atteint 2,5 % en 2019. Cela suppose, comme l'a rappelé la Cour des comptes, un net renforcement de la maîtrise des dépenses. Comment entendez-vous tenir cet objectif compte tenu, notamment, des déficits hospitaliers ? Comment allez-vous financer le plan de transformation du système de santé à l'horizon 2022 ? L'objectif d'apurement de la dette sociale en 2024 est-il encore tenable ?

Vous faites la politique de la carotte et du bâton, puisque vous demandez 4,2 milliards d'économies. La Cour des comptes a recommandé à plusieurs reprises d'intégrer dans la construction de l'ONDAM un objectif de maîtrise des déficits et de la dette des établissements publics de santé. Qu'en est-il ?

Finalement, vous assumez le dérapage, sans avancer de solutions. Selon vous, quelles mesures structurelles en dépenses permettraient d'accélérer la trajectoire de retour à l'équilibre des régimes de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse, lequel continue à s'enfoncer ? Enfin, il faut arrêter de fragiliser l'industrie pharmaceutique française, qui a déjà consenti 5 milliards d'euros d'efforts en quelques années.

M. Jean-Carles Grelier. Vous avez promis aux Français de transformer leur système de santé, ce qui n'est pas une moindre affaire. Nous sommes un certain nombre à avoir voulu y croire. Force est de constater que nous sommes très loin du compte ! L'ONDAM hospitalier et l'ONDAM de ville sont un camouflet adressé aux professionnels de santé. Les urgences et l'hôpital ne sont pas en crise,

ils sont en état de sidération ; la médecine de ville n'est pas en crise, elle est au bord du collapsus ! Notre santé brûle, et nous ne pouvons pas continuer à regarder ailleurs. Vous ne pourrez pas faire comme si vous ne saviez pas !

Mme Nathalie Elimas. D'abord, un mot pour dire que nous déplorons nous aussi le délai de transmission du texte – moins de 48 heures pour amender le budget de la sécurité sociale de la nation, c'est un peu court – mais nous nous efforcerons de travailler dans un esprit positif.

Le groupe du Mouvement Démocrate et apparentés soutiendra toute mesure visant à remplir les trois objectifs de la politique sociale sur laquelle nous nous sommes engagés en 2017 : une meilleure maîtrise des dépenses pour assurer un équilibre des comptes sociaux pérenne ; la poursuite de la transformation et de la simplification du système de protection sociale ; la poursuite de la politique de réduction des prélèvements obligatoires, afin d'augmenter le pouvoir d'achat des Français.

Malgré les contraintes budgétaires, ce PLFSS comporte plusieurs mesures d'importance qui méritent d'être soulignées. Le Gouvernement a fait un effort de transparence sur le financement de plusieurs secteurs-clefs du système de santé. Plus de 500 millions d'euros sont investis sur le chantier du grand âge et de l'autonomie, en anticipation de la loi prévue pour la fin de l'année. Cette enveloppe devra notamment permettre d'intensifier le recrutement des personnels soignants dans un secteur qui en a cruellement besoin. À ce titre, nous ne pouvons que souscrire au versement de la prime aux assistants de soins en gérontologie et aux aides-soignants des EHPAD ayant suivi une formation spécifique.

Dans cette équation, il convient de ne pas oublier le secteur du soin à domicile, qui bénéficiera de 50 millions d'euros supplémentaires et d'une mesure de simplification des démarches administratives pour les employeurs à travers une expérimentation. Nous sommes convaincus que la réussite de la prise en charge de la dépendance passera par un renforcement accru des synergies entre les soins à domicile et les soins en établissement.

Elle ne pourra pas non plus se faire sans un soutien clair aux aidants familiaux, qui participent de manière essentielle au maintien à domicile des personnes dépendantes, malades et handicapées. Ils sont un maillon essentiel du système de santé, sans lequel la prise en charge des personnes en perte d'autonomie serait impossible. À ce titre, ils méritent notre reconnaissance et la mise en place de dispositifs adaptés. Beaucoup a été fait depuis le début du quinquennat : je pense notamment à l'adoption de la proposition de loi de Paul Christophe visant à étendre le dispositif de dons de jours de repos non pris aux aidants familiaux ou encore à l'adoption de la proposition de loi visant à renforcer la reconnaissance des proches aidants, que j'ai eu l'honneur de rapporter. Nous le savons, beaucoup reste à faire. Le Gouvernement s'était engagé à mettre en place l'indemnisation du congé de proche aidant : c'est chose faite avec ce PLFSS. Bien sûr, il ne s'agit que d'une première étape, mais je ne vous cache pas, madame la

secrétaire d'État, notre déception. Comment se contenter d'une période d'indemnisation de trois mois, alors que les besoins sont si criants ? Une attention toute particulière devra être portée à la santé des aidants, ainsi qu'au cas spécifique des jeunes aidants. Notre groupe formulera des propositions à ce sujet et espère être entendu par le Gouvernement.

Nous saluons la mise en place d'un bilan de santé obligatoire pour les entrées dans l'ASE, afin de mieux prendre en charge ces enfants et ces jeunes particulièrement vulnérables.

Nous ne pouvons qu'approuver la création d'un forfait transport et hébergement destiné aux femmes éloignées des maternités pour offrir un accompagnement pré et post-natal sécurisé. Si cela ne règle pas le problème des fermetures de structures, il s'agit d'un mécanisme concret de suivi sanitaire.

Enfin, la création d'un parcours de soin global après le traitement d'un cancer est une mesure innovante, essentielle pour les anciens malades. Nous proposerons d'y ajouter des mesures spécifiques en faveur des enfants et d'améliorer la prévention des cancers pédiatriques.

Je conclurai en vous faisant part de ma déception, cette année encore, devant l'absence de mesures structurantes pour la politique familiale. La mission d'information sur l'adaptation de la politique familiale française aux défis de la société du XXI^e siècle, dont je suis la rapporteure, mène un travail de fond et sera force de propositions dans les mois qui viennent pour avancer enfin dans ce domaine crucial pour notre pays.

Le groupe du MoDem et apparentés soutiendra ce budget de la sécurité sociale pour 2020.

M. Boris Vallaud. Je veux commencer par saluer la création de l'Agence de recouvrement des impayés des pensions alimentaires, le début du financement du congé du proche aidant et la création du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides. Autant de propositions que nous avons formulées et qui avaient été repoussées par la majorité il y quelques mois. Voilà pour les compliments.

Dison-le clairement et simplement : il s'agit d'un projet de loi de non-financement de la sécurité sociale.

Pour reprendre la formule de notre collègue, l'hôpital brûle, et vous regardez ailleurs. Vous fixez l'ONDAM à 2,3 % et le sous-ONDAM hospitalier à 2,1 %. Avec des prévisions de croissance à 1,3 % et d'inflation à 1 %, donc 2,3 % en réel, la part des dépenses hospitalières dans le produit intérieur brut diminue. Alors même que la population augmente et vieillit, alors même que le progrès technique, médical, scientifique permet de prendre en charge de nouvelles pathologies, l'effort de la nation baisse !

Votre objectif est de réduire les dépenses publiques envers et contre tout. Votre PLFSS suppose 4,2 milliards d'euros d'économies sur la santé, en particulier sur l'hôpital public. Le niveau de l'ONDAM est proprement irresponsable, alors que les efforts consentis ces dernières années par l'hôpital, ses agents et les assurés sociaux ont été considérables. Vous demandez à nouveau de faire mieux, avec moins. Mais les poches de productivité sont aujourd'hui vides. Vous ne faites pas même bénéficier les assurés sociaux et les personnels de santé des efforts qu'ils ont consentis, puisque vous siphonnez la sécurité sociale.

Il faut dire que ce projet était déjà en germe dans la loi de programmation des finances publiques 2018-2022, puisque vous envisagiez de prendre 25 milliards d'euros dans les comptes de la sécurité sociale pour renflouer le budget de l'État. Vous dites : « ce sont les mêmes poches », mais ce n'est pas le même objet ! Les cotisations sociales, c'est du salaire différé, c'est la différence entre le net et le brut. La réalité, c'est que vous vous en prenez au salaire des Français !

L'hôpital brûle, et vous regardez ailleurs. Les personnels hospitaliers n'en peuvent plus, ils nous le disent. Ils quittent les hôpitaux, ils souffrent et deviennent leurs propres malades, les patients dont ils ont la charge en pâtissent. Au-delà des mesures structurelles qui, nous l'espérons, produiront leurs effets sur le long terme, nous avons aujourd'hui besoin d'un vrai plan d'urgence. Il y a le feu ! Nous avons besoin de lits, en particulier en aval des urgences. Les personnels doivent être mieux rémunérés pour que les professions redeviennent attractives. Le besoin de postes et d'investissement est considérable à l'hôpital. Avec le niveau d'investissement historiquement bas de ces dernières années, nous insultons l'avenir.

En réalité, ce PLFSS ne finance rien et vous avez beau jeu d'évoquer le déficit de la sécurité sociale – c'est le Gouvernement qui en est au premier chef le responsable.

J'évoquerai rapidement la sous-indexation – en dessous de l'inflation – des pensions de retraite et de prestations sociales, une mesure paramétrique quand vous annoncez une mesure systémique. Quant à la prime, défiscalisée et désocialisée, qu'a-t-elle produit ? La masse salariale, qui était en augmentation constante, a baissé au premier semestre : au lieu d'augmenter les salaires, les employeurs ont profité de l'effet d'aubaine et attendu que la prime produise ses effets. Enfin, j'aurais pu parler de la réforme de l'assurance chômage et de ses nombreux perdants, de la modification du mode de calcul des APL, autant de sujets que le débat parlementaire nous donnera l'occasion d'évoquer.

M. Paul Christophe. Vous présentez un budget de la sécurité sociale en nette dégradation, alors que nous avons voté l'an dernier le retour à l'équilibre. Nous ne pouvions alors que saluer ce retour à l'équilibre après dix-huit ans de déficit, tout en regrettant, sur ces bancs, la cure de rigueur infligée à l'hôpital et à

la chaîne du médicament, au risque de dégrader notre capacité d'innovation en santé.

Mais nous avons aussi soutenu, de façon responsable, les mesures de la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales adoptée en décembre. Elles concrétisaient des choix forts, en réponse à la colère et au sentiment d'injustice qui traversaient notre pays.

Ces mesures et une conjoncture économique moins favorable que prévu font que les soldes prévisionnels pour 2019 et 2020 basculeront à nouveau dans le rouge, pour atteindre 5 milliards d'euros environ. Cela nous conduit à nous interroger sur les marges de manœuvre dont nous disposons, alors que le grand chantier de la dépendance est toujours devant nous. Il conviendra de faire des choix politiques forts pour répondre à l'immense attente de nos concitoyens – nous sommes prêts à vous accompagner.

Il convient de s'intéresser globalement au déficit des comptes publics. Faire porter au budget de l'État l'ensemble de l'effort lié à la crise sociale ne serait pas responsable. Toutefois, nous considérons que ce n'est pas à la sécurité sociale d'assumer tout l'effort, l'État doit prendre sa part.

Sur le fond, ce PLFSS nous paraît timoré, même si nous comprenons la difficulté de l'équation budgétaire. Nous saluons certaines mesures, comme la pérennisation de la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat, conditionnée à un accord d'intéressement. Nous appelons cependant votre attention sur le fait que cette mesure écarte les entreprises de moins de 11 salariés, où la mise en place d'un tel accord se heurte à de nombreux obstacles d'ordre technique et financier.

Nous saluons aussi l'indemnisation du congé de proche aidant, une mesure à laquelle je suis attaché. Il s'agit bien sûr d'une première brique, mais je suis convaincu qu'il faudra aller bien au-delà de trois mois pour couvrir l'ensemble des situations.

J'aimerais revenir sur la pertinence du maintien de l'ONDAM comme outil de régulation des dépenses. Calculé de manière annuelle et sans stratégie de moyen terme, l'ONDAM donne parfois le sentiment de ne pas correspondre à la réalité des besoins, ni de tenir compte des inégalités territoriales de santé, que les crédits du fonds d'intervention régional (FIR) ne parviennent qu'imparfaitement à compenser. Vous connaissez l'attachement de notre groupe à ce sujet.

Le sous-ONDAM hospitalier semble être particulièrement malmené par rapport au sous-ONDAM de ville. Il souffre du maintien du mécanisme de mise en réserve, soit 0,3 % utilisés pour compenser les dépassements des autres secteurs. Cela interroge sur la sincérité de l'ONDAM et des sous-ONDAM proposés à la sagesse du Parlement.

Les acteurs souffrent de ce manque de visibilité, pourtant indispensable pour déterminer les choix d'investissement. Le rapport de la *task force* pilotée par

Jean-Marc Aubert sur le financement de la santé, dans le cadre des travaux « Ma Santé 2022 », souligne l'importance de donner une visibilité pluriannuelle aux acteurs, afin qu'ils puissent réaliser les investissements ou les adaptations nécessaires. L'idée d'une pluriannualité semble d'ailleurs faire son chemin, puisque c'est ce que le Gouvernement semble prévoir dans le cadre des ordonnances des hôpitaux de proximité.

Par ailleurs, la ministre Agnès Buzyn s'était engagée l'an dernier à trouver une solution pour pérenniser la situation des grossistes répartiteurs, indispensables pour l'approvisionnement des officines. Afin de rassurer les professionnels du secteur, pouvez-vous nous dire quelles mesures vous avez prises ?

Attaché comme vous le savez à la mise à disposition des médicaments innovants et à la réduction des délais d'accès, j'observe que les autorisations temporaires d'utilisation (ATU) en extension d'indication, votées en LFSS 2019, ne sont toujours pas effectives. Certes, le décret a été publié cet été, mais le secteur est toujours en attente de deux arrêtés. Il y a là une perte de chance pour les patients.

Enfin, si je salue votre intention concernant les services d'aide et l'accompagnement à domicile (SAAD), je m'inquiète de la faiblesse des moyens qui y sont consacrés : si ces 50 millions d'euros ne devaient concerner que le seul département du Nord, cela représenterait une augmentation de 40 centimes de l'heure, bien loin des attentes du secteur !

Fidèle à sa démarche constructive, le groupe UDI, Agir & Indépendants aborde ce PLFSS dans un esprit d'ouverture et proposera plusieurs amendements pour améliorer le texte.

Mme Jeanine Dubié. « *Un point de rupture est franchi, la sécurité n'est plus assurée* » : ce sont les mots de quelque 2 300 professionnels de santé qui ont signé à la fin du mois de septembre un appel pour des états généraux de l'hôpital public.

Chefs de service, médecins hospitaliers, internes, infirmiers, aides-soignants, tous alertent sur l'aggravation de leurs conditions de travail. Nous nous enfonçons dans une crise qui menace la survie de tout notre système de santé. Les hôpitaux ne parviennent plus à couvrir leurs charges d'exploitation courante, les urgences sont au bord de l'implosion et nos concitoyens sont confrontés à l'impasse de la désertification médicale. C'est peu dire que ce PLFSS était fort attendu par le secteur hospitalier, et plus largement par l'ensemble des acteurs de santé.

Mais la déception est à la hauteur des attentes. Vous présentez aujourd'hui un ONDAM à 2,3 %, alors que nous espérions voir se poursuivre la dynamique amorcée l'an dernier, avec un ONDAM à 2,5 %. Compte tenu du déficit du régime général, estimé à 5,1 milliards en 2020, la marge de manœuvre paraît bien limitée.

Le retour à l'équilibre des comptes, initialement prévu en 2020, est repoussé à 2023.

Certes, ce déficit est pour moitié dû aux mesures d'urgence que nous avons votées en pleine crise des « gilets jaunes ». Mais c'est le Gouvernement qui fait le choix de ne pas compenser la perte de recettes pour la sécurité sociale de 2,7 milliards d'euros. Nous le regrettons. Non, monsieur le ministre, la cotisation et l'impôt, ce n'est pas pareil !

Il serait exagéré de dire que la ministre Agnès Buzyn n'a rien fait. Je pense notamment à la revalorisation tarifaire, au dégel des réserves prudentielles et à la restitution partielle de la sous-exécution de l'ONDAM en 2019. Mais tout cela est insuffisant au regard des besoins, criants. Les établissements de santé, publics comme privés, s'unissent pour nous alerter sur leurs conditions de fonctionnement, et ce malgré les mesures prises. Les déficits des hôpitaux publics ont atteint 620 millions d'euros en 2018 et 25 % des établissements privés sont déficitaires. Il est urgent et essentiel de repenser le financement des établissements : les ressources doivent augmenter et la pluriannualité doit être instaurée pour une meilleure visibilité.

Par ailleurs, nous notons une inscription de 100 millions d'euros sur les hôpitaux de proximité, alors que l'ordonnance n'est toujours pas prête. N'est-ce pas trop ambitieux, ou décalé ?

Vous dites soutenir, avec ce texte, le pouvoir d'achat. La réindexation des pensions de moins de 2 000 euros sur l'inflation ne doit pas occulter la sous-indexation à 0,3 % pour les autres. Nous nous opposerons à l'indexation différenciée des prestations sociales. À la veille de la réforme du système de retraite, quel mauvais signal !

Pensez-vous que la mesure consistant à reconduire la prime exceptionnelle de 1 000 euros en la conditionnant à des accords d'intéressement soit pertinente ? Encore une fois, cette restriction se fera au détriment des salariés des petites entreprises. Un premier bilan de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) montre en effet que 29,8 % des entreprises de plus de 2 000 salariés ont versé une prime, contre 9,7 % des entreprises de moins de 10 salariés. Nous proposerons d'améliorer ce dispositif pour mieux en répartir le bénéfice.

Compte tenu du défi qu'elle représente, le Gouvernement était très attendu sur la dépendance. Il est difficile de se prononcer aujourd'hui, puisque les mesures concrètes ne seront présentées qu'à la fin de l'année, dans le projet de loi relatif au grand âge et à l'autonomie. Mais compte tenu des déficits, la proposition de Dominique Libault qui suggérait d'affecter une partie de la contribution pour le remboursement de la dette sociale au financement du risque dépendance nous semble largement compromise. Il est prévu de consacrer 15 millions d'euros au recrutement du personnel en EHPAD et de reconduire la dotation de 50 millions

pour les SAAD. Il n'est pas certain que ces mesures soient à la hauteur des difficultés rencontrées.

Nous aurons l'occasion de revenir sur l'indemnisation du congé de proche aidant. Très attendu, ce dispositif mérite encore d'être amélioré, notamment dans sa durée.

Le tableau sombre que je dresse aujourd'hui ne doit pas faire oublier l'existence de mesures qui vont dans le bon sens. Je pense au forfait accompagnement post-cancer, au mécanisme de recouvrement des pensions alimentaires ou à l'effort de simplification et d'amélioration des relations avec l'administration. Les débats permettront, je l'espère, d'avancer sur certains sujets, mais en l'état, le texte nous paraît en deçà de nos attentes et de celles des Français. Le groupe Libertés et Territoires réserve sa position.

Mme Caroline Fiat. Comme l'an dernier, nous avons reçu le PLFSS 2020 moins de 22 heures avant cette audition. Sauf à vouloir entraver notre travail, comment pouvez-vous nous imposer dans de tels délais un projet de loi de soixante-quatre articles et de plusieurs centaines de pages ? Je l'ai répété hier en séance, cela compromet gravement l'exercice de notre mission. J'espère que vous saurez nous entendre à l'avenir. Je tiens toutefois à remercier vivement la présidente de son aide sur ce sujet. Ne prenez pas cette remarque à la légère, vous n'imaginez pas ma colère devant ce mépris pour la représentation nationale. Nous parlons pourtant ici d'une institution issue de la Seconde Guerre mondiale et du CNR, une des décisions les plus importantes et les plus transpartisanes du XX^e siècle. Permettez-nous de travailler correctement !

Le PLFSS 2020 prend le contre-pied de l'euphorie affichée à la présentation du PLFSS 2019, qui prévoyait un retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale. La réalité de 2019 est cruelle et parlante : un déficit de 5,4 milliards d'euros et une prévision de 5,1 milliards pour 2020, avec plus de 4 milliards d'économies nouvelles. Il s'agit clairement d'un texte de renoncement et de déception. Le déficit affiché n'est pas le fruit du hasard, il est le choix conscient du Gouvernement de poursuivre et d'amplifier sa politique d'exonération de cotisations sociales. Et surtout, ne me dites pas que c'est la faute des « gilets jaunes » !

Les mesures d'urgence pèseront encore fortement sur le budget : je pense au prolongement de l'exonération des cotisations sur la prime exceptionnelle, jusqu'à 1 000 euros, à l'exonération des cotisations sur les heures supplémentaires, pour un coût de 1,8 milliard, à la suppression du forfait social sur l'épargne salariale dans les PME votée dans la loi « PACTE », pour un coût de 600 millions d'euros, et à la création, non financée, d'un taux intermédiaire de la CSG des retraités.

Pourtant, l'heure n'a jamais été aussi propice à une augmentation du budget de la sécurité sociale : les taux d'intérêt sont historiquement bas, ce qui fait la joie des éditorialistes économiques néo-libéraux que vous aimez tant écouter.

Ayons malgré l'honnêteté d'évoquer quelques mesures particulièrement positives : la prise en charge de la contraception pour les mineurs de moins de 16 ans ; la rémunération, bien que limitée, des congés des proches aidants ; la réalisation de tests rapides d'orientation diagnostique et d'évaluation par les pharmaciens.

Ces mesures ne masquent cependant pas les manquements les plus criants. La politique du grand âge reste au point mort. Malgré l'urgence, aucune réponse n'est apportée aux personnels des SAAD et des EHPAD. Mardi, les personnels étaient une fois encore dans la rue, avec des revendications qui n'ont pas changé depuis plusieurs années. Faute de moyens, la maltraitance institutionnelle se poursuivra et le Gouvernement en sera comptable.

Même si, pour le Président de la République, le mot « pénibilité » « *donne le sentiment que le travail serait pénible* », sachez que, oui, le travail de soignant est devenu pénible. Afficher un ONDAM à 2,3 %, ce qui implique un nouveau train de mesures d'économie, relève d'une véritable provocation. Après plus de six mois de grève aux urgences, cette décision laisse n'importe quel observateur sans voix. Pourtant, des mesures de bon sens pour l'hôpital vous sont proposées. Je vous le dis avec force, l'hôpital agonise ! Vous devez nous répondre, et répondre aux soignants.

La première mesure consiste à mettre fin à l'assujettissement des hôpitaux à la taxe sur les salaires – qui représente 4 milliards d'euros. Plus généralement, c'est notre modèle social qui est en jeu. À l'aube d'une réforme des retraites des plus injustes, vous promettez aux Français une austérité budgétaire absurde. La sécurité sociale n'est pas née d'un coup de tête en 1945, elle est l'aboutissement d'un siècle de luttes pour les droits sociaux, pour la dignité humaine.

La discorde ne porte pas sur une simple histoire de virgule : ce budget porte le poids de l'histoire que nous sommes en train d'écrire. En tant que femme, mère, parlementaire et républicaine, je suis choquée par l'entorse terrible que vous faites au pacte républicain.

M. Pierre Dharréville. Le PLFSS 2019 a été le nœud d'une question sociale toujours plus prégnante. Vous avez d'ailleurs été obligés d'y retoucher sans le renier vraiment. Son petit frère, pour 2020, est un budget de sous-financement, d'affaiblissement et d'appauvrissement de la sécurité sociale.

L'État a décidé de prendre à la sécurité sociale une partie de ses recettes et de ses excédents potentiels, tout en lui laissant ses déficits. Résultat, il manque 5,8 milliards dans les caisses en 2019, l'équivalent du déficit du régime général. En 2020, le déficit atteindra 5,1 milliards d'euros. La sécurité sociale est confrontée à une crise de financement, organisée pour justifier la compression des

dépenses sociales et préparer les esprits au déclassé généralisé de la réforme des retraites.

Hormis le coup de rabot sur la déduction forfaitaire spécifique, vous ne proposez jamais d'actionner le levier des recettes dans ce projet de loi. Il n'y a donc jamais eu autant de trous dans la raquette, avec diverses mesures d'exonération de cotisations sociales qui ont atteint des sommes astronomiques. On se perd dans les chiffres : 66 milliards d'euros selon le Gouvernement, 90 milliards selon la Cour des comptes. Ces mesures ne sont pas compensées. Je ne m'attendais pas à ce que les communistes soient au cœur du débat, mais je m'en félicite : la « loi Veil », effectivement, n'a pas empêché les non-compensations des allégements de cotisations patronales. C'est un débat sur lequel nous pourrions revenir.

Vous nous avez appelés à ne pas porter un regard strictement comptable sur ce PLFSS. Sans faire offense à Léonard de Vinci, ce budget, c'est un peu la Joconde : si l'on vous écoute en parler, il est magnifique, mais quand on se retrouve devant, on est quand même un peu déçu parce qu'il est tout petit !

Bien sûr, il y a quelques touches chatoyantes, dont l'indemnisation du congé de proche aidant. Je me réjouis que ma proposition de loi ait atteint son but. J'y vois une bonne nouvelle, même si ce ne peut être qu'un premier pas.

La faiblesse de la prise en charge de la perte d'autonomie nous inquiète, les 500 millions d'euros prévus ne sont pas à la hauteur du défi. Pour rappel, le rapport Libault sur la dépendance estime les besoins de financement à hauteur de 6 milliards d'euros par an. Ce sont selon moi des dépenses qui devraient être incluses dans le périmètre de la sécurité sociale.

Vous menez avec constance votre politique de baisse du coût du travail au profit des entreprises. Elle a un prix, mais peu de résultats : 22 milliards de crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) pour 100 000 emplois créés ou sauvegardés, selon les études, 26 milliards d'allégements généraux, distribués sans contrepartie. Ces choix budgétaires, lourds de conséquences, privent la sécurité sociale de son autonomie – une autonomie pourtant nécessaire à la promotion de la solidarité et à la redistribution des richesses.

Vous évoquez un budget en faveur du pouvoir d'achat mais on cherchera en vain les progrès en la matière. Pour le domaine de la santé, c'est le régime sec : 4,2 milliards d'euros d'économies exigées par rapport à l'évolution naturelle des dépenses d'assurance maladie, une somme qui vient s'ajouter aux 8 milliards d'économies exigées et, hélas, obtenues en 2018 et en 2019.

La situation dans les hôpitaux de notre pays est intenable, et insoutenable. C'est un drame quotidien. J'ai rencontré il y a quelques jours les personnels de l'hôpital de ma circonscription : franchement, on ne peut pas en rester là. Il faut des mesures d'urgence, nous en proposerons dans les jours qui viennent. Il est impossible de s'en tenir au budget que vous proposez !

La ministre de la santé a dit qu'avec ce budget, vous préservez l'hôpital. Je pense au contraire que nous abîmons encore un peu plus le service public hospitalier. Après avoir annoncé une enveloppe de 750 millions d'euros pour les urgences, étalée et prise sur des crédits existants, vous demandez maintenant aux hôpitaux un effort supplémentaire de 1 milliard d'euros. Il faut sortir de cette logique de compression de l'ONDAM : elle répond à une logique de comptabilité publique qui ne tient pas compte des besoins de santé de nos concitoyens et des conditions de travail des personnels hospitaliers.

M. Sébastien Chenu. La dégradation nette des comptes de la sécurité sociale était prévisible, son ampleur est cependant particulièrement préoccupante. Au titre des dépenses sensibles, la prise en charge des transports de malades représente un coût de l'ordre de 5 milliards d'euros. Le secteur du transport médical souffre d'une absence de mécanismes efficaces de régulation. Ainsi, les écarts de prix d'un département à l'autre peuvent aller de 1 à 4. Les professionnels de ce secteur se sont fortement mobilisés contre l'article 80 de la LFSS 2019, qui unifiait les modalités de prise en charge des dépenses de transport inter et intra-hospitalier. Dorénavant, ce sont les établissements de santé qui sont responsables du financement des transports inter-hospitaliers, auparavant pris en charge par la Caisse nationale de l'assurance maladie. L'un des motifs principaux d'inquiétude est la contractualisation, réalisée par l'intermédiaire d'appels d'offres : celle-ci favorise les grands groupes au détriment de petites entreprises ambulancières. Les risques sont clairement l'uberisation de la profession et la destruction massives d'emplois dans ce secteur. Aussi, un comité de suivi regroupant les fédérations hospitalières et d'usagers a été mis en place depuis octobre, il doit se réunir tous les deux mois.

Pouvez-vous indiquer en quoi cette réforme de la prise en charge des dépenses de transport permettra de réguler le secteur et de réaliser des économies substantielles ? Quel bilan pouvez-vous dresser des premières réunions du comité de suivi ?

M. le ministre. Monsieur Jean-Pierre Door, je regrette comme vous que la sécurité sociale ne soit pas à l'équilibre. Mais il me semble bien vain d'aggraver la situation en faisant des constats erronés. Il est faux de dire que le déficit va encore s'aggraver en 2020, puisqu'une amélioration est prévue et qu'il devrait se réduire en 2021 puis en 2022, avant l'équilibre en 2023. Parfois, on a l'impression parfois que vous avez envie que cela ne se passe pas bien !

Ensuite, j'ai du mal à vous suivre. Voyez, j'ai un système de pensée différent de celui de M. Dharréville, mais je le trouve cohérent ; vous, je ne vous comprends pas. Dans l'hémicycle, vous avez voté la défiscalisation et la désocialisation des heures supplémentaires, et vous ne vous en êtes pas caché devant vos électeurs, vous n'avez pas non plus rejeté l'intégralité des mesures d'urgence ; mais neuf mois plus tard, en commission, vous nous reprochez d'avoir cédé aux « gilets jaunes ». J'ai envie de dire : « Choisis ton camp, camarade » !

J'en viens par ailleurs à vos inquiétudes relatives à l'autonomie de la sécurité sociale, que le Gouvernement viserait à étatiser. Au contraire, l'État transfère sans contrepartie une part de l'impôt national à la sécurité sociale ; celle-ci est passée de 7 % à 28 % entre 2016 et 2020.

Enfin, je comprends mal votre position : vous n'arrêtez pas de nous dire qu'il faut baisser les dépenses publiques, dont les dépenses sociales constituent 56 %, et les impôts, mais vous nous reprochez de priver la sécurité sociale de recettes... Oui, nous assumons notre choix de faire baisser l'impôt des Français ! Et vous, êtes-vous pour ou contre une hausse des impôts ? Je serais heureux de le savoir.

M. Jean-Pierre Door. Je ne parlais pas des impôts, mais des cotisations !

M. le ministre. Monsieur Door, il faut faire correspondre les propos que nous tenons, en commission, dans l'hémicycle et en circonscription. Il faut être cohérent ! Pour ma part, je constate que nous baissions les impôts des Français, tout en gardant l'objectif de rétablir les comptes de la sécurité sociale et en prenant en compte la demande populaire. Si vous n'approuvez pas cette démarche, je vous encourage à ne pas voter en faveur des baisses d'impôts si vous devez regretter qu'il y ait moins de recettes ensuite, car, en général, les deux sont liés !

Monsieur Vallaud, j'ai encore plus de mal à vous suivre. Nous sommes à vos yeux responsables de situation dans les hôpitaux et vous déplorez que l'ONDAM ne soit pas assez élevé. Certes, la population vieillit et les besoins sont accrus. Peut-être peut-on en effet considérer que les 4,6 milliards d'euros de dépenses supplémentaires d'assurance maladie ne sont pas suffisants, au regard de ce que nous constatons sur nos territoires. Mais je note que, lorsque vous étiez aux responsabilités, chargé d'élaborer un certain nombre de textes financiers, l'ONDAM était inférieur à 2 %... Pardon de le dire, mais nous rattrapons vos bêtises, monsieur Vallaud ! L'ONDAM était à 1,8 %.

M. Boris Vallaud. Mais avec quelle inflation et quelle croissance à l'époque ?

M. le ministre. Ce n'est pas de cette année que l'hôpital connaît une crise. J'ai été élu en 2012 et je sais que le problème vient de loin. Certes, vous n'aimez pas qu'on vous rappelle un passé qui n'est pas si lointain. Sans doute cela s'explique-t-il, il fallait tenir les comptes... Mais au moins ne semblez pas découvrir aujourd'hui une situation dont la majorité serait seule responsable ! Il est vrai qu'il y a dix ans, l'ONDAM s'établissait parfois à 3,2 %, 3,3 % ou 3,4 %, et que sous le quinquennat précédant, il a été à 1,8 %. Nous rattrapons les choses. Partageons au moins la contrainte. À en croire certains, il n'y aurait plus de financement de l'hôpital depuis l'arrivée d'Emmanuel Macron. Or nous savons tous que c'est plus compliqué que cela !

Par ailleurs, puisque vous parlez du pouvoir d'achat de nos concitoyens, dois-je rappeler que vous avez procédé au gel des pensions, du point d'indice, au

décalage de la revalorisation des retraites ? Monsieur Vallaud, votre critique n'était pas constructive car, malheureusement, nous n'avons tout à fait compris ce que vous proposiez.

J'en viens au groupe du MoDem, que je remercie pour ses encouragements à faire mieux dans le domaine de la politique familiale. Il comprend les difficultés des comptes, dont chacun doit prendre sa juste part. S'agissant de la branche vieillesse, son déficit n'est pas imputable au fait que l'État refuserait de lui compenser de moindres cotisations. Sur les 16 milliards d'euros de mesures d'urgence, seulement 2 sont financés par la sécurité sociale et 14 par l'État. Je crois donc qu'on peut dire que l'État en prend sa part !

Bien sûr, nous sommes tous d'accord pour considérer qu'il faudrait parvenir à équilibrer les comptes de la sécurité sociale. Comme l'a souligné le rapporteur général, il va falloir s'interroger sur l'avenir de la CADES, car la question va se poser de savoir comment on finance par exemple la dépendance, sujet très important. Vous avez eu raison de dire que les 500 millions d'euros apportés constituaient une première brique mais qu'il faudrait trouver une mesure pérenne, sachant que le Gouvernement ne souhaite pas augmenter les impôts. C'est effectivement le grand défi des années à venir.

Mme la secrétaire d'État. Je répondrai à vos interventions en regroupant les différentes thématiques.

Tout d'abord, l'ONDAM de ville est plus élevé, parce qu'il constitue un ensemble composite : on prend en compte les indemnités journalières, les médicaments et les conséquences du virage ambulatoire que nous avons voulu, en faveur d'une santé de ville que l'on souhaite plus importante, parce qu'elle répond à un besoin de proximité.

À l'hôpital, la progression de l'ONDAM va se traduire par une ressource supplémentaire de 1,6 milliard d'euros. Comme l'a souligné fort justement Mme Dubié, depuis plus de dix ans, nous sommes le premier gouvernement à augmenter les tarifs hospitaliers. Nous avons restitué aux hôpitaux près de 400 millions d'euros de crédits, qui avaient été jusqu'à présent gelés. Nous l'avons fait en assumant d'augmenter l'ONDAM. Comme l'a rappelé M. le ministre, alors qu'il s'établissait sous la barre des 2 % ces dernières années, nous l'avons, pour notre part, porté à 2,3 % en moyenne.

À la suite des travaux de Pierre Carli et du député Thomas Mesnier, nous avons également arrêté le pacte de refondation des urgences. Comme l'a mentionné à plusieurs reprises Mme Buzyn, nous avons alloué des crédits budgétaires nouveaux pour procéder à des recrutements, à des revalorisations et soulager les personnels des services des urgences, mais assurer aussi un meilleur service à la population – 750 millions d'euros sur trois ans. La mise en œuvre a déjà commencé au sein des services d'urgence et dans les hôpitaux de proximité.

Nous travaillons également à la pluriannualité, très attendue par les établissements. Elle leur permettra de développer une vision de long terme de leurs moyens d'investissement et, le cas échéant, de refondation ou d'évolution de leurs services.

S'agissant du congé de proche aidant, il ne s'agit que d'une première étape. Il fait suite au rapport de Dominique Libault de mars dernier. Nous allons tester la formule ; la porte n'est pas fermée d'autant qu'une clause de revoyure est prévue dans deux ans. Nous avons répondu à une urgence. En outre, Agnès Buzyn et Sophie Cluzel lanceront, le 23 octobre prochain, une stratégie nationale qui comportera des mesures concrètes relatives aux difficultés des aidants, et notamment des jeunes aidants.

Sur la politique familiale, nous attendons la remise du rapport confié à M. Viry. Nous partageons votre ambition de faire évoluer notre politique familiale. Comme je le dis très régulièrement, la politique familiale doit s'adapter aux familles, et non l'inverse. Prenons l'exemple de la garantie de versement des pensions alimentaires : on a entendu les demandes, on y répond et on s'adapte en travaillant avec l'ensemble des secteurs.

Sur le grand âge, le congé de proche aidant fait partie des mesures que nous prenons. Les 500 millions d'euros de crédits sont la marque d'une première étape et non d'une quelconque austérité. Une réforme d'ampleur va arriver. Nous tiendrons nos engagements sur ce sujet, comme nous les avons toujours tenus. Un projet de loi est en préparation ; il sera prête d'ici à la fin de l'année. En parallèle, nous travaillons avec Myriam El Khomri sur la question de la valorisation et de l'attractivité des métiers dans le domaine du grand âge, comme nous le faisons dans les hôpitaux. Il s'agit de voir comment on peut parvenir à une meilleure rémunération.

Sur les SAAD, l'enveloppe de 50 millions d'euros que nous avons dégagée en 2020 vise à soutenir le secteur en attendant la réforme. Celle-ci sera structurelle et doit nous permettre de concrétiser réellement le virage domiciliaire à compter de 2021. D'où les travaux en cours sur tout le secteur du grand âge et de l'autonomie.

Enfin, sur les grossistes répartiteurs, monsieur Paul Christophe, les entreprises de la distribution constituent en effet un maillon important de la chaîne du médicament. Elles garantissent, comme vous l'avez rappelé, l'approvisionnement des pharmacies d'officine. En 2019, comme Agnès Buzyn s'y était engagée devant la représentation nationale, des échanges techniques se sont ouverts pour rendre la marge des grossistes moins sensible à l'évolution du prix du médicament. Ces échanges techniques ont eu lieu fin juin. Une architecture est en train de se dessiner concernant le nouveau modèle tarifaire, qui sera validé prochainement par la profession. En outre, il est indispensable de tenir compte des travaux que nous menons actuellement dans le cadre de la feuille de route relative aux ruptures d'approvisionnement, pour voir dans quelle mesure les

grossistes peuvent apporter leur aide. Je vous invite à y travailler avec nous, si vous le souhaitez.

Mme Monique Iborra. Madame la secrétaire d'État, malgré le fait que l'ONDAM médico-social soit en forte progression en 2020, ce dont nous nous réjouissons bien sûr, certains des personnels, acteurs et employeurs étaient en grève cette semaine. Soucieuse de les rassurer, je voudrais vous poser deux questions.

Tout d'abord, pouvez-vous nous dire combien de postes ont été créés en EHPAD ces deux dernières années, et combien le seront en 2020 ?

Par ailleurs, pensez-vous que les 50 millions d'euros prévus pour les acteurs du secteur de l'aide à domicile seront attribués en 2020 ? Nous savons en effet que les 50 millions d'euros votés dans le PLFSS l'année dernière ne l'ont pas encore été, ce que nous a confirmé la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Pouvez-vous nous indiquer la position des départements – partenaires acteurs et financeurs – sur une refonte urgente et nécessaire de notre politique dans ce secteur en très grande difficulté ?

M. Gilles Lurton. Dans le cadre de la discussion générale du PLFSS, j'ai l'habitude d'intervenir sur la politique de la famille. Je n'y dérogerai pas cette année. De mon point de vue, ce PLFSS consacre l'abandon total de la famille par votre gouvernement – il est d'ailleurs difficile de trouver des dispositions la concernant...

J'ai cependant relevé quelques articles que j'ai trouvés positifs. Ainsi en est-il de l'article 37 sur les maternités ou de l'article 38 sur l'accueil en Belgique des personnes en situation de handicap et le financement des personnels. Encore qu'il serait préférable de faire un peu plus pour accueillir en France une personne en situation de handicap... J'ai également pointé l'article 45 sur l'indemnisation du congé proche aidant, même si la durée de trois mois me paraît très courte. Mais j'ai noté que c'était un début. L'article 48 porte sur la garantie de versement des pensions impayées, mesure lancée sous le précédent quinquennat, et que vous améliorez : nous ne pouvons que l'approuver. L'article 49 favorise la satisfaction ponctuelle des besoins d'accueil des enfants dans les crèches. Mais je déplore la pauvreté des places de crèche dans tous vos PLFSS.

Voilà, je n'ai rien trouvé d'autre que ces quelques articles pour compenser les mesures désastreuses qui ont été prises à l'encontre de la famille depuis sept années.

M. Adrien Quatennens. 24 heures pour analyser, avec nos équipes, 189 pages hors annexes – dont certaines font jusqu'à 560 pages – c'est trop peu. Mais c'est suffisant pour comprendre l'essentiel, à savoir que vous affaiblissez de manière très importante notre sécurité sociale collective.

Vous l'affaiblissez d'abord en réduisant ses ressources, puisque vous multipliez les exonérations de cotisations sociales et que vous rompez avec le principe jusqu'à alors établi qui consistait à les compenser par le budget général de l'État. Ainsi, vous faites payer à tous les assurés sociaux les conséquences de vos choix fiscaux. Vous prétendez élever le niveau de vie en vous concentrant sur le salaire net par la baisse des cotisations, en omettant sciemment que ces cotisations sont une part intégrante du salaire socialisé, qui finance notre couverture collective face aux événements de la vie.

Vous ne mettez jamais rien d'autre dans une poche du grand nombre que ce que vous lui prenez dans l'autre. Ainsi, vous creusez le « trou de la sécu » pour mieux lui imposer cette nouvelle cure d'austérité. Celle que vous allez lui infliger cette fois est particulièrement rude : 4 milliards d'euros du fait de la moindre progression de l'ONDAM. Vous programmez l'affaiblissement de tous les services publics de santé, alors que la situation dans les hôpitaux, en grève depuis des mois, est absolument catastrophique. Au regard de l'actualité, c'est un PLFSS honteux, irresponsable et même dangereux, qui prépare évidemment la voie à la réforme des retraites que vous envisagez.

M. Belkhir Belhaddad. Je prends acte, pour m'en réjouir, des différentes avancées relatives au sport santé. Elles portent notamment sur le certificat médical ou le forfait soins post-cancer – et je sais la ministre très engagée sur la prévention des risques cardiovasculaires. La suppression du certificat médical pour les mineurs devrait permettre de faire des économies et, surtout, de lever un frein important au développement de la pratique sportive. Il devrait également être levé pour les plus de 18 ans. Au vu des dispositifs expérimentaux lancé par certaines villes et régions, tel le Grand Est, leur mode de financement paraît être au cœur de leur succès. C'est pour l'instant le FIR qui le finance aux côtés des collectivités locales et des mutuelles. Mais cela ne gomme pas les inégalités territoriales.

S'agissant du forfait soins post-cancer, seuls les bilans sont pris en compte. Il faudrait prévoir une extension au diabète type 3 et à l'hypertension. Rappelons les enjeux : les économies pourraient être de l'ordre de 5 à 6 milliards, soit l'équivalent du « trou » de la Sécu.

Mme Isabelle Valentin. Le vieillissement et la dépendance vont s'accélérer dans les vingt prochaines années. Or le maintien à domicile correspond à un souhait des Français. De plus, il est source d'économies dans un budget de sécurité sociale tendu.

Les métiers du grand âge, en structure ou à domicile, souffrent d'un manque d'attractivité important – vous en avez conscience. Les structures et associations font ainsi face à une pénurie croissante de personnel. Pourtant, ce PLFSS n'est pas à la hauteur des enjeux. Il ne comporte qu'une seule mesure financière pour l'accompagnement des seniors, mesure déjà prévue en 2018.

Quelles mesures et quels budgets, madame la ministre, comptez-vous mettre en place dans le PLFSS 2 020 pour permettre la revalorisation salariale des personnels concernés et la mise en place de formations adaptées aux nouvelles pathologies du vieillissement, dans le but de redonner de l'attractivité à ces métiers dont on a tant besoin ?

M. Dominique Da Silva. Le PLFSS propose, à l'article 10, une unification du recouvrement de la sphère sociale autour des URSSAF. C'est une très bonne chose, mais il faut veiller à ce que cette unification, source attendue de simplification, s'opère sans qu'on se défasse des solutions performantes que certaines entités ont su développer.

Je pense en particulier aux contrôles et à l'optimisation du recouvrement des cotisations employeurs menés à bien par l'AGIRC-ARRCO. En la matière, l'unification doit être l'addition des meilleures pratiques, et non le nivellement vers la plus accommodante des solutions pour les URSSAF. Comment les parlementaires peuvent-ils donc s'assurer de l'efficacité des travaux qui résulteront de cette unification ?

Mme la secrétaire d'État. Madame Iborra, les 50 millions d'euros seront bien attribués en 2020. Nous allons en effet soutenir le secteur de l'aide à domicile et, plus largement, de la dépendance. Nous avons commencé à travailler avec les conseils départementaux. S'agissant du recrutement dans les EHPAD, nous avons prévu 210 millions d'euros en 2020 et 240 millions d'euros en 2021. Cela représente environ 22 500 équivalents temps plein. Nous mettons donc les moyens nécessaires. Pour autant, les structures sont-elles en mesure de procéder à des recrutements ? C'est tout l'objet du travail sur l'attractivité du métier qui a été confié à Myriam El Khomri. Les propositions, qu'elle nous remettra dans le courant du mois d'octobre, serviront de base à notre réflexion. Sachez que 6 000 postes ont été créés ces deux dernières années ; 5 000 autres devraient l'être en 2020, grâce aux moyens supplémentaires qui ont été alloués.

Sur le parcours de soins post-cancer, la mesure relève de la prévention après une maladie et de la nécessité de prévoir une prise en charge spécifique pour les 3 millions de personnes qui vivent aujourd'hui en France avec un cancer. Malgré les progrès liés notamment au diagnostic, des expérimentations ont montré en effet qu'une prise en charge spécifique, faite de bilans nutritionnels, d'accompagnement nutritionnel, d'accompagnement psychologique ou de sport adapté, évite les rechutes. C'est donc dans le cadre d'une prévention que nous mettons en œuvre de telles dispositions. Concrètement, des enveloppes seront données aux agences régionales de santé (ARS), qui travailleront directement avec les établissements de soins du cancer, qui ont repéré les acteurs agissant au quotidien dans ce domaine. Cette mesure est attendue par les professionnels et par les Français souffrant de ces pathologies.

Sur la famille, je ne peux pas vous laisser dire, monsieur Lurton, que nous ne faisons rien. C'est totalement faux alors qu'on met en place la prise en charge

du transport et de l'hébergement pour permettre aux femmes d'arriver au terme de leur grossesse dans de bonnes conditions, qu'on prévoit la procréation médicalement assistée pour toutes les familles, qu'on instaure le congé proche aidant, ou encore le versement des impayés de pensions alimentaires. Ceux-ci concernent en effet pour 25 % des familles monoparentales et, selon la Banque de France, 54 % d'entre elles ont un dossier de surendettement. On voit bien combien ces mesures sont utiles ! Je rappellerai encore que nous avons mis en place un comité de suivi scientifique sur les 1 000 premiers jours – soit dès le quatrième mois de grossesse et jusqu'aux deux ans de l'enfant – pour favoriser la prise en charge de l'enfant et la parentalité. Enfin, dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion, avec les caisses d'allocations familiales, nous avons ouvert 30 000 places de crèche supplémentaires. Comment accompagne-t-on les collectivités et comment informe-t-on les familles sur ces offres ? Un système nous permettra de proposer de manière lisible, sur la page monenfant.fr, les places de crèche mais aussi les assistantes maternelles disponibles. Car je crois beaucoup au libre choix des familles entre solutions collectives et individuelles. C'est tout le sens du service offert par la page emploiplus.com, voté dans le PLFSS de l'année dernière et mis en place le 25 mai dernier. Comme on l'a fait pour les personnes dépendantes, ce service évite aux familles de faire l'avance des frais.

M. le ministre. S'agissant du recouvrement, monsieur Da Silva, les services de la direction de la sécurité sociale (DSS) ont beaucoup travaillé pour que la fusion se fasse en bonne intelligence et reprenne les bonnes pratiques de part et d'autre. Il s'agit de simplifier la vie des gens, mais aussi d'améliorer le taux de recouvrement et de conserver le dispositif de fiabilisation. La recherche des données déclarées par l'AGIRC-ARRCO, telle qu'elle existe aujourd'hui, profitera ainsi à tous les organismes sociaux.

M. Gardette a rendu un rapport très intéressant sur ce sujet, et la ministre des solidarités et de la santé y travaille beaucoup avec l'ACOSS et la DSS. Monsieur le député, je suis prêt à vous recevoir, ainsi que tous les parlementaires intéressés, pour discuter de cette réforme du recouvrement. Un échelonnement a été prévu jusqu'en 2025, après une longue concertation. Mais nous pouvons travailler ensemble lorsqu'il apparaît que les choses ne sont pas assez mûres – tel est par exemple le cas pour les professions libérales. Il s'agit en tout état de cause d'un très gros chantier de transformation de l'État, qui faisait d'ailleurs partie du programme d'action publique CAP22 – on l'oublie trop souvent. Il sera source d'améliorations pour les personnes comme pour les organismes de sécurité sociale.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Depuis le 1^{er} janvier 2019, le CICE a été transformé en une baisse pérenne des charges, puis en allègement de 6 points des cotisations sociales d'assurance maladie pour les salaires inférieurs à 3 SMIC, voire à 2,5 SMIC pour les salariés du régime agricole.

En séance publique, j'avais appelé votre attention, monsieur le ministre, sur l'impact de cette transformation pour les associations intermédiaires qui

bénéficiaient jusque-là de dispositions d'exonération propres. Vous m'aviez alors indiqué que, si ces nouvelles dispositions étaient *a priori* plus favorables, vous étiez disposé à effectuer un point d'étape après la mise en place du dispositif.

Les associations intermédiaires ont compilé des données qui ont été transmises à vos services. Il s'avère que, pour certaines structures, les nouvelles dispositions ont un impact négatif sur le montant de leur charge, de l'ordre de 3 % ou 4 %. Sachant que l'insertion par l'activité économique est une priorité du Gouvernement, comment comptez-vous, à travers ce PLFSS, corriger les effets de bord constatés pour éviter que les associations intermédiaires soient impactées par les nouvelles dispositions ?

Mme Hélène Vainqueur-Christophe. Comme s'y était engagée la ministre Agnès Buzyn lors de la discussion des deux propositions de loi de notre groupe discutées en janvier, le Gouvernement crée bien un fonds d'indemnisation des victimes de pesticides. Mais, à l'examiner de plus près, nous sommes plus que déçus. J'ai eu la fâcheuse impression, à la lecture du dispositif et de l'étude d'impact, qu'au final, malgré les espoirs suscités, vous ne créez pas en réalité de fonds d'indemnisation, mais seulement un guichet unique de simplification des démarches. Car il n'y aura ni indemnisation intégrale du préjudice ni prise en compte des victimes environnementales ou économiques.

Concernant le chlordécone, comment les victimes professionnelles, comme il en existe très peu, seront-elles prises en charge ? Pour les victimes, compte tenu de la nature du produit – qui n'est plus en circulation et n'est plus utilisé depuis 26 ans – et de la présomption que certaines pathologies lui sont imputables, ne pensez-vous pas qu'il vaudrait mieux prendre pour modèle le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante ? En d'autres termes, devons-nous attendre que des actions en justice soient intentées contre l'État pour manquement, pour défaillance et pour faute, et que l'État soit condamné, pour que les victimes professionnelles ou environnementales soient enfin justement indemnisées ?

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Le Président de la République a manifesté sa volonté de soutenir les start-up françaises. Dans le domaine de l'innovation en matière de santé, elles font preuve d'un réel dynamisme et elles apportent une véritable plus-value, mais elles ont du mal à être visibles dans le cadre des marchés publics, en particulier ceux des hôpitaux : ce sont de puissantes structures financières d'origine étrangère qui remportent les marchés alors que des start-up françaises innovantes, qui offrent un meilleur rapport qualité-prix, sont écartées. Je sais qu'une réflexion est en cours au sein du ministère, mais j'aimerais savoir quelles mesures peuvent être envisagées pour que les petites entreprises innovantes puissent être visibles et que les fonds publics soient utilisés à bon escient, c'est-à-dire en faveur de solutions offrant le meilleur rapport efficacité-prix.

Mme Mireille Robert. L'instauration d'un forfait post-cancer pour les soins de support correspond à une revendication, de longue date, des associations de lutte contre le cancer. Ce sera une avancée inédite et un message fort de soutien aux patients. L'après-traitement est en effet souvent oublié, alors que c'est une période de fragilité marquée par des répercussions sur la vie personnelle, sociale et professionnelle. Pourriez-vous nous donner davantage de détails, madame la secrétaire d'État, sur le contenu du forfait ? Quel sera son montant ? Combien de consultations cela permettra-t-il de couvrir ? Pourra-t-on utiliser le forfait dès l'annonce de la maladie, sans attendre la fin des traitements ? Enfin, qu'entendez-vous par « traitement aigu » ? Je pense en particulier aux patients atteints de cancers métastatiques qui auront des traitements toute leur vie.

M. Julien Borowczyk. Oui, l'hôpital est malade, mais j'ai été surpris par ce qu'ont dit beaucoup de nos collègues : ils ont évoqué un infarctus brutal, qui serait survenu en 2017, alors que j'ai plutôt l'impression qu'il s'agit d'une insuffisance cardiaque patiemment entretenue depuis de nombreuses années.

Il faut évidemment des budgets – et nous sommes au chevet de l'hôpital – mais aussi un équilibre entre le budget de l'État et celui de la sécurité sociale, qui sont intimement liés : le budget de l'État est également un aspect capital. Il faut, par ailleurs, une certaine visibilité sur l'avenir pour structurer l'ONDAM et les investissements. Monsieur le ministre, quelles précisions pouvez-vous nous apporter à propos des transferts envisagés entre l'État et la sécurité sociale dans le cadre des compensations de recettes, étant entendu que le PLFSS pour 2020 prévoit qu'il n'y aura pas de transferts de la sécurité sociale vers l'État ?

M. Thierry Michels. Vous avez fait référence, madame la secrétaire d'État, à la création d'un parcours post-traitement pour les patients atteints de cancer afin d'améliorer leur accompagnement. En cette période d'« Octobre rose », c'est une excellente nouvelle pour les 60 000 femmes auxquelles on diagnostique chaque année un cancer du sein.

Mieux vaut, néanmoins, prévenir que guérir. La prévention, qui est un des leviers de l'action du ministère de la santé, est un investissement essentiel pour la bonne santé de nos concitoyens, comme pour celle des comptes de la sécurité sociale. Je salue le lancement de l'initiative « territoires d'innovation », qui est dotée de 450 millions d'euros, et la sélection, dans ce cadre, de Strasbourg pour porter au niveau national le projet « territoires de santé de demain ». C'est une opportunité pour accélérer les initiatives innovantes, comme celles du pôle sénologie des hôpitaux universitaires de Strasbourg, qui développe un manchon connecté pour mieux comprendre et prévenir les lymphœdèmes résultant d'une opération chirurgicale du sein.

Pouvez-vous préciser l'articulation entre les dispositions du PLFSS qui contribuent à la prévention en matière de santé et les initiatives nationales en faveur de la recherche et de l'innovation, en particulier dans le domaine de l'exploitation des données et du recours à l'intelligence artificielle ?

M. Brahim Hammouche. Je vais vous poser une question qui m'a été soumise récemment par la section des mineurs de fer retraités et des veuves de mineurs de ma circonscription au sujet de l'abondement de l'Agence nationale pour la garantie des droits des mineurs (ANGDM) en matière d'action sanitaire et sociale, au regard des besoins des bénéficiaires de ce régime. L'ANGDM offre aux retraités et aux futurs retraités un large éventail de prestations qui visent à prévenir la perte d'autonomie, à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et à renforcer le lien social. Avec les diminutions successives des crédits disponibles, d'année en année, il devient impossible de servir certaines prestations, pourtant indispensables à une population vieillissante et de plus en plus dépendante. Qu'en sera-t-il en 2020 ?

Mme Stéphanie Rist. Le PLFSS 2020 comporte des mesures importantes pour l'hôpital, dans la continuité des engagements pris dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 ». Des réformes très structurantes vont ainsi accompagner la nouvelle organisation des soins, notamment la réforme du financement des hôpitaux de proximité, qui permettra d'améliorer la qualité et la proximité de la prise en charge des patients tout en progressant en matière d'attractivité, et la réforme du financement de la psychiatrie, qui va diminuer les inégalités territoriales – vous l'avez dit.

Alors que d'importants efforts budgétaires ont été réalisés au cours des quinze dernières années par les hôpitaux, il faut maintenant engager d'importantes transformations structurelles dont les enjeux sont liés au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies chroniques et à la poursuite du virage ambulatoire, dans un contexte de faible démographie médicale. Le sous-objectif « dépenses relatives aux établissements de santé », pour lequel l'évolution prévue est de 2,1 %, fait l'objet d'inquiétudes que le Gouvernement n'ignore pas. Madame la secrétaire d'État, l'ONDAM hospitalier vous semble-t-il soutenable ? Pourriez-vous notamment nous rassurer sur la campagne tarifaire de 2020 ?

M. Sylvain Maillard. Environ 830 000 personnes travaillent actuellement auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, et leur nombre devrait augmenter d'environ 20 % d'ici à 2030 du seul fait de l'évolution démographique, c'est-à-dire sans tenir compte des hausses des effectifs qui seront nécessaires pour améliorer la qualité de la prise en charge. Or les structures existantes, à domicile comme au sein des établissements, peinent à recruter et à fidéliser leur personnel. Ce secteur connaît des difficultés de recrutement majeures : entre 2012 et 2017, on a constaté une diminution de 25 % du nombre des candidatures aux concours d'entrée des instituts de formation des aides-soignants. Le nombre de personnes de plus de 85 ans va pourtant tripler d'ici à 2050. Le PLFSS 2020 prévoit d'investir dans la formation des professionnels et la qualité des SAAD à hauteur de 50 millions d'euros. Quelles actions et quels moyens de suivi prévoyez-vous pour la formation des professionnels, en vue d'améliorer la qualité des services d'aide à domicile ?

Mme Fadila Khattabi. Je voudrais associer Corinne Vignon à ma question. L'article 40 du PLFSS vise à améliorer l'état de santé et la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer après leur période de traitement. Le forfait de soins dits de « support » qui va être créé est une grande avancée. Cela couvrira notamment une activité sportive et un suivi psychologique.

Dans la continuité de cette démarche et dans le cadre des travaux qui seront menés par l'Institut national du cancer, ne pourrait-on pas envisager un élargissement des soins pris en charge dans le forfait ? C'est ce que demande notamment l'association « Les entreprises contre le cancer », que nous avons rencontrée. Elle nous a interpellés sur le reste à charge qui demeure très important pour certains soins, pourtant tout à fait indispensables, après la maladie. Je pense, par exemple, à certaines crèmes à utiliser après un cancer de la peau ou des brûlures engendrées par une exposition aux rayons.

Mme Albane Gaillot. Le 31 janvier dernier, alors que nous examinions la proposition de loi du groupe Socialistes et apparentés portant création d'un fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques, Mme Buzyn s'était engagée à ce qu'un tel fonds soit créé dans le cadre du prochain PLFSS. Quelques mois plus tard, le texte que nous nous apprêtons à examiner consacre la création de ce fonds. C'est une excellente nouvelle dont nous devons tous nous réjouir. Un délai de quelques mois était nécessaire, notamment afin de travailler sur les questions de financement que nous n'étions pas parvenus à régler. Quels mécanismes avez-vous décidé d'instaurer pour éviter de nuire à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, acteur principal de la pharmacovigilance, et aux agriculteurs, pour lesquels on peut craindre une répercussion de l'augmentation de la taxe sur les produits phytopharmaceutiques ?

Mme Carole Grandjean. Je voudrais saluer des avancées majeures qui concernent des enjeux de société forts : les 500 millions d'euros prévus pour le grand âge, la reconduction de l'exonération de toute cotisation sur les primes exceptionnelles, le congé proche aidant et les dispositions prévues au sujet des pensions alimentaires, qui permettent de soutenir les parents isolés. Je tiens également à souligner l'enjeu de la modernisation des processus liés aux systèmes d'information : un pas en avant supplémentaire aura lieu en matière de « juste prestation ». Pourriez-vous nous éclairer sur les avancées prévues en ce qui concerne le partage d'informations entre les organismes de protection sociale et leurs partenaires, en vue de renforcer l'efficacité du versement des prestations, des contrôles et de la lutte contre les fraudes ?

M. Thomas Mesnier. Notre système de santé se caractérise aujourd'hui par un financement lié à une tarification qui se fonde essentiellement sur l'activité. On ne s'intéresse pas ou peu, dans le cadre du levier financier, à la qualité des soins et à la coordination entre les différents acteurs de santé. La réforme qui a été annoncée en février dernier a pour objectif de corriger la situation en orientant les financements vers la qualité, la prévention et la coordination. Dans le cadre de la

mission qui m'a été confiée, j'ai travaillé sur la transformation du financement des urgences : il me semble nécessaire d'envisager, à la place de la seule tarification à l'activité, un financement prenant en compte plusieurs paramètres, tels que la population desservie, l'activité et la qualité des services, dans l'objectif de recentrer nos services d'urgence sur leur mission première – l'urgence –, sans impact financier pour les hôpitaux. Pouvez-vous exposer les orientations que vous souhaitez pour le financement des services d'urgence ?

Mme Catherine Fabre. Je tiens également à saluer les avancées prévues dans le cadre de ce PLFSS, notamment en ce qui concerne les pensions alimentaires, le congé proche aidant, la valorisation du travail et, de manière générale, le soutien aux plus modestes. La majorité des personnes en situation de précarité sont des femmes : elles représentent 53 % des personnes pauvres, 57 % des bénéficiaires du RSA et 70 % des travailleurs pauvres. Ces femmes, parce qu'elles sont en situation de précarité, sont plus susceptibles d'avoir une santé dégradée et un moindre accès aux soins.

Même s'il est complexe d'établir un budget précis, une étude menée en 2019 par *Le Monde* estimait le budget consacré aux protections hygiéniques à près de 3 800 euros dans la vie d'une femme. Il faut rappeler que ces protections ne constituent en aucun cas des produits de confort – ce sont des biens de première nécessité : il est impossible de s'en passer. Certaines femmes utilisent encore dans notre pays des protections de fortune qui les exposent à des risques d'irritation et d'infection. Mme Buzyn s'est engagée en décembre dernier, devant le Sénat, à trouver un vecteur pour améliorer la disponibilité et la gratuité des protections hygiéniques. J'aimerais savoir, alors que nous allons examiner le PLFSS pour 2020, ce qui est prévu pour que cette gratuité se concrétise et quelles échéances sont envisagées.

Mme la secrétaire d'État. La campagne tarifaire de 2020, madame Rist, se déroulera aussi bien que celle de 2019. Agnès Buzyn s'y est engagée à plusieurs reprises. Par ailleurs, comme je l'ai déjà indiqué, le travail en cours sur la pluriannualité permettra aux hôpitaux d'avoir une vision à long terme, notamment à propos de l'évolution de leurs services.

L'attractivité des métiers sanitaires et médico-sociaux est une préoccupation majeure du Gouvernement, monsieur Maillard. L'enveloppe de 50 millions d'euros que j'ai évoquée concernera aussi la qualité de vie au travail. Il y aura également 10 millions d'euros supplémentaires dans le cadre de la prime qui a été annoncée – elle sera versée non seulement aux salariés des EHPAD mais aussi à tous les aides-soignants œuvrant dans des secteurs en lien avec la dépendance. J'ai aussi rappelé que Myriam El Khomri remettra en octobre un rapport sur l'attractivité, qui permettra de poursuivre le travail réalisé par Dominique Libault dans la perspective du projet de loi relatif à la réforme du grand âge et de l'autonomie. Par ailleurs, c'est un des grands enjeux de la réforme de la tarification, qui est en cours au niveau des conseils départementaux, mais aussi de l'accès à la formation, initiale et continue, et de la prise en compte des

frais kilométriques dans le cadre de l'aide à domicile – ces frais ne sont pas toujours remboursés, ou pas très bien. Il y a, enfin, la question des plannings. Tout un travail a été engagé avec les services de soins à domicile, les associations et les collectivités locales, en particulier les départements.

Je vais répondre à la question portant sur les échanges de données entre la DGFIP et la sécurité sociale, mais Gérard Darmanin pourra compléter mes propos s'il le souhaite. Nous faisons en sorte que les deux systèmes d'information puissent se parler. À titre d'exemple, une déclaration trimestrielle préremplie verra le jour dans le courant de l'année 2020 pour les bénéficiaires du RSA et de la prime d'activité. Il n'y aura plus qu'à la valider – vous savez qu'on se demande parfois quels sont les montants à déclarer ou ce qu'on doit faire quand un salaire perçu au titre du mois de mars a été versé en avril. Tout le travail qui a été engagé dans le cadre de l'évolution de nos services nous permettra d'aboutir sur ce sujet en 2020, comme nous nous y étions engagés. C'est également sur cette base que nous pourrons assurer la contemporanéisation des aides au logement au début de l'année prochaine.

L'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a conduit à une réflexion sur la structuration des transports entre les établissements : il y a eu de la place pour inventer de nouvelles prestations, étant entendu que l'État n'a pas à intervenir dans les marchés entre les établissements. Une évaluation est en cours pour faire le bilan de cette mesure. Nous continuons à travailler avec les établissements et les représentants des ambulanciers pour trouver de bonnes solutions.

Permettez-moi de revenir plus en détail sur la prise en charge du parcours global après la phase de traitement aigu d'un cancer, que j'ai déjà évoquée rapidement. Les ARS pourront désormais financer certains organismes, qu'elles connaissent. En quoi la prise en charge consistera-t-elle ? Il pourra s'agir d'un bilan motivationnel et fonctionnel d'activité physique, pour lever les freins, sur la base des recommandations de la Haute Autorité de santé, mais aussi d'un bilan psychologique ou nutritionnel et de consultations de suivi. Le dispositif sera réservé à 250 000 patients par an, au-delà des femmes victimes d'un cancer du sein : un suivi pourra être proposé à tous les patients ayant eu une pathologie en lien avec un cancer. Nous vous donnerons en séance publique d'autres éléments plus concrets que nous sommes en train de finaliser.

M. Michels m'a interrogée sur le financement de l'innovation en matière de santé. La diffusion la plus précoce possible des innovations, dans tous les domaines, doit avoir lieu dans un cadre assurant une sécurisation pour les patients et pour les professionnels de santé, selon une logique de validation reposant sur un juste équilibre. Notre triptyque est le suivant : la sécurité, l'efficacité et l'efficience avec, le échéant, un remboursement par l'assurance maladie.

Madame Fabre, la question de la précarité menstruelle fait l'objet, dans un premier temps, de mesures que nous sommes en train de mettre en œuvre dans le

cadre du PLF. La stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté prévoit ainsi une expérimentation relative au financement de protections hygiéniques pour les femmes vivant dans la rue ou dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale. C'est une première. En parallèle, un travail est réalisé avec des parlementaires, notamment dans le cadre de la délégation aux droits des femmes. Il y a aussi un travail interministériel, conduit avec Marlène Schiappa, Agnès Pannier-Runacher et Brune Poirson, sur la manière dont on peut récupérer puis redistribuer des produits dans des lieux de travail, en lien avec des acteurs associatifs.

En réponse à M. Mesnier, je confirme l'intention du Gouvernement, qui a été annoncée dans le cadre du pacte de refondation des urgences, de réformer le financement actuel. Nous souhaitons verser aux services d'urgence une dotation populationnelle dépendant des caractéristiques de la population et de l'offre de soins dans chaque territoire. Une part du financement continuera, dans une moindre mesure, à dépendre de l'activité des services d'urgence, en prenant mieux en compte qu'aujourd'hui l'intensité des prises en charge. Enfin, une incitation financière à la qualité complétera le nouveau financement des services d'urgence que nous souhaitons instaurer. Nous sommes ouverts à toute initiative en la matière.

En ce qui concerne le fonds d'indemnisation pour les victimes des produits phytopharmaceutiques, je voudrais vous rassurer : le chlordécone fait partie des produits concernés.

M. le ministre de l'action et des comptes publics. En réponse à Mme de Vaucouleurs, je voudrais quand même souligner que nous appliquerons la clause de revoyure prévue dans le cadre du PLFSS 2019 au sujet des associations intermédiaires. Nous n'avons pas nécessairement la même analyse en ce qui concerne les effets de bord, mais nous regarderons la question. Si Mme de Vaucouleurs veut que nous la recevions avec les associations concernées, nous le ferons. Nous allons examiner, en tout cas, les éléments qui nous ont été transmis ou qui pourraient encore l'être.

S'agissant des relations entre l'État et la sécurité sociale, le fait que l'on corrige ce qui était initialement prévu à propos de la TVA montre bien que l'objectif premier, pour le Gouvernement, est le rétablissement des comptes de la sécurité sociale : elle devait rendre 1,5 milliard d'euros à l'État, mais nous abandonnons cette idée – vous savez aussi qu'elle devait transférer un montant comparable à la CADES. Par ailleurs, notre idée n'est pas de continuer à créer des non-compensations. Nous aurons sans doute l'occasion de revenir sur le rapport Charpy-Dubertret. Il serait intéressant, madame la présidente, d'organiser une réunion conjointe des commissions des finances et des affaires sociales, à un moment ou un autre – pas nécessairement à l'occasion du PLFSS –, pour discuter ensemble des relations entre l'État et la sécurité sociale. Il faut regarder ce qui s'est fait auparavant : il n'est pas tout à fait vrai que l'État a toujours assuré, jusqu'à présent, une compensation des exonérations de cotisations sociales, même

si les montants en question n'étaient pas aussi importants sous le quinquennat précédent – ils tournaient autour de 150 millions d'euros – que dans le cadre de la désocialisation des heures supplémentaires. Enfin, vous n'ignorez pas ce qui est la tradition, malheureusement – ou heureusement, je ne sais pas : la fiscalité nationale remplace de plus en plus les cotisations, mais nous pourrions également en reparler.

Je dois dire que je n'ai pas d'éléments à vous apporter, monsieur Hammouche, en ce qui concerne le régime minier, mais je propose de vous répondre par écrit d'ici à la séance publique, avec Mme Dubos, ou de vous recevoir en compagnie de l'association qui vous a saisi.

Mme la secrétaire d'État. Je voudrais revenir sur le fonds d'indemnisation pour les victimes de pesticides. Concrètement, ce fonds permettra d'assurer une prise en charge, notamment pour les exploitants retraités, alors que ce n'est pas possible aujourd'hui dans le cadre de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). Par ailleurs, la prise en charge sera élargie aux conjoints et aux enfants touchés parce qu'ils ont vécu dans une exploitation. C'est une évolution importante. Les non-salariés agricoles auront, en outre, un complément d'indemnisation par rapport à ce qui est actuellement versé par la branche AT-MP, ce qui compte aussi. Nous allons assurer un alignement sur les prestations versées par des régimes plus favorables. Je souhaite vous remercier pour le travail qui a été réalisé. Il a commencé au Sénat, vous l'avez poursuivi, et je crois que nous allons aboutir à de belles mesures, qui sont attendues. Il en résultera une simplification et une meilleure lisibilité en termes de procédure, et cela nous permettra d'aller plus vite. La création du fonds correspond à une demande très forte, à laquelle nous allons apporter des réponses claires et simples.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Merci infiniment, monsieur le ministre et madame la secrétaire d'Etat, pour ces premiers échanges. Nous reprendrons nos travaux sur le PLFSS dès mardi prochain.

COMPTES RENDUS DES DÉBATS SUR L'EXAMEN DES ARTICLES

La Commission procède à l'examen des articles du projet de loi lors de ses séances des mardis 15 et mercredi 16 octobre 2019.

1. Réunion du mardi 15 octobre 2019 à 18 heures (article 1^{er} à article 6 inclus)

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.8242337_5da5ea96e7c17.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2020-15-octobre-2019

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Mes chers collègues, nous poursuivons cet après-midi nos travaux sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2020, entamés la semaine dernière avec l'audition du Premier président de la Cour des comptes, qui nous a présenté le rapport sur l'application des lois de financement, puis avec l'audition de Gérard Darmanin et de Christelle Dubos, qui a tenu lieu de discussion générale de ce projet de loi.

Je rappelle que la discussion en séance publique aura lieu du mardi 22 au vendredi 25 octobre et éventuellement le lundi 28, en vue d'un vote solennel le mardi 29 octobre.

Nous avons tous déploré les délais très serrés dans lesquels nous examinons le PLFSS. Cependant, je constate que pas moins de 1 038 amendements ont été déposés sur ce texte. Compte tenu de l'application des règles de recevabilité financière au titre de l'article 40 de la Constitution et des dispositions organiques relatives aux lois de financement, 482 amendements sont en discussion.

M. Pierre Dharréville. Madame la présidente, sans vouloir retarder davantage notre débat, je souhaiterais réagir à votre annonce. On connaissait le béton précontraint : voici le débat précontraint. D'après mes calculs, le taux d'irrecevabilité global des amendements est en effet de 57 %, ce qui est considérable. Et il est de 30 % pour les amendements du groupe de la Gauche démocrate et républicaine ; je ne sais comment l'interpréter, mais c'est déjà trop. Un tel bétonnage est vraiment regrettable. Il ne s'agit pas simplement de l'irrecevabilité au titre de l'article 40. Nous sommes contraints en réalité de ne discuter que les mesures prises par le Gouvernement, alors que l'examen du budget de la sécurité sociale devrait porter à nos yeux sur l'ensemble du champ social. Du fait de la disparition brutale d'un nombre important d'amendements, nous sommes empêchés de le faire. Je pense que notre assemblée s'honorerait de revoir ces règles.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Je tiens à préciser que les amendements sont déclarés irrecevables non parce qu'ils sont incompatibles avec les objectifs du Gouvernement mais parce qu'ils sont sans rapport avec la loi de financement de la sécurité sociale.

M. Pierre Dharréville. Ce n'est pas ce que j'ai dit !

M. Boris Vallaud. Il n'a pas dit cela !

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Cette précision me paraissait utile néanmoins.

M. Pierre Dharréville. Je regrette que mon propos ait pu être ambigu. Tel qu'il est appliqué, le Règlement ne nous permet de discuter que des sujets mis à l'ordre du jour par le Gouvernement, ce qui pose problème pour l'examen d'un texte tel que le PLFSS.

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

PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018

Article 1^{er}

Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2018

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

Article 2

Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2018 (annexe A)

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

Puis la commission adopte la première partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 sans modification.

DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019

Article 3

Correction des affectations de recettes à la sécurité sociale pour l'exercice en cours

La commission est saisie des amendements de suppression AS411 de M. Adrien Quatennens et AS828 de M. Joël Aviragnet.

M. Adrien Quatennens. Outre les conditions d'étude et d'examen de ce PLFSS, je déplore la logique poursuivie sur le fond, logique bien connue et qui, depuis le début du quinquennat, n'a toujours pas fait la preuve de son efficacité : le projet de loi de finances (PLF) distribue toujours plus à ceux qui ont beaucoup en espérant que cet avantage bénéficiera à l'ensemble de l'économie. Cela ne fonctionne pas. La suppression de l'impôt de solidarité sur la fortune a ainsi entraîné une diminution des investissements dans les PME de 70 %. Avec le PLFSS, la logique suivie est la même : la sécurité sociale est de nouveau sommée de faire des économies et, surtout, on rompt avec la pratique passée en matière d'exonérations de cotisations. On parle de baisse des charges, mais en réalité c'est le salaire socialisé différé servant à financer la santé et les retraites qui est ponctionné sans compensation par le budget général. En faisant ce choix, le Gouvernement crée volontairement les conditions d'un affaiblissement de la sécurité sociale tout en faisant porter le chapeau aux « gilets jaunes », ce résultat étant imputé aux avancées qui leur ont été concédées. L'État aurait pu au contraire prendre ses responsabilités et compenser ces exonérations. C'est pourquoi nous demandons par l'amendement AS411 la suppression de l'article 3.

M. Boris Vallaud. L'amendement AS828 vise également à supprimer l'article 3. Les efforts consentis par les assurés sociaux depuis 2008 ont été considérables, et auraient dû avoir pour résultat dès cette année un retour à l'équilibre du budget de la sécurité sociale et, à brève échéance, une extinction de la dette sociale. Or le Gouvernement a fait le choix de mettre la protection sociale sous tension, probablement pour continuer de lui imposer un certain nombre d'économies. Nous aurons l'occasion de revenir sur les efforts demandés à la branche santé, en particulier à l'hôpital public, dont la situation semble préoccuper davantage les groupes d'opposition que la majorité. J'ajoute que quand l'État ne compense pas les exonérations de charge, il porte atteinte au salaire des travailleurs, puisque les cotisations sociales correspondent à la différence entre le salaire net et le salaire brut. En demandant la compensation des exonérations, nous sommes donc plus fervents défenseurs que vous de l'idée que le travail doit payer.

M. le rapporteur général. Ces deux amendements proposent non pas la suppression de la non-compensation dans le dispositif, mais celle d'un article dit de « tuyauterie », qui vaut article général pour l'ensemble de l'année 2019, et qui à ce titre ne saurait être supprimé dans sa totalité, ne serait-ce que pour des raisons techniques. Un certain nombre d'amendements ayant été déposés sur le sujet, je n'entends toutefois pas esquiver le débat. Je vous propose d'intervenir lorsque l'ensemble des amendements visant à supprimer les dispositifs relatifs à la non-compensation auront été présentés.

M. Boris Vallaud. Monsieur le rapporteur général, de notre point de vue, il s'agit d'un amendement politique, et non pas technique.

M. Francis Vercamer. J'entends bien l'argument du rapporteur général sur la portée de ces amendements de suppression, mais la non-compensation n'en est pas moins un sujet de fond. Que doit financer la solidarité nationale au travers du

budget de l'État, et que doit financer le budget de la sécurité sociale, dont les cotisations des salariés sont la principale ressource ? Quand l'État décide de ne pas compenser une exonération imputée sur le budget de la sécurité sociale, cela équivaut à un transfert de charge du budget général vers les cotisations sociales. En d'autres termes, c'est le travail qui finance alors la solidarité nationale. Le ministre du budget ayant annoncé qu'une telle règle pourrait se généraliser, il faudra que nous abordions ce sujet ici, car à mon avis un tel procédé tronque la solidarité.

M. Stéphane Viry. Je ne suis pas nécessairement d'avis que cet article soit supprimé, mais il me semble qu'il va dans le sens d'une confusion des deux budgets. Or le choix fait jadis de séparer le PLF du PLFSS avait du sens quant à la façon d'administrer notre pays, c'était un choix politique. On voit bien qu'il s'agit là de rogner coûte que coûte ce qui constituait une belle articulation. Bien que le groupe Les Républicains n'ait pas déposé d'amendement de suppression, il souscrit donc aux arguments des signataires.

M. Philippe Vigier. Mes propos seront à l'unisson de ceux de Francis Vercamer. Lors de l'audition du ministre Gérard Darmanin, j'ai constaté que notre rapporteur général lui-même s'interrogeait sur le sujet. Il ne faudrait pas que ces pratiques s'étendent ou, pire, se généralisent. Le Gouvernement ne peut pas, d'un côté, fixer comme objectif prioritaire l'équilibre des finances publiques et, de l'autre, demander à la sécurité sociale de faire la voiture-balai quand il prend des mesures en faveur des « gilets jaunes » ou de n'importe qui d'autre ; c'est proprement inacceptable. Ainsi, je comprends mieux pourquoi le dispositif de la prime exceptionnelle dite « prime Macron » est conditionné à la conclusion d'accords d'intéressement pour les salariés. L'audition du Premier président de la Cour des comptes était à ce titre édifiante : poser une telle condition tendra à freiner les versements, donc à diminuer le coût de la mesure *in fine*. Il faut dire la vérité sur ce point.

Certains avaient proposé que les budgets soient fusionnés ; pourquoi cloisonner quand les choses sont complètement imbriquées les unes dans les autres ? Et cela vaut tout autant pour les collectivités territoriales. Un budget unique aggloméré permettrait d'éviter les mauvaises surprises, en particulier le colmatage là de décisions prises ailleurs. Je regrette en particulier comme mon collègue Vercamer que l'on ponctionne les cotisations des salariés.

M. Pierre Dharréville. Nous reviendrons sans doute sur ces enjeux dans la suite du débat, mais je souscris aux propos des autres orateurs. Piocher ainsi dans les ressources mutualisées de la protection sociale pour financer des exonérations massives pose un sérieux problème. Alors qu'il est nécessaire d'investir dans notre système de protection sociale, la non-compensation des exonérations vient saper les fondements sur lesquels celui-ci s'était érigé.

M. Jean-Pierre Door. Permettez-moi d'intervenir à mon tour dans ce qui s'apparente à une discussion générale sur l'article 3. Pour compenser les mesures d'urgence économiques décidées à la fin de l'année dernière, le Gouvernement

met un véritable coup de pied dans l'autonomie de la sécurité sociale consacrée par la loi du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, dite « loi Veil », puis par celle de 2005 sur l'assurance maladie, et selon lesquelles toute exonération doit être compensée. Même s'il a pu y avoir quelques écarts, ce sont jusqu'à 57 milliards d'euros qui ont ainsi été compensés. Ce revirement explique sans doute pourquoi les caisses nationales sont unanimes contre cet article, y compris la Mutualité française. Nous y reviendrons avec les amendements qui arrivent en discussion.

M. le rapporteur général. Le débat ayant été amorcé, je ne voudrais pas donner le sentiment, sous les regards attentifs de mes collègues des différents groupes d'opposition, de m'y soustraire, d'autant que je l'ai moi-même alimenté au cours de l'audition des ministres et de celle du Premier président de la Cour des comptes, ainsi que par certaines prises de position.

Vous connaissez mon attachement à l'existence d'un budget de la sécurité sociale bien distinct du budget de l'État ; je ne crois pas au projet de fusion, et en aucun cas je n'appuierai un texte allant dans ce sens, pour des raisons historiques, sociologiques, politiques et même éthiques. Historiquement, notre système de sécurité sociale s'est fondé sur l'emploi, sur un financement par les cotisations des travailleurs, source qui s'est progressivement diversifiée avec l'apparition, parallèlement au chômage, d'une fiscalisation progressive d'un certain nombre de dépenses sociales, notamment avec l'institution de la contribution sociale généralisée (CSG) par Michel Rocard, puis l'instauration d'un système de compensation par la « loi Veil » de 1994. Comme je l'ai dit la semaine dernière, j'ai lu l'ensemble des comptes rendus des débats sur ce texte, qui a été adopté à l'unanimité du Parlement, à l'exception des députés communistes, qui y voyaient une manière détournée de camoufler des exonérations de cotisations patronales – il faut reconnaître qu'ils ont de la suite dans les idées... La « loi Veil » a donc toujours été appliquée depuis 1994, et les écarts sont restés négligeables, ainsi que Jean-Pierre Door l'a rappelé à l'instant. L'État s'engageait à ne pas interférer dans la feuille de route budgétaire donnée aux partenaires sociaux, qui se devaient de respecter leur objectif propre d'équilibre entre des recettes, les cotisations, et des dépenses.

Or, l'année dernière, le « trou de la Sécu », qui avait plus de vingt ans, était en passe d'être résorbé ; le solde allait donc potentiellement devenir excédentaire, alors même que la dette de l'État s'était creusée avec le temps. Parce que ce hiatus pouvait sembler difficile à comprendre en termes de gestion des politiques publiques, j'ai été le premier à soutenir que nous avions là l'occasion de montrer à l'État que la sécurité sociale pouvait être au rendez-vous en entérinant, à titre exceptionnel, une non-compensation partielle par un jeu d'écritures comptables pour lui permettre de réduire sa dette. Tout cela s'inspirait du rapport Charpy-Dubertret sur les relations financières entre l'État et la sécurité sociale, remis au Parlement en octobre 2018, donc très tardivement, juste avant l'examen du PLFSS 2019. Ce rapport s'inscrivait dans une logique de gestion des futurs excédents et proposait la fameuse règle du « chacun chez soi » : la baisse des cotisations ou la hausse des dépenses d'un budget doit être compensée au sein de ce même budget.

L'application stricte de ce principe nous obligerait d'ailleurs, si tant est que ce soit là la doctrine dont le Parlement veuille se doter aujourd'hui, à demander la compensation comptable de plusieurs exonérations inscrites dans le PLFSS. Nous aurons sans doute l'occasion d'y revenir plus tard dans la discussion.

La situation est un peu différente cette année : pour des raisons mixtes – des départs à la retraite plus précoces et en plus grand nombre que prévu, mais aussi une situation économique un peu moins florissante que ce que l'on espérait –, la sécurité sociale sera en déficit, compensation ou non. Le Gouvernement propose d'acter la non-compensation d'un certain nombre de mesures, celles d'urgence, que je ne vais pas renier – j'en étais le rapporteur, et cette majorité est très fière de ce qu'elle a fait, qu'il s'agisse du taux intermédiaire de CSG pour les personnes qui en avaient besoin, de la prime exceptionnelle ou des autres mesures qui ont été adoptées en faveur du pouvoir d'achat des Français. La question est de savoir qui doit payer.

Il y a deux discours, en définitive – je sais que je suis un peu long, mais je n'interviendrai plus sur ce sujet qui fait couler beaucoup d'encre. Un discours très macroéconomique consiste à dire qu'il s'agit de toute façon d'argent public, que l'on parle du budget de la sécurité sociale ou de celui de l'État, et que le fait de souscrire un emprunt au nom de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ou de le faire au nom de l'État revient au même. Si l'on se situe, au contraire, dans une perspective microéconomique ou, plus exactement, centrée sur le budget de la sécurité sociale, comme le font les partenaires sociaux – ils se sont majoritairement exprimés contre le PLFSS, en raison de cet article du texte –, on peut se demander pourquoi l'État interfère dans la gestion de la sécurité sociale alors que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est respecté depuis dix ans et que les efforts demandés aux différentes branches ont produit des résultats satisfaisants du point de vue des équilibres financiers. On peut adopter l'un ou l'autre discours, mais vous savez où va mon penchant : j'ai une affection très forte pour la protection sociale.

Nonobstant ce que je viens dire, que se passerait-il si les amendements tendant à supprimer l'article 3 étaient adoptés ? L'article 35 du projet de loi de finances, qui a été adopté en commission des finances, prévoit que c'est à la sécurité sociale de financer les dépenses liées aux mesures d'urgence. Ces amendements ne feraient donc pas instantanément passer 2 milliards d'euros des caisses de l'État dans celles de la sécurité sociale. Le débat que nous avons est très sémantique. La non-compensation des mesures prévues en matière de forfait social n'est pas directement évoquée dans le cadre du PLFSS, mais elle sera entérinée en raison du croisement entre ce texte et le PLF.

Cela apporte, au demeurant, de l'eau au moulin de ceux qui nous disent que la situation est tellement compliquée qu'il faudrait peut-être fusionner, dans ces deux textes, les parties relatives aux recettes. On peut considérer qu'il faudrait aller vers une fusion, mais on peut aussi penser que l'on devrait clarifier en droit et graver dans le marbre des dispositions qui s'appliquaient jusqu'à présent mais qui

peuvent être remises en cause. Sur ce sujet, j'essaie d'être attentif à ce que les députés de l'opposition et ceux de la majorité peuvent penser.

En tout état de cause, ne pas adopter l'article 3 ne reviendrait pas à transférer 2 milliards d'euros de l'État à la sécurité sociale – je l'ai dit. Cela pourrait envoyer un message sur le plan politique, ainsi qu'à un certain nombre de partenaires sociaux, mais cela ne changerait pas la donne en matière de comptabilité. Cela créerait, en revanche, une contradiction entre le PLF et le PLFSS qui pourrait nous obliger à revenir sur la rédaction de différentes dispositions au cours de la navette. On entre donc dans un débat très technique, et je ne suis pas sûr que les Français qui nous regardent le comprennent bien. Ce qui me paraît important est que nous avons augmenté le pouvoir d'achat des Français et que la sécurité sociale doit être indépendante du budget de l'État, dans la durée. Nous pourrions débattre du reste en séance publique, en présence du ministre du budget.

M. Adrien Quatennens. Je voudrais répondre au rapporteur général, qui a pris le temps de nous expliquer sa position. C'est l'atterrissage qui pose problème, malheureusement. On voit bien que vous êtes, vous-même, gêné aux entournures par la non-compensation, pour de très bonnes raisons – nous vous comprenons et nous vous soutenons –, mais vous concluez en disant que l'essentiel est d'avoir augmenté le pouvoir d'achat.

Or cette affirmation est contredite par votre propre raisonnement : le pouvoir d'achat ne se résume pas au salaire net, comme vous avez vous-même contribué à l'expliquer. Les cotisations financent aussi des services publics auxquels les Français peuvent avoir accès : cela fait, en quelque sorte, partie intégrante de leurs revenus. Il y a donc une contradiction dans votre propos.

Puisque vous êtes d'accord avec nous et que vous considérez qu'il y a une bataille salutaire à mener, compte tenu du fondement du budget de la sécurité sociale, que vous défendez en tant que rapporteur général, il faut aller un peu plus loin : ne soyez pas trop timide ! Aidez-nous à mener la bataille : nous attendons davantage de votre part.

M. Boris Vallaud. Je vais aller dans le même sens qu'Adrien Quatennens. Votre dialectique est impeccable, monsieur le rapporteur général, mais votre conclusion nous laisse un peu sur notre faim. Nous avons vu quelle était votre position quand nous avons auditionné les ministres, et nous en attendions quelques conclusions opérationnelles. Nous étions prêts à vous soutenir dans votre audace vis-à-vis du Gouvernement.

En réalité, vous prenez acte d'une modification des relations financières entre l'État et la sécurité sociale et vous soutenez ainsi le désir irréprouvable du ministère du budget, qui consiste depuis des décennies à mettre la protection sociale sous tutelle. Je crois que le rôle de la commission des affaires sociales – et

votre rôle aussi, monsieur le rapporteur général – serait de soutenir une ministre qui a manifestement besoin d’être épaulée face à Bercy.

M. Jean-Carles Grelier. Je voudrais saluer l’exercice de style du rapporteur général... C’est intéressant mais on voit bien, « en même temps », qu’il est difficile de se maintenir sur le fil quand la situation est périlleuse. Faut-il, comme l’a demandé le rapporteur général, garder deux budgets séparés ou, au contraire, n’en avoir qu’un seul ? La question est de nature politique. Or l’orientation qui est suivie par le Gouvernement – le ministre de l’action et des comptes publics ne l’a pas démentie devant nous –, et que vous êtes en train de cautionner, nous mène vers quelque chose qui n’est pas clairement défini sur ce plan. On peut décider de tout regrouper à l’intérieur du budget de l’État, mais c’est un choix politique qui mériterait de faire l’objet d’une discussion, ou bien on peut dire que les deux budgets doivent impérativement rester séparés, et cela constitue aussi un choix politique. La solution du « en même temps », c’est-à-dire le fil sur lequel vous avez l’air de vouloir nous emmener, me paraît éminemment dangereuse.

M. Philippe Vigier. Je suis également un peu surpris par les propos de notre rapporteur général, dont j’ai dit tout à l’heure qu’il a été extrêmement courageux devant le ministre, M. Darmanin. On a vu que ce dernier a parfois un art consommé de la syntaxe...

Soit on agglomère tout et on regarde quelle ventilation on doit adopter à l’intérieur, soit on s’en tient aux fondements adoptés en 1945, puis dans le cadre de la « loi Veil », et on sanctuarise la situation.

On peut dire qu’il y a eu une incartade du fait des mesures liées aux « gilets jaunes » et que l’on ne recommencera pas, mais il y a des conséquences pour le reste, monsieur le rapporteur général, et vous le savez mieux que quiconque. Lorsqu’on revalorise les retraites de 0,3 % alors que l’inflation est largement supérieure à 1 %, c’est un choix politique, et les 2 ou 3 milliards d’euros qui n’entreront pas dans les caisses parce qu’on a décidé des exonérations de charges sociales, annoncées dans le cadre du budget général de l’État mais payées par celui de la sécurité sociale, représentent autant d’argent en moins pour nos retraités ou pour le plan d’urgence destiné à l’hôpital. Je pense aussi à ce que nous a dit Paul Christophe à propos de l’aide à domicile : les salariés de ce secteur, dans le Nord, bénéficieraient d’une augmentation de 40 centimes par heure avec l’enveloppe de 50 millions d’euros !

Tout est lié, et il faut que l’on se mette d’accord sur le chemin suivi, sinon l’atterrissage risque d’être très compliqué : on sait très bien que certains secteurs seront pénalisés – on en a l’illustration dans ce budget.

M. Pierre Dharréville. L’adoption de ces amendements de suppression ne suffira pas à régler le problème – vous avez raison, Monsieur le rapporteur général, mais c’est un argument un peu technique qui ne répond pas à la question politique que nous posons.

Vous avez peut-être utilisé cet argument pour nous permettre d'adopter l'amendement AS146 que j'aurai l'honneur de présenter dans un instant... Il ne réduira pas à l'état de pièces détachées toute la tuyauterie qui vous tient à cœur. Je voterai néanmoins pour ces amendements de suppression.

Quel est l'enjeu ? Nous n'avons pas les moyens de refaire tout le système, mais nous pouvons envoyer un signal fort au Gouvernement et, par les contradictions que notre vote impliquera, le placer face à ses responsabilités, en lui indiquant clairement ce que souhaite l'Assemblée. C'est un geste qui peut être utile, et je le ferai donc.

M. Francis Vercamer. Vous nous avez donné une explication limpide de votre soutien au principe de compensation par l'État dans le cadre du PLFSS, mais je n'ai pas bien saisi ce que vous avez dit à la fin, lorsque vous avez évoqué l'idée que ce serait technique et que les Français ne comprendraient pas. Nous ne sommes pas là pour faire de la communication, mais pour défendre des convictions.

Si on estime que le PLFSS apporte une protection sociale qui est financée par des cotisations, il faut, lorsque le Gouvernement adopte, au nom de la solidarité, des mesures d'exonérations en faveur d'une population en grande difficulté, que l'État compense cette « discrimination positive », pour reprendre une expression souvent utilisée. Si l'État ne compense plus, cela veut dire que la solidarité est payée par les autres salariés : elle est financée, non pas par l'impôt, mais par les cotisations.

J'ai un conseil à vous donner : appelez-vous général rapporteur, et non plus rapporteur général, tenez vos troupes et dites au ministre que vous n'êtes pas d'accord avec lui, que vous voulez que la protection sociale soit financée par les cotisations et que l'État compense la solidarité.

Si vous n'acceptez pas les amendements de suppression totale de l'article 3, vous pourriez au moins donner un avis favorable à ceux qui visent les alinéas instaurant une non-compensation.

M. Julien Borowczyk. Pierre Dharréville a évoqué la « tuyauterie » : le plombier polonais que je suis pourrais vous en parler longtemps...

À situation complexe, réponses exceptionnelles : nous avons adopté les mesures d'urgence, et nous en sommes fiers. Au-delà de notre groupe, je pense qu'un certain nombre de collègues ont été contents de pouvoir apporter, dans leurs circonscriptions, ces réponses à nos concitoyens – l'amélioration du pouvoir d'achat était importante pour tout le monde.

Je peux entendre le débat sur la compensation ou non, mais nous nous étions engagés à ce que le processus ait lieu tel quel, et la loi de financement de la sécurité sociale nous permet de le faire. Par ailleurs, s'agissant de la tuyauterie, il ne faut pas oublier que 14 des 17 milliards d'euros nécessaires pour les mesures

d'urgence sont apportés par l'État. Tout ne se déroule pas dans un seul sens. Autre observation, 1,5 milliard d'euros devait être transféré chaque année, à partir de 2020, de la sécurité sociale à l'État : cela ne se fera pas, mais personne n'en parle.

Enfin, les groupes qui nous parlent de cohérence ont oublié de déposer un amendement de compensation dans le cadre du PLF. Cela rend leur discours caduc, ce qui est un peu dommage.

Mme Martine Wonner. J'ai trouvé que les arguments de notre collègue Olivier Véran étaient très fluides. La question qui se pose n'est pas celle du courage, mais de notre attachement, ou non, au-delà des déclarations symboliques, aux principes mêmes de la solidarité et de l'autonomie du budget de la sécurité sociale par rapport à celui de l'État.

Les soignants, les agents hospitaliers et toutes les professions médicales nous regardent. L'hôpital va très mal, et il est gênant de commencer ce PLFSS par toute une série de non-compensations.

L'idée n'est pas de dire qu'il manquerait 1, 2, 3 ou 5 milliards d'euros pour l'hôpital : on pourrait se dire qu'il a besoin, en fait, de 10 milliards... On sait également qu'il convient de demander des comptes : il est important de savoir à quel niveau on doit fixer la progression de l'ONDAM. C'est un autre sujet qu'il faudra aborder pour avoir vraiment une idée très claire des budgets et de leur utilisation.

Je serais très inquiète si l'on commençait le PLFSS de la manière qui nous est proposée. Il ne doit pas y avoir une exception renouvelée d'un exercice à l'autre.

M. Jean-Pierre Door. Appelons un chat un chat. C'est la politique voulue par le Gouvernement qui a entraîné l'an dernier, notamment avec l'augmentation de la CSG, les difficultés que chacun connaît. Nous avons voté en faveur des mesures d'urgence sociales, qui consistaient à revenir sur les erreurs commises. C'est donc à l'État de prendre ses responsabilités lorsqu'il remet la CSG à son niveau antérieur : il ne revient pas à l'assurance maladie de prendre la différence à sa charge. L'État doit compenser les 2 ou 3 milliards d'euros qui correspondent à l'essentiel du déficit – ce n'est pas la première fois que l'on organisera une compensation après le vote d'une loi. Vous avez eu raison, monsieur le rapporteur général, de mettre les points sur les i. Vous n'avez pas su où atterrir à la fin, mais le début de votre explication allait vraiment dans notre sens.

M. Cyrille Isaac-Sibille. C'est une discussion intéressante, mais il s'agit uniquement de jeux d'écriture. Ce qui est important est d'être pragmatique et souple. On parle aujourd'hui des sous-compensations, mais on oublie les surcompensations qui ont pu avoir lieu au cours des années précédentes, et celles du futur – Julien Borowczyk les a un peu évoquées. J'aime bien les propos rigoureux qui ont été tenus, mais j'aurais également apprécié de les entendre lorsqu'il y avait des surcompensations. Soyons pragmatiques et avançons.

La commission rejette ces amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS1008 de Mme Valérie Rabault.

M. Boris Vallaud. L'amendement AS1008 répond à l'objection formulée par le rapporteur général à propos des amendements précédents : nous nous bornons ici à supprimer les alinéas portant atteinte au principe de compensation. L'article 3 prive en effet la sécurité sociale de 3,5 milliards d'euros de ressources qui devraient lui revenir. Cet amendement vous facilitera la tâche – la tuyauterie envisagée est moins tordue que dans ceux qui viennent d'être rejetés.

M. le rapporteur général. Cet amendement opérerait une réaffectation de la CSG entre les branches qui irait bien au-delà de la question de la non-compensation. J'émetts donc, de nouveau, un avis défavorable pour des raisons techniques.

La commission rejette l'amendement.

La commission est saisie de l'amendement AS384 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il s'agit d'un amendement symbolique. Tous ici, nous nous accordons sur le fait que la prévention est un sujet prioritaire, mais encore faut-il lui trouver un financement, pour pouvoir mener, au niveau interministériel, les actions qui s'imposent. Il s'agit donc de flécher vers le budget de l'État, et non vers la sécurité sociale ou l'assurance maladie, des sommes permettant à ces actions de voir le jour.

M. le rapporteur général. Si je partage votre objectif d'augmenter les moyens alloués à la prévention, je ne vous suis pas sur l'idée de le faire en transférant ces moyens de la sécurité sociale vers l'État. Nous allons au contraire voter le transfert du financement de Santé publique France de l'État vers la sécurité sociale, ce qui satisfait votre amendement. J'en demande donc le retrait.

L'amendement est retiré.

La commission en vient à l'amendement AS357 de Mme Caroline Fiat.

M. Jean-Hugues Ratenon. Le rapport 2019 de la Cour des comptes montre que la dette de la sécurité sociale se creuse, notamment du fait de la multiplication des exonérations de cotisations sociales. Cette dette met en péril notre système collectif de protection sociale. Pour y remédier, la diminution de la CSG, telle que l'a pratiquée le Gouvernement, n'est pas la solution. Un nouvel équilibre est possible en mettant à contribution les plus hauts salaires selon le principe fondamental du « chacun contribue en fonction de ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins ».

Le présent amendement vise donc au relèvement des cotisations sociales sur les plus hauts salaires. En effet, aujourd'hui, les hauts salaires cotisent au

même niveau que les salaires les plus bas. La solidarité nationale est la base de notre contrat social. Elle doit être rétablie. Les personnes aux revenus les plus élevés doivent y contribuer.

M. le rapporteur général. Tel qu'il est rédigé, votre amendement offre au Gouvernement la possibilité de fixer un seuil de CSG « majorée » bien en dessous de 4 SMIC, ce qui ne va pas dans le sens de ce que vous souhaitez. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle en vient à l'examen, en discussion commune, des amendements identiques AS146 de M. Pierre Dharréville, AS329 de M. Gilles Lurton, AS334 de Mme Delphine Bagarry, AS354 de M. Adrien Quatennens, AS464 de M. Jean-Pierre Door, AS681 de M. Jean-Carles Grelier, ainsi que de l'amendement AS884 de M. Paul Christophe.

M. Pierre Dharréville. L'article 3 du PLFSS 2020 prévoit que les pertes de recettes résultant de l'avancement au 1^{er} janvier 2019 de l'exonération de cotisations sociales des heures supplémentaires et les pertes de recettes liées à la création d'un taux de CSG intermédiaire à 6,6 % ne feront pas l'objet d'une compensation par le budget de l'État à la sécurité sociale pour l'année 2019. Ces deux mesures de non-compensation représentent une perte de recettes de 2,8 milliards d'euros en 2019 pour la sécurité sociale, ce qui explique en grande partie la dégradation rapide des comptes sociaux.

S'ajoute à cela l'exonération de forfait social pour les entreprises de moins de 250 salariés versant de l'intéressement ou de la participation. Cette mesure décidée dans le cadre de la loi relative à la croissance et la transformation des entreprises (« PACTE ») engendre une perte de recettes de 500 millions d'euros pour la branche vieillesse de la sécurité sociale.

De cette manière, on organise sciemment l'appauvrissement de la sécu pour financer les mesures en faveur du pouvoir d'achat. La mise en scène du « trou » de la sécurité sociale sert à justifier de nouvelles économies injustes sur les prestations sociales, la santé, ou les retraites. Un tel projet, qui vise à faire de la sécurité sociale une chambre de compensation des politiques de l'État, est dangereux. Il remet en cause l'autonomie de la sécurité sociale et le principe de solidarité qui la sous-tend.

Pour toutes ces raisons, nous demandons la suppression de ces dispositions.

M. Gilles Lurton. Comme M. Dharréville, je m'inquiète de l'absence de compensation par l'État à la sécurité sociale des pertes de recettes résultant de l'avancement au 1^{er} janvier de l'exonération de cotisations sociales des heures supplémentaires et des pertes de recettes liées à la création d'un taux de CSG intermédiaire à 6,6 %. À mes yeux, cette dérogation au principe de compensation a de

graves conséquences sur l'équilibre des comptes de la sécurité sociale, puisque nous devrions atteindre cette année un déficit de 5,4 milliards d'euros, alors que le Gouvernement nous avait annoncé, avant la crise des « gilets jaunes », c'est-à-dire au moment du PLFSS de l'année dernière, 1,5 milliard d'excédent : pour la première fois, les comptes de la sécurité sociale devaient se retrouver à l'équilibre.

Cette dérogation aura aussi de graves conséquences sur les différentes branches de la sécurité sociale. Ainsi, la branche famille, qui aurait dû connaître un excédent de 700 millions d'euros en 2020, risque de connaître un déficit de 600 millions d'euros, ce qui annihile tout espoir de voir renaître une véritable politique familiale dans ce pays.

Mme Delphine Bagarry. En adoptant ces amendements, nous témoignerions de notre attachement au principe de la gestion paritaire de la sécurité sociale, tel qu'il a été pensé par le Conseil national de la Résistance.

Nous vous proposons ainsi d'honorer la confiance des partenaires sociaux qui, depuis plus de trente ans se sont engagés avec responsabilité à corriger les déficits de la sécurité sociale et à apurer sa dette. On sait qu'ils sont hostiles pour cette raison à ce PLFSS qui, par ailleurs comporte de belles mesures. Ne pas en tenir compte risquerait de ruiner tous les efforts accomplis en matière de concertation et de coconstruction de notre protection sociale.

M. Adrien Quatennens. La « loi Veil » du 25 juillet 1994 avait prévu une compensation par l'État des allègements et exonérations de cotisations sociales aux caisses de sécurité sociale. L'an dernier, le Gouvernement est revenu sur cette loi de 1994. Or cette absence de compensation pèse très lourd sur le budget de la sécurité sociale, puisqu'elle fait passer le déficit du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse de 1,2 à 5,4 milliards d'euros.

Le présent article prévoit que les pertes de recettes du fait de l'exonération des cotisations sociales sur les heures supplémentaires – politique dont on pourrait d'ailleurs interroger l'efficacité – ne feront pas l'objet de mesures de compensations par le budget de l'État. Nous assistons de fait à un appauvrissement de la sécurité sociale. Cette politique des « caisses vides » relève clairement d'une stratégie que des chercheurs anglais ont analysée et qui vise à créer les conditions permettant la résurgence du discours sur le « trou de la sécurité sociale » – créé sciemment par le Gouvernement –, pour justifier ensuite le retour à des réformes austéritaires, au nom de la bonne gestion.

Tout cela procède d'une volonté délibérée de mettre à mal la sécurité sociale telle que nous la connaissons. On organise d'abord les conditions de l'affaîssement des recettes ; on constate ensuite qu'il n'y a plus d'argent dans les caisses ; enfin, on valide des réformes destinées à remplir les caisses : c'est limpide et cela prépare évidemment l'offensive de la future réforme des retraites.

M. Jean-Pierre Door. Les alinéas 9 à 12 portent atteinte à l'autonomie de la gestion de la sécurité sociale, ainsi que l'ont dénoncé les partenaires sociaux. Le

groupe Les Républicains considère donc que le Gouvernement ferait mieux d'agir de manière responsable, de mettre de l'ordre dans le budget de l'État, et de compenser les pertes pour la sécurité sociale, au lieu de défaire les lois précédentes et de mettre à mal tous les efforts faits depuis de nombreuses années pour essayer d'équilibrer le budget de la sécurité sociale.

M. Jean-Carles Grelier. Le rapporteur général nous a expliqué qu'en supprimant l'article 3, nous mettrions à mal toute la tuyauterie du PLFSS. Je l'invite donc à soutenir ces amendements qui proposent simplement de fermer les robinets d'où proviennent les fuites que sont les non-compensations.

M. Paul Christophe. Cet amendement vise également, en supprimant les alinéas 10 et 12, à revenir sur la non-compensation par l'État des pertes de la sécurité sociale, alors qu'on aurait pu penser que les mesures d'urgence prises par le Gouvernement justifiaient des mesures de compensation exceptionnelles. Et ce, d'autant plus que, comme vous le rappelez, monsieur le rapporteur général, le fait de renoncer à cette compensation reposait sur l'hypothèse d'un excédent de 700 millions d'euros, hypothèse qui, reconnaissons-le, se fondait sur un postulat de croissance économique légèrement surestimé, dont on pourrait d'ailleurs remettre en doute la sincérité.

Le risque est d'aboutir à un budget étriqué – Philippe Vigier a rappelé l'exemple que j'ai donné sur l'aide à domicile. Il en est de même pour le congé du proche aidant, limité à trois mois, ce qui est très en deçà des attentes ; bref, nous risquons, en guise de mesures, de n'adopter que des mesurette.

J'indique par ailleurs que nous avons proposé un amendement au PLF visant à raboter de 5 % l'ensemble des niches fiscales, ce qui aurait rapporté 3 milliards d'euros de recettes supplémentaires : il n'a pas été accepté.

M. le rapporteur général. Monsieur Christophe, Je ne peux pas vous suivre lorsque vous faites le lien entre la non-compensation et des dépenses sociales qui seraient moindres que prévu. Avec ou sans compensation, la sécurité sociale serait aujourd'hui en déficit ; avec ou sans compensation, l'ONDAM qui vous est proposé est de 2,3 %, ainsi que s'y était engagé le Président de la République ; avec ou sans compensation, 500 millions d'euros supplémentaires sont affectés aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), auxquels s'ajoutent 130 millions d'investissement ; avec ou sans compensation, nous indemnisons le congé de proche aidant.

Quant à l'argument technique que j'ai développé au sujet de la suppression de l'ensemble de l'article 3, il vaut pour cette série d'amendements, puisque le PLF entérine le principe de la non-compensation. Avis défavorable.

M. Joël Aviragnet. Compte tenu de ce que vous nous avez dit, monsieur le rapporteur général, je ne vois pas comment vous pourriez faire autrement que de voter ces amendements, que, pour notre part, nous allons soutenir.

M. Philippe Vigier. Avec ou sans compensation, nous aurions pu ne pas nous contenter de 720 millions d'euros en trois ans pour les urgences hospitalières ; avec ou sans compensation, il en va de même pour la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) : je vous rappelle que l'extinction de la dette sociale était prévue pour 2024 et que nous allons donc retarder la mise en place d'une loi sur la dépendance, dont on sait qu'elle nécessitera au moins 7 milliards d'euros.

Je ne vous suivrai donc pas sur ce registre et m'étonne de votre conversion du rejet à l'adhésion. Cela m'inquiète, car j'y vois le signe que les choses pourraient se pérenniser alors qu'il me semblait que nous étions dans l'exception.

M. Alain Bruneel. On ne peut pas partager l'avis du rapporteur général. En effet, avec la compensation, on pourrait fournir aux urgentistes les 10 000 emplois et les 300 euros d'augmentation pour lesquels ils sont en grève, puisque la Cour des comptes rappelle qu'il s'agit de 90 milliards d'euros, dont on ne sait même pas si, distribués comme ils l'ont été, ils ont été efficaces ou non. Il ne s'agit pas ici de savoir si l'ONDAM sera à 2,3 % mais de défendre la sécurité sociale, de défendre la santé, de défendre le personnel hospitalier et toute une profession qui lance un cri d'alarme car elle n'en peut plus !

M. Boris Vallaud. Je voudrais juste appeler l'attention de la majorité et du rapporteur général sur la très large unanimité des oppositions sur cette question-là. Sans doute cela devrait-il les pousser à se demander s'ils n'ébranlent pas subrepticement un certain nombre de compromis républicains qui ont été patiemment construits, qui ont survécu aux alternances, qui sont nés du dialogue social ou sont le résultat de combats sociaux, qui enfin forment un patrimoine commun qu'il nous appartient à tous de défendre. Derrière cette affaire des non-compensations se profilent en effet la remise en cause d'un modèle, l'affaiblissement du paritarisme et la négation des notions de salaire différé et de mutualisation des risques sociaux. J'ai peur qu'une offre politique fondée sur un désir de liquidation du passé quasi révolutionnaire mette en péril son avenir même.

M. Pierre Dharréville. L'impôt et la cotisation n'ont pas la même fonction. De même, les services publics et la sécurité sociale, qui répond à des besoins universels, ne relèvent pas tout à fait de la même philosophie. Les dispositions que nous examinons me semblent donc ébranler des acquis dont on a dit qu'ils étaient le fruit de luttes et de compromis inscrits dans notre histoire.

J'invite donc le rapporteur général à tirer les conclusions qui s'imposent : s'il tient vraiment à empêcher la non-compensation, il lui faut voter ces amendements, sans quoi – et il aura pour cela tout mon soutien – il n'y aura pas d'autre solution que le rejet de ce PLFSS.

M. Stéphane Viry. Avec ces amendements, nous sommes au cœur du réacteur de l'article 3. Cette question des compensations revêt bien plus qu'une dimension comptable, et j'appelle l'attention de tous nos collègues sur la portée de

leur vote à ce moment de notre discussion. Quant à vous, monsieur le rapporteur général, après vous avoir vu à l'œuvre sur les trois derniers PLFSS, je m'interroge, comme d'autres, sur votre mue – la puberté, peut-être ?

M. Adrien Quatennens. Jusqu'à présent, monsieur le rapporteur général, nos désaccords étaient essentiellement d'ordre budgétaire. Aujourd'hui, il semblerait plutôt que nous soyons d'accord, puisque, à vous entendre vous êtes un défenseur de la sécurité sociale. Or vous nous dites être gêné par la logique qui sous-tend ces amendements, lesquels sont pourtant fondamentaux pour la suite de nos débats sur ce PLFSS.

Par ailleurs, au-delà de la logique générale qui vise à organiser par cette non-compensation les conditions de l'affaiblissement de la sécurité sociale pour mieux justifier les restrictions à venir, tout cela se décide dans un contexte particulièrement délétère pour le secteur hospitalier et les services d'urgences. Alors que les hospitaliers nous regardent et appellent déjà à un rassemblement devant l'Assemblée nationale le jour du vote sur ce PLFSS, nous commençons nos discussions en faisant désormais de la non-compensation la règle, ce qui est aller plus loin qu'on ne l'a jamais été. Cela augure mal de la suite de nos débats.

Vous nous avez fait part de vos réserves sur ce que s'apprête à faire le Gouvernement : sous prétexte que vous incarnez la majorité, n'avez-vous pas d'autre choix que celui d'avaler votre chapeau ? Vous êtes le rapporteur de ce projet de loi, et nous vous encourageons à tenir votre rôle jusqu'au bout : allez au bout de votre logique et de vos convictions, monsieur le rapporteur général ; sur ce point, nous vous soutiendrons.

M. Jean-Pierre Door. L'article 3 représente un obstacle à franchir, pour entrer dans les débats du PLFSS et nous occuper de la santé de nos concitoyens. Sur presque tous les bancs, on entend les mêmes réflexions concernant la non-compensation des mesures d'urgence qui ont été votées. Nous pourrions, monsieur le rapporteur général, adopter ces amendements afin d'alerter le Gouvernement, de sorte qu'il prenne position sur ce sujet de blocage. Comme l'a dit M. Dharréville, nous risquons d'assister à des votes en défaveur du PLFSS. Toutes les caisses de sécurité sociale et les mutuelles complémentaires s'opposent à cet article. Il y a une unanimité contre l'article 3 ! Adopter nos amendements permettrait d'échanger avec le Gouvernement au cours de la navette.

M. Francis Vercamer. Je souscris à la proposition de M. Door. Adopter ces amendements permettrait de les présenter en séance avec un avis favorable de la commission. Cela démontrerait l'intérêt de notre commission pour la protection de la sécurité sociale et ferait passer un excellent message au ministre du budget. Il faut mettre un coup d'arrêt à la non-compensation. Lorsque nous allons travailler sur un régime universel des retraites, comment cela se passera-t-il pour le transfert des agents de l'État ? Sera-t-il compensé ou non ? Pensons au coup d'après, qui n'est pas loin.

M. Gilles Lurton. Très bien !

M. le rapporteur général. Je tiens à rassurer les collègues : je ne suis pas un général en pleine crise de puberté ! Alors que nous assistons à une personnalisation du débat depuis un moment, je vous invite à ne pas faire porter sur mes fragiles épaules une telle décision. Nous sommes en démocratie, et les députés font leur travail. Je n'ai pas vocation à caporaliser un vote qui appartient à la représentation nationale réunie en commission.

Rappelez-vous mes interventions en amont de la préparation du texte et au cours des auditions. Monsieur Vercamer, pour être député depuis plus longtemps que moi, vous savez très bien que certaines batailles se gagnent avant le dépôt d'un texte et qu'une fois le texte déposé, cela se joue différemment. Adopter des amendements de suppression de dispositifs présentés par le Gouvernement peut ne pas avoir de conséquences, mais cela peut également en avoir de très complexes à gérer entre PLF et PLFSS.

Quant à savoir si c'est la dernière étape vers une non-compensation systématique et la fusion des budgets, je vous redis que j'y suis défavorable. Je pense que le budget de la sécurité sociale a vocation à être autonome. Lorsque j'ai défendu, contre plusieurs collègues de gauche, et fait adopter, en première lecture de la réforme constitutionnelle, la transformation de la loi de financement de la sécurité sociale en loi de financement de la protection sociale, je l'ai fait en expliquant que c'était une manière d'inscrire dans le marbre de la Constitution la sécurité sociale comme une entité budgétaire de l'État autonome. Ne me faites donc pas de faux procès !

*La commission **adopte** les amendements identiques.*

*En conséquence, l'amendement AS884 **tombe**.*

*Puis la commission **adopte** l'article 3 **modifié**.*

Article 4

Modification du montant M applicable à la clause de sauvegarde des médicaments remboursables

La commission examine les amendements de suppression AS371 de Mme Caroline Fiat et AS812 de M. Pierre Dharréville.

M. Adrien Quatennens. L'industrie pharmaceutique se porte bien, avec des dividendes records et des rachats d'actions. Cette année encore, les dividendes sont en hausse. Mais Sanofi est bien plus tourné vers la rémunération de ses actionnaires que vers la recherche et le développement de nouveaux produits. Malgré un chiffre d'affaires en croissance, l'entreprise a licencié, depuis dix ans, environ 1 800 salariés. En 2019, plusieurs centaines de suppressions d'emploi ont eu lieu dans les fonctions support, chez les commerciaux et dans la recherche et le

développement. Une telle politique, largement tournée vers la rémunération des actionnaires au détriment de la recherche, pèse lourdement sur les capacités d'innovation et d'emploi de l'entreprise. Il serait donc sage que notre assemblée demande aux industriels de rééquilibrer leurs ambitions.

Rappelons que les bénéfices de Sanofi, comme de toute l'industrie pharmaceutique, sont largement issus des fonds publics dédiés à la santé et à la sécurité sociale. L'amendement vise à supprimer l'article 4, qui ne fixe pas de façon suffisamment importante les contributions des laboratoires au financement de la sécurité sociale.

M. Alain Bruneel. L'article 4 prévoit d'ajuster pour 2019 le taux d'évolution du chiffre d'affaires à partir duquel la contribution due par les entreprises du médicament s'applique, en le relevant de 0,5 % à 1 %. La mesure, qui fait suite à un engagement du Gouvernement auprès des industriels du médicament, est motivée par le fait que le chiffre d'affaires sur le médicament a connu une baisse en 2018, après plusieurs années de croissance. Mais cette mesure fait perdre à la sécurité sociale 60 millions d'euros, qui auraient pu utilement servir au financement du service public hospitalier.

En outre, ce cadeau apparaît injustifié au moment où certaines entreprises du médicament, bien portantes financièrement, licencient massivement dans notre pays. Ainsi, le groupe Sanofi prévoit actuellement un plan social de 300 personnes, malgré un bénéfice net de 6 milliards d'euros en 2018. Pour toutes ces raisons, nous demandons la suppression de l'article.

M. le rapporteur général. Avis défavorable. Vous surestimez la portée de l'article 4, qui n'est pas un cadeau fait à l'industrie pharmaceutique. Il permet seulement la pleine application de la clause que nous avons adoptée l'année dernière. Sans entrer dans une discussion technique, sachez qu'il s'agit de tenir compte du fait que l'évolution du marché a été moins élevée que prévue.

M. Jean-Pierre Door. L'article 4, qui répond aux préconisations du Conseil stratégique des industries de santé, est le bienvenu. En revanche, il faudrait arrêter de changer les règles en cours d'année ou d'une année sur l'autre et les fixer une fois pour toutes.

La commission rejette ces amendements.

Elle adopte ensuite l'article 4 sans modification.

Article 5

Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2019

La commission étudie l'amendement AS1007 de Mme Valérie Rabault.

M. Boris Vallaud. L'amendement vise à substituer au nombre 16, à l'alinéa 10, le nombre 16,5. Nous considérons que les taux d'intérêt négatifs et les

conditions de refinancement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) devraient permettre de dégager 500 millions d'euros de plus.

M. le rapporteur général. Avis défavorable. Vous proposez d'augmenter l'objectif d'amortissement de la CADES, alors qu'aucun élément ne permet de douter de la prévision gouvernementale. Nous nous réjouissons ensemble si elle a été trop pessimiste. J'en profite pour signaler que le montant sera de 16 milliards d'euros en 2019, soit 400 millions d'euros de plus, par rapport à 2018. Nous continuons de rembourser notre dette sociale à un rythme soutenu. Elle ne sera bientôt plus qu'un souvenir du passé.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 5 sans modification.

Article 6

Rectification de l'ONDAM et des sous ONDAM 2019

La commission examine les amendements de suppression AS376 de M. Adrien Quatennens et AS813 de M. Pierre Dharréville.

Mme Caroline Fiat. L'année 2019 est marquée par un mouvement social sans précédent dans la santé, qui dénonce l'austérité dans laquelle les médecins, les infirmiers et les infirmières, les aides-soignants sont contraints de travailler. Il ne faudrait pas non plus oublier les brancardiers, les agents des services hospitaliers, les services administratifs et les services techniques, que, moi la première, nous oublions trop souvent. Toutes les branches sont touchées. Les soins pratiqués en ville, notamment dans les zones sous-denses, sont en tension. Les patients, faute de pouvoir se soigner chez leur médecin, se rendent à l'hôpital. Les urgences doivent faire face à un afflux de patients inouï. Cette situation de tension, que l'on retrouve aussi dans les EHPAD, dans les services pour personnes en situation de handicap, est le fruit d'une politique austéritaire, ainsi que d'une pression mise sur les finances de la sécurité sociale. Il est fondamental de repenser la totalité de ce système.

Les propositions faites dans le PLFSS sont scandaleuses au regard des enjeux. Les dépenses relatives aux établissements de santé sont tout particulièrement insuffisantes à l'heure où l'hôpital public est en grande difficulté. Le Gouvernement promettait, lors de l'examen du plan « Santé 2022 », de renforcer les hôpitaux de proximité. Or un tel taux d'ONDAM rend impossibles ces promesses, puisque les moyens alloués sont complètement sous-évalués. Notre groupe propose la suppression de l'ONDAM, qui favorise cette politique austéritaire.

M. Pierre Dharréville. En réalité, il ne s'agit pas d'un objectif national de dépenses d'assurance maladie, d'un ONDAM, mais plutôt d'un ONRAM, d'un objectif national de restriction de l'assurance maladie ! La progression de

l'ONDAM à 2,5 %, dans un contexte de crise hospitalière et de grève dans les services des urgences, alors que l'augmentation naturelle des dépenses est de 4,5 %, s'est traduite par des économies à hauteur de 800 millions d'euros pour le secteur hospitalier en 2019. J'ai rencontré, récemment encore, les salariés de l'hôpital de ma circonscription. La situation n'est pas tenable ! Et ce ne sont pas les propositions qui sont mises aujourd'hui sur la table qui y changeront quoi que ce soit. C'est pourquoi nous proposons d'en finir avec une logique qui a montré non seulement ses limites mais aussi son caractère dangereux pour la santé en France. Il est temps de sortir des enveloppes fermées, dont l'exécution empêche de tenir compte des besoins de santé et provoque le sous-financement chronique du service public hospitalier.

M. le rapporteur général. L'ONDAM est le plus élevé que l'on ait connu depuis bientôt dix ans. Il faut revenir en 2011 pour avoir un ONDAM à 2,5 %. Vouloir revenir sur les prévisions de l'ONDAM 2019 n'aurait pas de conséquences pratiques, mais surtout ce serait revenir sur l'ONDAM le plus élevé depuis dix ans. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Ce n'est pas parce que les autres ont été mauvais que nous devons nous inscrire à leur suite et décider d'être mauvais ! La Cour des comptes a préconisé un ONDAM à 4,4 % ; les revendications sont à 5 %.

M. Pierre Dharréville. Il y a tout de même un effet de trompe-l'œil. En effet, il ne s'agit pas tant d'une augmentation que d'une compression : c'est 2,5 % au lieu de 4,5 %. Nous ne pourrions pas maintenir le système existant, y compris le niveau de soins actuel, car, en fait, vous demandez 1 milliard d'euros d'économies à l'hôpital. Telle est la réalité des chiffres que vous nous proposez. Nous avons un problème sérieux. Le système hospitalier n'est pas en mesure d'accuser un nouveau choc de cette ampleur. Cela ne tiendra pas ! Nous allons très rapidement nous en rendre compte.

Par ailleurs, c'est un très mauvais calcul. En fonctionnant ainsi, en ne traitant pas correctement les besoins de santé et en créant de la souffrance au travail à l'hôpital, on ajoute des dépenses. Il faut ouvrir un large débat sur cette question.

M. Adrien Quatennens. À l'heure de la crise que nous traversons, il est moins temps que jamais de parler comme des calculatrices ! Derrière la logique purement budgétaire et les quelques équations que nous avons à résoudre, il y a des personnels en souffrance, des lits, des usagers, lesquels, qu'ils aient fait l'expérience de l'hôpital pour eux ou pour leurs proches, voient bien que la situation est extrêmement fragile. Il n'est pas sérieux d'inscrire le PLFSS dans la continuité et l'aggravation de ce qui a été fait précédemment. Il faut tenir compte de l'urgence de la situation. Nos discussions sont d'autant plus importantes qu'elles sont suivies par des personnels qui souffrent et qui font tenir l'hôpital public à bout de bras. Ils ne peuvent pas imaginer que l'on entame la discussion en leur disant que l'on va continuer dans la même trajectoire et que l'on se félicite de

ce qui a été fait précédemment, malgré le désastre que cela a produit. Ce n'est pas sérieux ! J'en appelle à la raison !

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

Puis elle passe à l'examen, en discussion commune, des amendements AS510 de Mme Jeanine Dubié et AS942 de Mme Valérie Rabault.

M. Philippe Vigier. L'amendement AS510 vise à rééquilibrer l'ONDAM en faveur des établissements de santé publics et privés. Chacun ici connaît le montant du déficit des hôpitaux et les difficultés des établissements privés. Nous sommes proches de la rupture, comme l'atteste douloureusement la grève, toujours plus nourrie, des services des urgences. Les EHPAD sont également en tension. Le virage ambulatoire érigé en solution miracle tarde à porter tous ses fruits. Compte tenu de la crise dans laquelle les établissements sont plongés, l'ONDAM est bien trop faible. C'est pourquoi, étant donné que nous ne pouvons pas augmenter les dépenses, nous proposons un rééquilibrage de l'ONDAM en faveur des établissements de santé à hauteur de 700 millions d'euros.

M. Joël Aviragnet. Depuis six mois, plus de deux cents services des urgences sont en grève à l'hôpital public, pour dénoncer l'épuisement qui gagne les agents confrontés à une hausse vertigineuse du nombre de passages aux urgences, sans que des moyens supplémentaires suffisants ne leur aient été alloués. L'amendement AS942 vise à allouer 300 millions d'euros à l'hôpital pour 2019, afin de répondre à la crise du service des urgences, en matière d'embauche et de création de lits.

M. le rapporteur général. Ces amendements n'auraient pas de conséquence s'ils étaient adoptés, puisqu'ils changeraient, de façon rétroactive, les sous-objectifs d'ONDAM pour l'année qui s'est écoulée. Au-delà de la logique consistant à déshabiller un sous-ONDAM pour en habiller un autre, il n'est pas possible de contrôler et, partant, de limiter les dépenses de ville, puisque cette enveloppe n'est pas fermée, contrairement à l'enveloppe hospitalière ou à l'enveloppe médicaments. Avis défavorable.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 6 sans modification.*

*Puis elle **adopte** la deuxième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 **modifiée**.*

2. Réunion du mardi 15 octobre 2019 à 21 heures (article 7 à article 23 inclus)

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.8245458_5da61bfc92db6.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2020-su-15-octobre-2019

**TROISIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2020**

**TITRE I^{ER}
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA
TRÉSORERIE**

**Chapitre I^{er}
Favoriser le soutien à l'activité économique et aux actifs**

Article 7

**Reconduction du versement d'une prime exceptionnelle exonérée de
contributions et cotisations sociales**

La commission examine, en discussion commune, les amendements AS885 de M. Paul Christophe et AS145 de M. Pierre Dharréville.

M. Paul Christophe. L'amendement AS885 vise à réserver la condition d'un accord d'intéressement pour le versement d'une prime exceptionnelle aux entreprises de plus de onze salariés. En effet, la mise en place d'un accord d'intéressement dans les entreprises de moins de onze salariés se heurte à de nombreux freins, notamment d'ordre administratif, et risque fort de ne pas être effective dans les entreprises employant deux ou trois salariés, ce qui priverait ceux-ci de la prime exceptionnelle et serait contraire à la volonté du Gouvernement d'augmenter le pouvoir d'achat des salariés. Je précise que cet amendement est conforme à des dispositions relatives aux effets de seuil que nous avons défendues lors de l'examen du projet de loi relatif à la croissance et la transformation des entreprises (« PACTE »).

M. Alain Bruneel. La prime exceptionnelle constitue en soi un outil de contournement du salaire socialisé, ce qui peut réduire chaque année la masse salariale, donc les rentrées de cotisations sociales pour la sécurité sociale.

Accorder cette prime aux grandes entreprises apparaît injuste, car elles ont la capacité d'augmenter les salaires sans passer par des dispositifs dérogatoires exonérés de cotisations sociales. En outre, ces grandes entreprises sont aujourd'hui les principales utilisatrices des dispositifs d'intéressement qui permettent de verser des primes à leurs salariés sans régler les cotisations sociales obligatoires. Ainsi, l'intéressement bénéficie à 75 % des salariés des entreprises de plus de 1 000 salariés.

À l'inverse, la prime peut se justifier pour les plus petites entreprises qui utilisent encore peu l'intéressement en dépit de l'exonération de forfait social décidée dans le cadre de la loi « PACTE ». C'est pourquoi l'amendement AS145 propose de limiter le champ d'application de la prime exceptionnelle aux entreprises de moins de 250 salariés.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je suis très sensible à la volonté du Gouvernement d'accompagner la prime exceptionnelle de signature de contrats d'intéressement dans les entreprises : c'est l'un des objectifs de la loi « PACTE », que soutient la majorité.

Je suis également très sensible aux arguments des organisations qui représentent les toutes petites entreprises, selon lesquelles la prime exceptionnelle d'intéressement peut être difficile à appliquer dans les entreprises de deux ou trois salariés, ce qui risque malheureusement de priver les salariés concernés de cette prime. Nous avons vu au cours des auditions que la procédure à suivre par les entreprises pour signer les accords d'intéressement sera extrêmement simple, puisqu'un kit comprenant un contrat-type sera mis à leur disposition. Il est cependant permis de se demander si les toutes petites entreprises pourront conclure un tel accord dans les délais. Nous aurons certainement l'occasion d'échanger sur ce point en séance publique mais, dans l'immédiat, j'émet un avis favorable à l'amendement AS885.

Je suis en revanche défavorable à l'amendement AS145 car il est contraire à l'esprit du texte, qui est de permettre à tous les salariés de France de pouvoir bénéficier de la prime exceptionnelle, et d'encourager les entreprises à signer des accords d'intéressement.

La commission adopte l'amendement AS885.

En conséquence, l'amendement AS145 tombe.

La commission est saisie de l'amendement AS1017 de M. Sylvain Maillard.

M. Sylvain Maillard. Pour des raisons pratiques, la mise en place d'un accord d'intéressement dans les entreprises de moins de onze salariés risque d'être difficile. C'est pourquoi l'amendement AS1017 vise à ne pas conditionner, pour les employeurs de moins de onze salariés, le versement de la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat à l'existence d'un accord d'intéressement – il serait en effet dommage que les salariés concernés soient les oubliés de ce dispositif.

Si la procédure de conclusion de l'accord d'intéressement a été extrêmement simplifiée, comme l'a dit M. le rapporteur général, il subsiste néanmoins des difficultés au sein des petites entreprises. L'amendement AS1017 a pour objet d'y remédier, afin de rendre plus facile la distribution des primes exceptionnelles.

M. le rapporteur général. Cet amendement étant satisfait par l'amendement AS885 que nous venons d'adopter, je vous invite à le retirer.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS735 de Mme Christine Cloarec-Le Nabour.

Mme Christine Cloarec-Le Nabour. Mon amendement vise à simplifier l'information des entreprises de travail temporaire sur le versement de la prime par l'entreprise utilisatrice.

Il y a eu cette année beaucoup de contentieux résultant du fait que, si les agences de travail temporaire sont à même de verser la prime exceptionnelle, elles ne disposent pas toujours pour le faire d'informations suffisantes de la part de l'entreprise utilisatrice. Afin d'y remédier, mon amendement a pour objet de rendre obligatoire la désignation, par l'entreprise utilisatrice, des salariés intérimaires bénéficiaires de la prime ainsi que le montant devant être versé à chacun d'entre eux.

M. le rapporteur général. Cet amendement de précision me semble satisfait par l'état du droit, puisque le dispositif existant met déjà à la charge de l'entreprise utilisatrice une obligation d'information de l'entreprise de travail temporaire au sujet du versement de la prime, des salariés concernés et des modalités de versement de la prime.

L'ensemble de ce dispositif est précisément destiné à éviter les doublons, tout en permettant à l'entreprise de travail temporaire d'établir son propre plan de versement de la prime. Nous pouvons toujours interroger le ministre en séance publique à ce sujet, mais au vu des éléments dont je dispose, votre amendement me semble satisfait et je vous invite donc à le retirer.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie de l'amendement AS378 de Mme Caroline Fiat.

M. Adrien Quatennens. Puisqu'il est ici question d'une prime exceptionnelle exonérée des contributions et des cotisations sociales, je commencerai par dire que nous préférierions voir les Français bénéficier de véritables augmentations de salaire.

En ce qui concerne le salaire lui-même, nous sommes en désaccord depuis le début de ce quinquennat avec votre politique, qui considère que le salaire se résumerait au salaire net. Pour notre part, nous livrons un combat qui nous tient à cœur pour faire valoir que les cotisations sont une part du salaire et que, lorsqu'on vous supprime des cotisations, chaque euro en moins cotisé représente un euro en moins pour les soins, pour les hôpitaux, pour la prise en charge en établissements

d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou pour l'accompagnement des femmes enceintes.

Dans un souci de clarté et afin qu'il ne puisse plus être dit qu'en baissant les cotisations, on augmente le salaire, nous proposons avec l'amendement AS378 que soient indiquées sur le bulletin de salaire les conséquences négatives des exonérations de cotisations sociales pour le budget de la sécurité sociale, ainsi que la diminution afférente des prestations sociales. Ainsi, chacun saura que, si les cotisations sociales disparaissent, demain ce sont potentiellement des soins et des prestations qui disparaîtront également. Nous y voyons un nécessaire exercice de clarification et d'honnêteté.

M. le rapporteur général. La question que vous posez avec cet amendement est celle de la substitution de la prime exceptionnelle à des éléments de rémunération qui seraient soumis à cotisations. C'est un débat en soi, mais nous ne disposons pas de l'ensemble des données fiscales et sociales qui permettraient de déterminer s'il y a ou non une substitution évidente.

Je pourrais me montrer taquin avec vous, monsieur Quatennens, et vous dire que si l'on devait indiquer aux salariés les prestations qu'une diminution des cotisations sociales est censée faire disparaître, il faudrait aussi leur signaler les bonnes nouvelles, à savoir la baisse du nombre de chômeurs ou l'augmentation du pouvoir d'achat.

Comme vous vous en doutez, j'émetts un avis défavorable à votre amendement.

M. Adrien Quatennens. On peut jouer à ce petit jeu, monsieur le rapporteur général, mais je ne suis pas sûr que vous en sortiez gagnant... Si on doit évoquer une baisse du chômage, il faut être honnête jusqu'au bout et ne pas se contenter de dire aux Français que le chômage baisse : il faut leur préciser que les statistiques du chômage baissent, ce qui est différent. Quand vous partez en formation, vous disparaissiez des statistiques ; quand vous signez un contrat extrêmement court, parfois de quelques jours seulement, vous disparaissiez des statistiques également. Vous le voyez, s'il fallait jouer pleinement le jeu de l'honnêteté, je ne suis pas sûr que la majorité en sortirait gagnante.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS619 de M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. Nous ne sommes pas du tout opposés à la prime d'intéressement prévue par la loi de 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales (« MUES ») mais, comme l'a dit notre collègue Sylvain Maillard, cette prime est très compliquée à appliquer au sein des très petites entreprises. Je rappelle qu'un premier bilan de ce dispositif a été établi en mars dernier par un rapport de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), qui indiquait que moins de 30 % des établissements de plus de 2 000 salariés ont versé

une prime, contre moins de 10 % pour les établissements de moins de dix salariés. Cela montre bien que nous devons trouver un dispositif complètement différent pour les petites entreprises : tel est l'objet de notre amendement AS619 – que je suis disposé à retirer s'il est satisfait.

M. le rapporteur général. Votre amendement n'est pas satisfait par l'adoption de l'amendement AS885, qui concerne uniquement les petites entreprises de moins de onze salariés. Pour ce qui est des entreprises employant entre 11 et 250 salariés, elles ont vocation à être très fortement incitées à conclure des accords d'intéressement, c'est pourquoi j'émetts un avis défavorable à votre amendement.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS664 de Mme Sarah El Haïry.

Mme Sarah El Haïry. On constate dans le monde associatif, qui emploie 1 800 000 salariés, un blocage dans la mise en œuvre des dispositions relatives à la prime d'intéressement, la conclusion d'accords portant sur ce point ne faisant pas partie de la culture des associations. Afin que les 920 000 salariés du secteur sanitaire et social, les 60 000 salariés de la culture ou encore les 80 000 salariés du sport puissent bénéficier du versement de la prime exceptionnelle, qui a vocation à augmenter le pouvoir d'achat, mon amendement vise à préciser que la condition d'instauration d'un accord d'intéressement pour le versement de la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat ne s'applique pas aux associations.

M. le rapporteur général. Cet amendement est intéressant, car un certain nombre d'entreprises du secteur de l'économie sociale et solidaire n'ont effectivement pas vocation à passer des accords d'intéressement. Or, il faut éviter que les salariés de ces entreprises soient privés du versement de la prime exceptionnelle. J'émetts donc un avis favorable à cet amendement, en attendant la discussion en séance publique.

La commission adopte l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS821 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. L'amendement AS821 vise à resocialiser la prime exceptionnelle, bien accueillie par les salariés même si elle ne bénéficie pas à tous, et à laquelle nous sommes donc favorables. En effet, au regard du déficit important, pour ne pas dire abyssal, de la sécurité sociale, il convient de rétablir les cotisations et contributions sociales, qui permettent aussi d'augmenter les droits des salariés. Par ailleurs, du fait de sa défiscalisation et de sa désocialisation, cette prime exceptionnelle s'est substituée progressivement au salaire, et est ainsi responsable d'une baisse de l'augmentation de la masse salariale au premier trimestre 2019.

M. le rapporteur général. L'année dernière, délivrée sur trois mois, la prime exceptionnelle a bénéficié à 5 millions de salariés, travaillant dans 408 000 établissements, pour un gain total de pouvoir d'achat supérieur à 2 milliards d'euros. Ce dispositif a donc connu un succès allant au-delà de toutes nos espérances, et nous souhaitons le reconduire l'année prochaine.

Il est évident que l'exonération de cotisations sociales a joué un rôle déterminant dans un versement de cette ampleur et que le rétablissement des cotisations lui ferait perdre une grande part de son intérêt. Je souhaite que nous profitons du prochain Printemps de l'évaluation pour déterminer, sur la base des chiffres que nous aura entre-temps fournis l'ACOSS, si la prime exceptionnelle a eu ou non une incidence sur la masse salariale, et quel sort doit être réservé à ce dispositif.

En l'état actuel des choses, j'émet un avis défavorable à votre amendement.

M. Boris Vallaud. Monsieur le rapporteur général, j'appelle votre attention sur le fait que l'ACOSS a d'ores et déjà relevé un repli de la masse salariale de 0,3 % durant le premier trimestre 2019, après une augmentation de 0,8 % au cours du dernier trimestre 2018. L'explication en est simple : les entreprises ont versé une prime en 2018, et procédé juste après à une compression salariale afin de se rembourser !

L'amendement vise à prévenir ce comportement par la mise en œuvre d'une solution équilibrée, consistant à continuer à défiscaliser mais à ne plus désocialiser, afin que les salariés ne soient pas doublement perdants – d'une part du fait de la désocialisation, d'autre part de l'effet d'aubaine dont ont profité les employeurs en diminuant la masse salariale.

Dans la mesure où vous disposez déjà des éléments d'évaluation que vous dites attendre, monsieur le rapporteur général, je vous engage à ne pas commettre une deuxième fois une erreur d'appréciation en repoussant la proposition consistant à resocialiser la prime exceptionnelle.

M. Adrien Quatennens. Monsieur le rapporteur général, vous venez de répondre à nos collègues socialistes que vous aviez pu quantifier le gain de pouvoir d'achat de la désocialisation et de la défiscalisation. Afin que nous soyons parfaitement informés, pourriez-vous également nous indiquer combien cette mesure va représenter en termes de lits d'hôpitaux en moins, de prestations sociales et de prises en charge en EHPAD supprimées ?

La commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS1 de M. Sylvain Maillard.

M. Sylvain Maillard. Compte tenu de ce qui a été dit précédemment, je retire mon amendement.

L'amendement est retiré.

La commission examine ensuite l'amendement AS335 de Mme Delphine Bagarry.

Mme Delphine Bagarry. L'an dernier, afin de répondre à une situation d'urgence sociale, l'ensemble des groupes parlementaires ont voté une loi contenant des mesures en faveur du pouvoir d'achat. L'article 7 prolonge aujourd'hui une disposition de cette loi, à savoir le versement d'une prime exceptionnelle exonérée de cotisations sociales, en conditionnant cependant celui-ci à la conclusion d'un accord d'intéressement.

Au regard de l'incidence financière de cette mesure, il semble nécessaire d'informer le Parlement de son efficacité, en indiquant notamment dans quelle mesure elle a été profitable aux salariés plutôt qu'aux entreprises. Plus précisément, il importe de connaître son impact éventuel sur les négociations entre les partenaires sociaux portant sur l'augmentation des salaires, et de savoir s'il existe un effet d'aubaine qui la rendrait contre-productive pour l'augmentation des salaires. Si tel était le cas, et si la prime perdait son caractère exceptionnel, il faudrait faire en sorte d'apporter des correctifs au dispositif.

M. le rapporteur général. Madame Bagarry, ce que j'ai proposé tout à l'heure, à savoir profiter du Printemps de l'évaluation pour nous interroger sur les effets de la prime exceptionnelle, me semble satisfaire votre amendement. Je vous promets une évaluation rigoureuse, objective et à laquelle chacun pourra prendre part, comme cela avait été le cas l'année dernière au sujet d'un certain nombre de dispositifs.

Les chiffres de l'ACOSS cités par Boris Vallaud sont exacts, mais ils reposent sur une évaluation sur trois mois, et l'Agence elle-même reconnaît qu'il est difficile d'en tirer des conclusions définitives. Le dispositif législatif prévoit que les entreprises ne peuvent pas remplacer une augmentation de salaire par la prime, mais quant à savoir ce qu'il en est réellement, il semble que les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) ne disposent pas d'un recul suffisant pour le dire. En tout état de cause, nous serons extrêmement vigilants sur ce point dans le cadre du Printemps de l'évaluation.

Dans l'immédiat, je vous propose de retirer votre amendement et de participer à l'exercice d'évaluation collective auquel nous allons procéder au printemps prochain.

Mme Delphine Bagarry. Je retire mon amendement, dont j'envisage de proposer le thème pour de prochains travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), car il entre tout à fait dans son champ de compétence.

L'amendement AS335 est retiré.

La commission adopte l'article 7 modifié.

Article 8

Ajustement du calcul des allègements généraux

La commission est saisie de l'amendement AS322 de Mme Jeanine Dubié.

M. Philippe Vigier. L'amendement vise à retirer les conditions restrictives d'application de la déduction forfaitaire spécifique (DFS). L'article 8 prévoit le plafonnement du montant de la réduction générale de cotisations patronales pour les employeurs qui appliquent la déduction forfaitaire spécifique à 130 % des allègements auxquels a droit un employeur de droit commun.

Aujourd'hui, l'abattement de 10 % pour frais professionnels permet aux employeurs, notamment dans le secteur du bâtiment et des travaux publics, de prendre en charge les paniers-repas et les frais kilométriques de leurs salariés. Limiter la portée de ce dispositif représenterait une hausse de charges considérable pour les entreprises – environ 1 milliard d'euros rien que pour les entreprises du bâtiment et des travaux publics – et, par ricochet, une baisse de la paye nette des ouvriers, alors que nous essayons tous d'œuvrer en faveur du pouvoir d'achat.

Les très petites entreprises (TPE) et petites et moyennes entreprises (PME) situées en zones rurales, déjà affectées par les fractures territoriales que chacun connaît, seraient encore plus violemment touchées que les autres par cette décision, puisque ce sont celles qui envoient le plus de salariés en déplacement sur des chantiers.

Nous souhaitons donc maintenir les conditions actuelles d'application de la DFS : tel est l'objet de notre amendement, qui vise à supprimer les conditions restrictives prévues par l'article 8.

M. le rapporteur général. Votre amendement conduit à supprimer des précisions rédactionnelles concernant ce qu'on appelle la « cotisation socle » patronale, à destination de la branche accidents du travail et maladies professionnelles – ce qui, je crois, n'était pas votre intention : vous voulez en fait parler de la DFS, qui va bien être modifiée, mais par voie réglementaire – par le Gouvernement, donc – et non par voie législative.

Je vous invite par conséquent au retrait de cet amendement.

M. Philippe Vigier. Je retire l'amendement, que je redéposerai en vue de la séance publique s'il n'est pas satisfait entre-temps.

L'amendement AS322 est retiré.

La commission examine ensuite l'amendement AS981 de M. Joël Aviragnet.

M. Boris Vallaud. Cet amendement du groupe Socialistes et apparentés propose d'éviter les effets de bords de la réforme du bonus-malus. On dénombre actuellement 400 entreprises en France dont tous les salariés sont au SMIC et qui, alors qu'elles ne payent pas de charges sociales, seraient tout de même bénéficiaires d'un bonus. Afin d'éviter que la sécurité sociale ne devienne leur débitrice, ce qui serait pour le moins curieux, nous proposons d'instituer un plafond.

M. le rapporteur général. Rien n'échappe à la sagacité de Boris Vallaud. En l'occurrence, il soulève une question que nous avons posée au cours de nos auditions, relative à la situation de certaines entreprises qui n'auraient que des salariés au SMIC et pourraient cumuler le dispositif de bonus avec les allègements de cotisations patronales.

Or, les cas allégués paraissent tellement fictifs et virtuels que nous n'avons pas obtenu de réponse à cette question qui tendait à laisser croire à la nécessité de légiférer, au moins pour apporter une correction au dispositif actuel.

Par ailleurs, votre proposition consistant à instaurer une limite par décret ajouterait de la complexité à un système de bonus-malus et d'allègements déjà touffu. Elle aurait vocation à être évoquée dans le cadre du Printemps de l'évaluation s'il y a plus d'entreprises concernées que je ne le pense mais, dans l'immédiat, je vous invite à retirer cet amendement, et émettrai à défaut un avis défavorable.

M. Boris Vallaud. Je n'ai pas été convaincu par le Printemps de l'évaluation, c'est pourquoi je vais maintenir mon amendement.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS381 de M. Jean-Hugues Ratenon.

Mme Caroline Fiat. Le respect de la dignité humaine n'est pas une valeur accessoire. Pourtant, par l'hyper-financiarisation de notre système économique, les salariés semblent n'être plus que des variables d'ajustement dans les comptes des actionnaires, des citrons que certains managers pourraient presser toujours un peu plus...

Ainsi, en raison de mauvaises conditions de travail, de la faiblesse de la rémunération ou de pratiques managériales agressives, de nombreuses entreprises connaissent un *turn-over* important. Aussi, prévoir un malus sur les cotisations patronales des entreprises au sein desquelles le renouvellement des salariés serait trop important va dans le bon sens. L'augmentation du niveau de cotisations patronales permettrait en effet de compenser financièrement les effets d'une prise en charge des salariés en souffrance.

Toutefois, un système de bonus semble quant à lui déplacé. En effet, si les entreprises fautives doivent être sanctionnées, les entreprises respectant les règles n'ont pas à être récompensées.

En matière de sécurité routière, par exemple, le Gouvernement prévoit-il de récompenser financièrement les conducteurs n'ayant pas reçu de contravention depuis plus d'un an ? Assurément non.

L'amendement AS381 prévoit donc de maintenir le malus pour les entreprises fautives, mais de supprimer le bonus pour celles qui ne font que respecter les règles et traitent humainement leurs salariés.

M. le rapporteur général. L'avantage d'avoir un bonus à côté d'un malus, outre son aspect incitatif qui pousse les entreprises à mieux agir, notamment en matière de respect de l'égalité salariale, c'est que cela permet de maintenir un certain écart entre les entreprises vertueuses et celles qui ne le sont pas – un écart que vous réduisez si vous supprimez le bonus. J'estime qu'il vaut mieux conserver le bonus, et je suis donc défavorable à votre amendement.

M. Pierre Dharréville. Je souscris tout à fait à l'objectif évoqué par M. le rapporteur général, consistant à maintenir un écart important entre les entreprises qui respectent la règle et celles qui ne la respectent pas. Cela étant, pour atteindre cet objectif, je suggère pour ma part d'augmenter le malus.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Il semble qu'il y ait là matière à déposer un amendement en séance publique, monsieur Dharréville...

Mme Caroline Fiat. Tout comme mon collègue Pierre Dharréville, j'estime que nous pourrions augmenter le malus. Je rappelle que nous sommes ici pour fixer des règles sous la forme de lois, que les entreprises sont tenues de respecter. Que penser d'un système où on en vient à féliciter les entreprises qui ne font que respecter la loi, en leur distribuant des sucettes comme on le ferait à des enfants sages ? Si nous en venions à un tel système, alors il faudrait le généraliser, notamment en l'appliquant aux bons conducteurs, comme je l'ai dit précédemment.

Les salariés travaillent dans de bonnes conditions parce que les députés ont décidé qu'il devait en être ainsi, et les entreprises n'ont pas à être récompensées pour cela.

M. Sylvain Maillard. Toutes les entreprises respectent les règles : je rappelle que nous devons partir de ce postulat.

Mme Caroline Fiat. Mais oui, bien sûr !

M. Sylvain Maillard. L'idée du bonus-malus est très simple : elle consiste à encourager les entreprises vertueuses et à pénaliser celles qui ne le sont pas. Cependant, je ne peux laisser dire que certaines entreprises ne respectent pas la loi.

Mme Caroline Fiat. Ce n'est pourtant pas ce qui manque !

M. Adrien Quatennens. Monsieur Maillard, je ne suis pas certain que l'on puisse affirmer que toutes les entreprises respectent les règles. Ma collègue Fiat n'a pas dit qu'aucune entreprise ne respectait les règles, mais prétendre, comme vous le faites, qu'elles le font toutes, me semble faux. Non, toutes les entreprises ne respectent pas les règles, j'en veux pour preuve le fait qu'il est nécessaire d'instaurer un malus.

Mme Caroline Fiat. Eh oui !

M. Alain Bruneel. M. Maillard devrait lire plus attentivement les rapports de la Cour des comptes, qui font régulièrement état du fait que certaines entreprises s'adonnent à la fraude fiscale et sociale : il est clair que ces entreprises ne respectent pas la règle.

Mme Caroline Fiat. Eh oui !

M. Alain Bruneel. Quand une entreprise fait appel à des travailleurs détachés afin de pouvoir les payer moins que le salaire minimum légal, elle ne respecte pas la règle. Ce n'est pas nous qui le disons, c'est la Cour des comptes : vous pouvez donc difficilement affirmer le contraire.

Mme Caroline Fiat. Eh oui !

M. Alain Bruneel. Mme Fiat a évoqué l'éventualité de récompenser les bons conducteurs. Dans le même esprit, je suggère que l'on ne se contente pas de sanctionner les demandeurs d'emploi refusant trois offres d'emploi, mais que l'on octroie une prime à ceux qui se verraient refuser un emploi par trois entreprises auxquelles ils auraient proposé leurs services.

Mme Caroline Fiat. Très bien !

La commission rejette l'amendement.

Elle adopte l'article 8 sans modification.

Après l'article 8

La commission examine successivement les amendements ASI42, ASI41, ASI40 et ASI36 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Je vais me dépêcher de présenter mes amendements, madame la présidente, avant qu'ils ne soient tous tombés !

L'amendement ASI42 prévoit l'extinction progressive sur deux ans de l'allègement de cotisation patronale d'assurance maladie – l'allègement crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) –, qui représente un coût annuel

de 22,1 milliards d'euros pour l'assurance maladie. Ce dispositif, qui est distribué aux entreprises sans contrepartie, a montré son inefficacité en termes de création d'emplois. Il me semble absolument inutile de devoir attendre un an de plus un hypothétique Printemps de l'évaluation pour prendre des mesures sur ce point – je devance votre réponse, monsieur le rapporteur général –, et j'estime que nous devons au contraire prendre la mesure de ce qu'il faut faire, et conserver ces recettes pour faire face aux besoins criants en matière de protection sociale.

M. Alain Bruneel. Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsque les revenus distribués au sens de l'article 109 du code général des impôts sont supérieurs à 10 % du bénéfice imposable du dernier exercice clos.

L'allègement de cotisation patronale au titre du CICE est accordé sans contreparties aux entreprises, ce qui représente une somme de 22 milliards d'euros en 2019. À défaut d'obtenir sa suppression, l'amendement AS141 propose de limiter l'effet de cette mesure aux seules entreprises qui ne distribuent pas en dividendes une partie substantielle des bénéfices enregistrés.

M. Pierre Dharréville. L'amendement AS140 supprime de manière progressive, entre 2020 et 2022, le dispositif Fillon d'allègements généraux de cotisations patronales sur les bas salaires qui, outre son coût annuel pour les finances sociales – 26 milliards d'euros pour la sécurité sociale en 2019, dont 11 milliards d'euros pour la seule branche maladie –, encourage la création d'emplois peu qualifiés et mal rémunérés.

M. Alain Bruneel. L'amendement AS136 vise à limiter le bénéfice des allègements généraux de cotisations sociales patronales aux seules entreprises qui s'engagent à augmenter leurs rémunérations pour éviter le phénomène de trappe à bas salaires. Ainsi, seules les entreprises d'au moins 50 salariés dont plus de la moitié des salariés perçoivent des rémunérations au-dessus de 1,6 SMIC pourraient bénéficier des réductions de cotisations patronales sur les bas salaires.

M. le rapporteur général. L'adoption de ces quatre amendements alourdirait instantanément le coût du travail dans notre pays de 40 milliards d'euros environ. Vous ne serez donc pas étonnés que j'émette un avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Vous n'êtes pas obligé de prendre les quatre, monsieur le rapporteur général, je suis disposé à négocier !

Quand vous dites que les mesures proposées alourdiraient le coût du travail de 40 milliards d'euros, vous omettez de préciser qu'elles augmenteraient les recettes de la sécurité sociale du même montant, ce qui n'est pas négligeable.

M. le rapporteur général. Je suis tenté, monsieur Dharréville, mais je maintiens mon avis défavorable : à lui seul, le premier amendement pèse 22,6 milliards d'euros, ce qui n'en fait pas un petit amendement...

La commission rejette successivement ces amendements.

Elle est saisie, en discussion commune, des amendements AS144 de M. Pierre Dharréville et AS646 de M. Sacha Houlié.

M. Pierre Dharréville. L'amendement AS144 prévoit de limiter le champ d'application de l'allègement de cotisations patronales familiales, issu du Pacte de responsabilité, aux seuls bas salaires, c'est-à-dire aux seules rémunérations inférieures à 1,6 fois le SMIC.

Comme l'a démontré le Conseil d'analyse économique dans une note de janvier 2019 intitulée « Baisses de charges : stop ou encore ? », ce dispositif, qui s'applique aux rémunérations jusqu'à 3,5 fois le SMIC, est inefficace en termes de créations d'emplois et de compétitivité. Il est également coûteux pour les finances sociales, avec une perte de recettes de 8 milliards d'euros pour la branche famille.

Le nouveau ciblage proposé permet de rapporter 4 milliards d'euros de recettes nouvelles pour la sécurité sociale en 2020.

M. Sacha Houlié. L'amendement AS646 se fonde également sur la note du Conseil d'analyse économique que vient de citer M. Dharréville, ainsi que sur le rapport « Soutenir les hommes et leurs entreprises » que j'ai rédigé conjointement avec mon collègue Pierre Person et qui porte sur cette note.

Nous avons mis en évidence dans notre rapport que les allègements de cotisations accordés ont eu une pertinence en tant que relais du CICE, c'est-à-dire jusqu'à 1,6 SMIC, avec des créations d'emplois massives et un renforcement de la compétitivité des entreprises.

En revanche, pour ce qui est des allègements de cotisations sur les rémunérations supérieures à 1,6 SMIC – et *a fortiori* sur celles comprises entre 2,5 et 3,5 SMIC, ce qui correspond à des salaires compris entre 3 000 euros et 4 200 euros –, aucune instance de contrôle, qu'il s'agisse de France Stratégie, de l'institut d'études économiques Rexecode ou encore de l'Institut des politiques publiques n'a été capable de nous en démontrer la pertinence, ni même d'établir qu'ils n'ont pas produit d'effets néfastes.

Nous estimons par conséquent que ces sommes doivent pouvoir être récupérées par l'État afin d'être réinvesties dans d'autres politiques publiques – efficaces, elles, pour l'emploi et la compétitivité des entreprises, qui étaient bien les objectifs poursuivis à l'époque par le législateur.

Notre amendement vient donc confirmer la pertinence de certaines exonérations de cotisations, tout en remettant en cause celles qui n'ont pu prouver la leur.

M. le rapporteur général. Ces deux amendements font suite au rapport du Conseil d'analyse économique portant sur les niches sociales et les effets d'aubaine pouvant résulter de certains allègements généraux de cotisations patronales. Plusieurs de nos collègues, parmi lesquels Sacha Houlié et Pierre

Person, ont travaillé sur ces questions qui nous interpellent. Il en est effet intéressant de savoir si les nombreux allègements généraux de cotisations patronales sont tous indispensables, c'est-à-dire s'ils créent tous de la richesse et de l'emploi dans notre pays, ou si certains ne font que donner lieu à des effets d'aubaine, trop marqués pour qu'il soit intéressant de les conserver dans la durée. De ce point de vue, donc, le rapport du CAE avait été très intéressant.

Cela dit, la bascule du CICE s'est opérée récemment, avec la fameuse année double dont nous sortons, et le Gouvernement a exprimé la volonté de stabiliser la fiscalité des entreprises, afin de pouvoir constater dans la durée l'efficacité – ou l'absence d'efficacité – des différentes mesures d'allègement des cotisations patronales.

La vraie question est donc sans doute moins celle du « quoi » que celle du « quand ». Pour ce qui est des deux dispositions ici proposées, la première est un peu raide, en ce qu'elle supprime les allègements généraux dès 1,6 SMIC, ce qui représente un coût très important pour les entreprises – 4 milliards d'euros d'augmentation du coût du travail. J'y suis donc défavorable.

Quant à l'amendement de M. Houlié, il propose lui aussi une sortie assez abrupte du dispositif, à 2,5 SMIC. On aurait pu imaginer une sortie en biseau, entre 2,5 et 3,5 SMIC, avec une décroissance progressive – de l'ordre de 800 millions d'euros la première année et 800 millions d'euros la seconde, plutôt que de 1,6 milliard d'euros en une seule fois –, afin de permettre aux entreprises de faire face plus facilement aux augmentations de cotisations patronales que cela aurait pu entraîner. J'y suis donc également défavorable.

J'espère que les discussions en séance avec le Gouvernement nous permettront de progresser sur ces points sans perdre de vue l'objectif auquel nous sommes tous attachés, à savoir faire en sorte que les allègements de cotisations se traduisent bien par des créations d'emplois et de richesses dans notre pays. Il serait dommage que ce ne soit pas le cas.

M. Pierre Dharréville. Nous connaissons un peu le résultat, de même que l'ampleur des transferts de valeurs et de richesses qui ont été opérés dans notre pays depuis le travail vers le capital depuis une vingtaine d'années.

Les budgets précédents ont fait montre d'une grande générosité en la matière, une sorte d'assistance ayant vu le jour dont il convient aujourd'hui de se désintoxiquer. Voter cet amendement qui, de surcroît, semble faire quelques émules au sein de la majorité, me semblerait en l'occurrence un bon signal.

Nous devons avoir ce débat ici même et dans l'hémicycle. Un avis favorable de la commission pousserait peut-être le Gouvernement à réagir un peu et à évoluer, ce qui me paraîtrait intéressant.

M. Sacha Houlié. Je remercie monsieur le rapporteur général pour son avis et les précisions apportées.

Je maintiens bien entendu mon amendement afin que la commission puisse se faire un avis sur cette question mais j'ajoute que si les baisses de cotisations ont pu avoir un effet conjoncturel lorsqu'il fallait relancer la machine, notamment afin de participer à la restauration des marges quand les entreprises en avaient besoin – je pense aux baisses visées dans notre amendement, avec M. Person – cet aspect conjoncturel même implique qu'elles n'ont pas vocation à être structurelles et ne doivent plus bénéficier aux rémunérations supérieures, comme l'a d'ailleurs dit le rapporteur général en évoquant une sortie en biseau – mais la commission jugera de ce qu'il doit en être à l'avenir, donc, dans les prochains projets de loi de financement de la sécurité sociale.

M. Pierre Dharréville. Sacha Houlié vient de lancer un débat intéressant sur ces exonérations qui, au départ, ont vocation à être limitées dans le temps. M. le rapporteur général chiffre nos mesures à 40 milliards mais une telle somme résulte d'une accumulation considérable des exonérations ! C'est aussi cela qui conduit à des chiffres effrayants !

Si nous décidons que des exonérations doivent être limitées dans le temps, alors, elles doivent l'être, sinon, il faut dire dès le départ qu'il en est autrement.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle examine l'amendement AS648 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. L'amendement s'oppose à la désocialisation et la défiscalisation des heures supplémentaires pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, la non-compensation par l'État à la sécurité sociale des exonérations de cotisations sociales sur les heures supplémentaires, dont nous avons longuement parlé : cette somme non versée revenant de plein droit aux organismes sociaux creuse leur déficit et augmente l'endettement d'année en année. Avec ce type de mesures, la sécurité sociale devient une variable d'ajustement du budget de l'État, ce qui est tout de même difficilement acceptable.

Ensuite, la désocialisation des heures supplémentaires et complémentaires est un non-sens économique : le pays connaissant un taux de chômage de près de 10 %, il convient de ne pas inciter aux heures supplémentaires mais plutôt d'encourager un meilleur partage du travail.

Enfin, nous souhaitons rappeler que selon l'Observatoire français des conjonctures économiques – je renvoie à une note de juillet 2017 – cette mesure pourrait détruire 19 000 emplois et empêcher la création de 38 000 à 40 000 postes à l'horizon 2022 et coûterait 0,1 point de produit intérieur brut (PIB) aux finances publiques.

J'ajoute que le minuscule gain de pouvoir d'achat entraîné par cette mesure sera complètement anéanti par la sous-indexation des prestations sociales.

En fait, vous ne proposez pas le « travaillez plus pour gagner plus » de Nicolas Sarkozy, mais le « travaillez plus pour ne pas perdre plus » de M. le ministre Darmanin.

M. le rapporteur général. Si j'étais taquin, monsieur Aviragnet, je dirais que votre amendement est en partie satisfait. Vous craignez une perte de recettes pour la sécurité sociale mais comme vous avez voté le maintien de la compensation à l'article 3, la question ne se pose plus s'agissant des heures supplémentaires.

Plus sérieusement, vous prétendez que le gain de pouvoir d'achat est minuscule pour les Français, or, je ne sais si vous l'avez chiffré pour votre amendement mais, l'année dernière, il s'élevait à 1,8 milliard. Il est difficile d'expliquer aux salariés français qu'il s'agit là d'un gain minuscule.

Pour toutes ces raisons, avis défavorable.

M. Joël Aviragnet. J'entends bien : une telle somme est énorme, mais il faut regarder ce que cela représente Français par Français, et les salariés les plus modestes le savent.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS465 de M. Éric Woerth.

M. Jean-Pierre Door. Contrairement au groupe Socialistes et apparentés, nous voulons défiscaliser totalement les heures supplémentaires et proposons de ne pas soumettre aux cotisations patronales les salaires versés au titre des heures supplémentaires dès le 1^{er} janvier 2020.

Je rappelle que la mesure prise par le Président Sarkozy visant à « travailler plus pour gagner plus » était concrète et avait rapporté régulièrement 500 euros environ à 9 millions de salariés, ce qui n'est pas rien.

Nous souhaitons donc aller plus loin que la simple désocialisation voulue par l'actuel Gouvernement en défiscalisant totalement les heures supplémentaires.

M. le rapporteur général. Avis défavorable pour les mêmes raisons que l'année dernière. Nous avons discuté de cette mesure – qui coûterait 2 milliards – dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 et de la loi « MUES ».

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS662 de M. Julien Dive.

M. Jean-Carles Grelier. Cet amendement vise à favoriser l'employabilité des apprentis. Une TPE de moins de 11 salariés qui embauche et forme ces derniers doit être exonérée d'une partie des charges sociales et salariales afférentes

dès lors qu'au terme du contrat d'apprentissage, elle leur propose un contrat à durée indéterminée (CDI). Outre que cela stabilise la situation de l'apprenti au sein de l'entreprise, celle-ci bénéficie d'un retour d'investissement pour le temps de formation qu'elle lui a consacré.

M. le rapporteur général. Vous proposez une exonération de cotisations sociales sur les rémunérations d'apprentis embauchés en CDI. L'idée est intéressante car il faut favoriser l'apprentissage mais je donnerai un avis défavorable, si vous ne retirez pas votre amendement, pour deux raisons. Tout d'abord, parce que les entreprises bénéficient déjà d'allègements considérables lorsqu'elles salarient un employé à moins de 1,6 SMIC, ce qui est le cas pour l'immense majorité des apprentis que vous visez. Ensuite, parce que votre amendement exclut les entreprises du bénéfice d'autres exonérations que celle que vous proposez, ce qui, pour un grand nombre d'entre elles, entraînerait un alourdissement de la charge qui pèse sur elles à raison de leurs autres salariés déjà embauchés.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS898 de M. Jean-Félix Acquaviva.

M. Jean-Félix Acquaviva. Cet amendement vise à étendre les exonérations de charges patronales prévues pour les entreprises implantées en zone de revitalisation rurale (ZRR) à celles situées dans une zone de développement prioritaire (ZDP), dispositif créé par l'article 135 de la loi de finances pour 2019 du 28 décembre 2018.

Cette nouvelle ZDP concerne la Corse, définie dans la loi comme île-montagne, territoire subissant un phénomène de contraintes cumulées où les surcoûts liés à ces spécificités pour les entreprises peuvent peser jusqu'à environ 9 % du chiffre d'affaires par an – étroitesse du marché, coûts du transport, difficulté de recrutement, surcoûts liés au surstockage...

Par cet amendement, il s'agit de favoriser le développement économique et l'emploi et de faire en sorte que nous disposions du bon avantage au bon niveau afin de faire disparaître ces contraintes cumulées et, surtout, d'améliorer le dispositif nouvellement créé, qui peine à démarrer faute d'avoir été fondé sur des mesures adéquates.

M. le rapporteur général. J'ai une carte de la magnifique Corse sous les yeux, monsieur Acquaviva. Hors Bastia et Ajaccio ainsi que leurs proches périphéries, toute la Corse est classée en ZRR. Créer un nouveau dispositif fiscal d'exonération uniquement pour deux grandes agglomérations très dynamiques serait à la fois complexe et pas forcément très adapté. Je vous propose, si vous en êtes d'accord, de retirer votre amendement.

M. Jean-Félix Acquaviva. Il est fort à propos puisque nous nous dirigeons vers la suppression des ZRR dans le projet de loi de finances (PLF) et

que c'est bien cela qui nous inquiète ! Cet amendement vise précisément à faire en sorte que la ZDP, dispositif créé l'année dernière, prenne le relais – même si en tant qu'élu de montagne, je serais tout à fait d'accord pour que soit instaurée une zone fiscale prioritaire de montagne, nos amendements à ce sujet ayant été malheureusement repoussés l'année dernière. Faisons donc en sorte, au moins, que la ZDP soit efficace et qu'elle couvre toute la Corse !

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Vous avez toujours le même avis sur cet amendement « préventif », monsieur le rapporteur général ?

M. le rapporteur général. Oui.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite successivement les amendements AS309, AS308 et AS310 de M. Vincent Rolland.

M. Vincent Rolland. Nous avons déjà passé un peu de temps l'année dernière à discuter de l'amendement AS309. En séance, le Gouvernement s'était engagé à examiner comment il serait possible sinon d'exonérer, du moins, de diminuer fortement les cotisations vieillesse obligatoires pour certains professionnels libéraux – nous pensions notamment à de jeunes moniteurs stagiaires de ski, qui enseignent deux semaines l'hiver, ou à de jeunes retraités qui peuvent encore enseigner ce sport et renforcer les effectifs lorsqu'il y a beaucoup de monde. Les cotisations, aujourd'hui, sont tellement disproportionnées que nombreux sont ceux qui renoncent à quelques jours ou semaines d'activité.

L'amendement AS308 se situe dans la même veine mais est un peu moins généreux que le précédent.

L'amendement AS310, enfin, est défendu.

M. le rapporteur général. Nous débattons chaque année d'amendements concernant les moniteurs de ski. *Winter is coming*, comme on dit !

C'est une vraie question. L'année dernière, nous avons demandé un rapport au Gouvernement mais il ne l'a pas encore remis alors qu'il aurait dû l'être. Nous pourrions donc solliciter les ministres compétents pour savoir pourquoi et si l'on peut disposer d'un certain nombre d'éléments.

Depuis le dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), j'ai reçu des représentants des moniteurs de ski. Il est vrai que la cotisation de ceux d'entre eux qui sont saisonniers, dont l'activité est très réduite et qui gagnent quelques centaines ou milliers d'euros, peut paraître plus lourde dans le nouveau dispositif que dans le précédent. J'avais répondu, l'année dernière, qu'ils devaient s'inscrire au régime de micro-entrepreneur et que c'était très rapide sur internet, ce à quoi ils m'ont opposé que la déclaration des charges,

des frais professionnels, n'était pas la même. Pour eux, le pourcentage de ces derniers peut en effet être élevé, ce qui peut soulever des difficultés.

Je vous propose de retirer vos amendements et que nous en discutions dans l'hémicycle – de toute façon, cela n'existe pas, un PLFSS où nous ne discuterions pas des problèmes rencontrés par les moniteurs de ski ! Si vous en êtes d'accord, nous pouvons approfondir cette question d'ici la semaine prochaine.

M. Vincent Rolland. Sur le principe, je n'ai guère envie de retirer les amendements, ce qui n'empêche pas que nous en rediscutions. Dites-vous que c'est bien souvent d'étudiants dont il s'agit et que ces deux semaines de vacances leur permettent de disposer d'un revenu complémentaire pour financer leurs études ! Le niveau des pensions des moniteurs retraités, comme vous le savez sans doute, est quant à lui dérisoire – pour ne pas employer un autre terme – même s'ils ont une carrière complète.

Discutons-en donc encore, oui mais, en attendant, je maintiens ces amendements.

La commission rejette successivement les amendements.

Elle étudie ensuite l'amendement AS288 de M. Sylvain Maillard.

M. Sylvain Maillard. Cet amendement, que j'avais déjà présenté lors de l'examen du projet de loi d'orientation des mobilités, vise à permettre aux employeurs d'accorder, s'ils le peuvent et le souhaitent, un remboursement complet des frais de transports publics à leurs salariés.

Actuellement, la prise en charge obligatoire par l'employeur des titres d'abonnement est égale à 50 % de leur coût, conformément à l'article R. 3261-1 du code du travail, le montant devant être mentionné sur le bulletin de paie et exonéré de l'impôt sur le revenu. Les 50 autres pour cent sont quant à eux considérés comme des avantages en nature pour le salarié dès lors que l'employeur décide de les prendre en charge.

Le présent amendement permettra à l'employeur d'aller au-delà de cette obligation en le faisant bénéficier, pour le remboursement facultatif du coût restant des titres de transports de ses salariés, des mêmes avantages que lui octroie le remboursement obligatoire d'une partie dudit coût.

La mobilité est un facteur essentiel dans la vie active de tous les citoyens. En incitant l'employeur à participer encore davantage à la prise en charge des frais de transports de ses employés, cet amendement permet d'enraciner un comportement vertueux pour l'environnement et de valoriser le travail, ce qui est notre objectif. On ne doit plus payer pour aller travailler. En donnant aux salariés un droit à une mobilité facilitée, ce n'est pas seulement l'effort que l'on encourage, c'est aussi le travail qui est récompensé à sa juste valeur.

M. le rapporteur général. Quand on lit l'amendement de M. Maillard, on se dit qu'il est de bon sens puisque les employeurs sont encouragés à prendre en charge les frais kilométriques de leurs salariés. Ces derniers ne sont pas encouragés à la même hauteur à circuler en vélo électrique ou à prendre les transports en commun et, en tant que député de Paris, Sylvain Maillard connaît sans doute plus que d'autres l'importance de ce type de transports qui, de surcroît, est dans l'air du temps.

Néanmoins, je ne dispose pas d'un chiffrage, je ne sais pas combien cette mesure coûterait, je ne dispose ni d'évaluation, ni d'étude d'impact : les choses sont donc compliquées. Il n'en reste pas moins que j'ai envie de donner un avis de sagesse car cet amendement va dans le bon sens. Qu'il soit ou non adopté, nous pourrions ainsi débattre dans l'hémicycle et peut-être que, d'ici, une semaine, nous pourrions demander au Gouvernement d'évaluer le coût de cette mesure. Honnêtement, je n'ai aucune idée de ce qu'il peut être mais comme nous sommes en faveur du développement durable, que nous voulons prendre des mesures écologiques et que nous voulons développer les transports doux, on a forcément envie de vous encourager à poursuivre le dialogue avec le Gouvernement.

M. Alain Bruneel. La question qui est posée, c'est celle de la gratuité des transports pour tous. Voilà ce qui résoudrait le problème pour les salariés ! Vous avez tout à fait raison de rappeler que les entreprises prennent en charge 50 % du coût des titres d'abonnement mais le versement transport diminuerait aussi pour les syndicats de transports, ce qui est également une question.

M. Francis Vercamer. Je soutiens quant à moi cet amendement de bon sens, même s'il a un coût qui, cela dit, est compensé par une autre recette, comme le veut la règle du jeu en matière de recevabilité financière des amendements.

C'est une vraie question car il est d'autant mieux, pour un salarié qui se rend à son travail, de ne pas payer le transport. Vous avez tout à fait raison, monsieur Maillard.

M. Philippe Vigier. Je soutiens également cet amendement.

J'ai entendu cinq sur cinq l'argument sur l'absence d'étude d'impact mais le prendre en compte constituerait une formidable jurisprudence dans cette maison ! Je ne compte pas le nombre de fois où l'on nous a servi des amendements et des textes sans que nous disposions d'une étude d'impact complète ! Si on s'attachait à ce qu'il en soit autrement, les conséquences seraient importantes !

En outre, vous avez raison de vous interroger sur le coût, monsieur le rapporteur général, mais il me semble que l'amendement est précis de ce point de vue-là en disposant dans son exposé des motifs qu'il en sera ainsi si les employeurs « le peuvent et le souhaitent ». L'entreprise saura donc parfaitement évaluer le coût réel que cela représente et ce serait pour elle un vrai moyen d'apporter du pouvoir d'achat à ses salariés.

Pour toutes ces raisons, je pense qu'une avancée est possible dès ce soir.

M. Boris Vallaud. Pourquoi un tel amendement dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale, monsieur Maillard, et non dans le PLF ? Je ne suis pas certain que ce soit sa place.

M. le rapporteur général. Il a été jugé recevable.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. En effet : il est passé sous les mêmes fourches caudines que les autres et a donc été jugé recevable.

M. Sylvain Maillard. J'ai beaucoup travaillé sur cet amendement car il me semble fondamental : il faut augmenter le « bas de page » des fiches de paie de chaque salarié et envoyer ainsi un signal très clair : le travail paie plus.

Les transports font partie des charges induites pour se rendre au travail et, comme tel, cela me semble illogique. Plus encore, j'ai évoqué dans l'hémicycle les comités d'entreprise qui proposent des avantages – vacances, cadeaux de fin d'année – et c'est heureux, mais les grandes entreprises peuvent désocialiser et défiscaliser les versements. En revanche, un salarié paie 50 % de ses frais de transport pour aller travailler, ce qui me semble une injustice. D'où mon grand attachement à cet amendement.

M. Jean-Carles Grelier. Je trouve cet amendement plutôt pertinent et il me semble intéressant que, pour une fois, une bonne idée germe en plein cœur de Paris. Je souhaite simplement que M. Maillard travaille de la même façon et avec la même concentration sur le prix des carburants pour tous les salariés des secteurs ruraux, qui ne bénéficient pas des transports en commun et qui ne pourront jamais profiter d'une prise en charge, ne serait-ce qu'à 50 %, de leurs frais de transport.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Pas d'ostracisme anti-parisien !

M. Fabien Di Filippo. Je rejoins tout à fait mon collègue Grelier : nous n'avons pas tous forcément toujours accès aux transports publics. J'ajoute que nous, députés, lorsque nous nous rendons à l'Assemblée nationale, bénéficions de la gratuité des transports publics. Le climat ne s'en porte pas plus mal. En outre, il ne serait pas possible de parler de gratuité puisqu'il s'agirait d'une prise en charge par les entreprises.

Aujourd'hui, lorsque des gens sont embauchés au SMIC, l'éloignement de leur domicile de leur lieu de travail renforce l'asymétrie du calcul entre le coût qu'il y a à accepter un travail et à le refuser. Tant que nous ne serons pas parvenus à répondre à la question de la rémunération du travail, il faudra travailler à lever les freins à la reprise d'activité pour des gens qui, sinon, s'enfermeront dans la spirale de l'inactivité.

Mme Caroline Fiat. Je précise simplement à l'attention des gens qui nous écoutent que le train n'est pas gratuit pour les députés mais que son coût est pris en charge par l'Assemblée nationale.

M. Dominique Da Silva. Je soutiens bien évidemment cet amendement que j'ai cosigné et je rappelle que s'il a un coût, il implique également un gain car il encouragera l'emploi alors que nous savons combien la mobilité est un problème pour un certain nombre de salariés. Il conviendra donc d'évaluer aussi ces recettes-là.

La commission adopte l'amendement AS288.

Elle examine ensuite l'amendement AS952 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Cet amendement d'appel vise à lutter contre les déserts médicaux et le manque de médecins généralistes ou spécialistes dans certaines régions.

Le paradoxe français fait que l'agence régionale de santé (ARS) oblige les personnels paramédicaux à s'installer – ils ne peuvent le faire, en effet, dans une zone sur-dotée et sont contraints d'exercer dans une zone sous-dotée – et que ce n'est pas le cas des médecins, qui sont les prescripteurs. Nous sommes donc confrontés à un problème important dans certains secteurs où les médecins manquent et où les paramédicaux sont présents puisqu'ils sont contraints de s'y installer.

Je propose donc de créer des zones franches médicales, au même titre qu'il en existe – même si elles sont un peu tombées en désuétude – pour les quartiers en difficulté afin de désocialiser les revenus des professionnels qui s'installeraient dans ces zones définies par l'ARS.

Il s'agit donc d'un amendement d'appel, l'idée étant de réfléchir à cette question des zones franches. Je précise d'ailleurs dans l'amendement que les modalités d'application seraient définies par décret – ce n'est pas moi qui les fixerai ! Je pense que c'est une vraie question car tout ce que nous avons essayé jusqu'à présent ne fonctionne pas. Sachant que la majorité ne veut pas rendre obligatoire l'installation des médecins, nous devons trouver des moyens de les attirer et c'est peut-être celui-ci qui coordonnera l'ensemble des aides dont bénéficient ces territoires.

M. le rapporteur général. Des zones existent déjà. Je vous rappelle que l'article L. 1434-4 du code de la santé publique prévoit que l'ARS définit de telles zones où les médecins peuvent bénéficier à la fois de l'aide de l'État, des collectivités, de l'assurance maladie, etc.

J'entends néanmoins votre question : *quid*, après la disparition à venir des zones franches, des mesures incitatives dont bénéficient les médecins ? Eh bien, les ARS prennent le relais avec leur propre zonage. Nous débattons de cette

question, de même que des adaptations à la marge dans les territoires ainsi que sur la façon dont il est possible d'inciter les ARS à adapter les zonages de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques lorsqu'ils sont un peu anciens.

J'ai entendu votre appel. Ce débat a eu lieu lors de la discussion du projet de loi sur la modernisation de notre système de santé et il me semble que ces zones ARS constituent déjà une réponse.

M. Francis Vercamer. Ce sont des zones où les médecins peuvent en effet bénéficier d'un certain nombre d'aides à l'installation mais, en l'occurrence, il n'est pas question d'aides mais d'exonération de charges sociales pour les médecins qui viennent s'installer, selon des modalités à définir : différents régimes dans le temps, modulation en fonction des zones car peut-être faut-il des incitations plus importantes dans certaines que dans d'autres. Ce zonage peut être d'ailleurs identique à celui qui existe déjà. Il s'agit donc d'exonérer de charges sociales les revenus des médecins qui s'installent dans ces zones, en plus ou à la place des aides à l'installation.

M. Philippe Vigier. Cette idée mérite d'être approfondie car, si elle n'est pas la panacée, elle peut constituer un complément aux dispositifs existants – je dis cela au rapporteur général, qui sait tout autant que moi que les aides fiscales et sociales en vigueur dans les zones labellisées par les ARS ne sont pas de même nature que celles qui pourraient être proposées dans le cadre des zones franches, qui seraient beaucoup plus intéressantes sur le plan financier pour les praticiens faisant cet effort-là.

En outre, monsieur le rapporteur général, vous savez aussi très bien que le tracé des zones sous-médicalisées établi par les ARS comporte des anomalies : à 3 kilomètres de distance, une ville peut être située en zone normalement dotée et une autre en zone sous-dotée, ce qui crée des distorsions de concurrence inacceptables.

Il me semblerait nettement plus performant de créer des zones sur le principe des zones franches économiques telles qu'elles ont été pensées sur des territoires plus vastes – le Gouvernement pouvant élaborer par décrets les labels idoines – ce qui éviterait les concurrence déloyales entre territoires contigus telles que nous les connaissons.

J'ajoute que lorsque l'on demande aux ARS de modifier les périmètres des zones sous-dotées, il faut au minimum deux ans, comme j'en fais l'amère expérience dans mon département, ce qui est tout de même long pour dresser un tel constat.

M. Thomas Mesnier. Je comprends tout à fait l'objectif de l'amendement du collègue Vercamer mais j'aurais tendance à le renvoyer à l'article 36 du texte, qui instaure un contrat unique pour l'installation des jeunes médecins et des prises en charge de cotisation sociales pour ceux qui, notamment, pratiquent en secteur 1

sans dépassement d'honoraires. Je pense donc, cher collègue, que l'article 36 répond à votre préoccupation.

M. Francis Vercamer. Je n'y peux rien si l'amendement a été déposé là !

M. Stéphane Viry. Cet amendement d'appel de notre collègue Vercamer, qui me semble très pertinent. Les déserts médicaux sont un vrai problème. Il ne se passe pas une semaine sans qu'un député, *a fortiori* membre de cette commission, ne soit interpellé et invité à participer à des réflexions et à des travaux pour trouver des solutions. Notre palette comporte des dispositifs et des outils qui ne fonctionnent pas, sinon, la situation s'améliorerait. Cet amendement est plein de bon sens puisque la logique d'une différenciation positive par territoire est déjà effective dans d'autres politiques publiques. Comme cela n'engage pas de bouleversement, il me paraît de bon aloi de tenter l'expérimentation proposée par notre collègue Vercamer. J'invite donc nos collègues à voter cet amendement.

La commission rejette l'amendement AS952.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS608 de Mme Jeanine Dubié.

M. Philippe Vigier. Par cet amendement, nous souhaitons une harmonisation des allègements de cotisations sociales entre les EHPAD des secteurs public et privé puisqu'en l'état il existe une distorsion de concurrence. En effet, les services médico-sociaux associatifs et commerciaux – je dis bien, commerciaux – bénéficient d'un abattement de charges pérenne de 6 % de la masse salariale alors qu'il n'en est pas de même dans le secteur public et que cette surcharge représente environ 400 millions d'euros par an. Il est donc important de mettre un terme à une telle distorsion en faisant en sorte que cet avantage concurrentiel conféré aux EHPAD disparaisse et que la situation soit équitable. Il n'est pas possible de continuer ainsi alors que les uns et les autres assurent me semble-t-il une mission de service public.

M. le rapporteur général. Il existe une différence de fiscalité entre les EHPAD selon leur statut. Les EHPAD publics, notamment, ne paient pas de taxe foncière non plus que d'autres charges qui reposent sur des structures privées. Votre amendement étend la suppression de 6 points de cotisation maladie aux EHPAD publics, créant un régime dérogatoire, mais je peux vous répondre à travers l'accélération de la convergence pour les EHPAD, avec un investissement important du Gouvernement. Plus globalement, une mission des inspections générales des affaires sociales et des finances, annoncée par la ministre le 3 juillet dernier, est en cours et vise précisément à déterminer les différences réelles de charges sociales et fiscales entre les établissements de santé privés d'intérêt collectif et les établissements publics de santé. Je vous propose d'attendre ses conclusions pour y voir plus clair.

Je vous prie de retirer votre amendement, sinon, avis défavorable.

M. Philippe Vigier. J'entends votre argument, monsieur le rapporteur général. Je veux bien le retirer en attendant la séance publique mais l'exonération de la taxe foncière – j'ai un exemple en tête – représente bien moins que celle de 6 % de la masse salariale d'un établissement calibré. Il faudra que ce document nous apporte des éléments d'appréciation.

L'amendement AS608 est retiré.

La commission examine les amendements identiques AS37 de Mme Marine Brenier, AS164 de M. Paul Christophe, AS312 de M. Gilles Lurton, AS470 de M. Brahim Hammouche, AS808 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS958 de Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Marine Brenier. Cet amendement vise à supprimer une discrimination entre professionnels de santé libéraux selon leur régime d'affiliation suite à l'adoption, en 2016, d'une taxe additionnelle de 3,25 %.

M. Paul Christophe. L'article 52 de la LFSS 2016 a harmonisé le taux des cotisations maladie, maternité et décès des professionnels indépendants, ramenant le taux de cotisations des professionnels de santé libéraux affiliés au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC), alors de 9,81 %, à hauteur du taux appliqué au Régime social des indépendants (RSI), soit 6,5 %.

Ce même article 52 a également introduit une taxe additionnelle de 3,25 % applicable aux revenus tirés d'une activité non conventionnée ou des dépassements d'honoraires pour les seuls professionnels de santé affiliés au régime PAMC prévu l'article L. 646-3 du code de sécurité sociale. Cette taxe additionnelle constitue une véritable iniquité entre les professionnels de santé libéraux affiliés au régime PAMC et ceux qui le sont au RSI, qui en sont exonérés. Sa suppression vise à mettre un terme à cette discrimination entre professionnels de santé libéraux selon leur régime d'affiliation et répond à la politique gouvernementale d'harmonisation des cotisations sur les revenus d'activité.

M. Gilles Lurton. Mme Brenier a excellemment défendu mon amendement identique AS312.

M. Brahim Hammouche. Outre ce qui vient d'être dit, je précise pour être totalement transparent que cet amendement AS470 a été proposé par l'Union nationale des professionnels de santé pour corriger l'écart de 3,25 % entre les professionnels de santé libéraux, qui cotisent différemment selon leur régime d'affiliation. Il s'agit donc d'un amendement « sourcé ».

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'amendement AS808 est défendu.

Mme Michèle de Vaucouleurs. L'amendement identique AS958 vise à supprimer la taxe additionnelle de 3,25 % applicable aux revenus tirés d'une activité non conventionnée ou des dépassements d'honoraires pour les seuls

professionnels de santé affiliés au régime PAMC. Cette taxe additionnelle constitue une véritable iniquité entre les professionnels de santé libéraux affiliés à ce régime et ceux qui le sont au RSI, qui en sont exonérés. Sa suppression vise à mettre un terme à cette discrimination entre professionnels de santé libéraux selon leur régime d'affiliation et répond à la politique gouvernementale d'harmonisation des cotisations sur les revenus d'activité.

M. le rapporteur général. Avis défavorable à l'ensemble de ces amendements relatifs à la taxe additionnelle votée en LFSS 2016 portant régulation des dépassements et compléments d'honoraires. Ce débat a déjà eu lieu, nous l'avons chaque année, et l'avis reste le même.

La commission rejette successivement les amendements.

Elle en vient à l'amendement AS132 de M. Pierre Dharréville.

M. Alain Bruneel. L'amendement vise à ce que, dans un délai d'un an à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remette au Parlement un rapport évaluant l'impact des dispositifs d'exonération de cotisations sociales sur les créations d'emplois, les salaires et l'investissement des entreprises.

L'annexe 5 du PLFSS, qui retrace les différentes mesures d'exonérations de cotisations sociales, reste très sommaire s'agissant de l'évaluation de ces dispositifs. Ce constat est appuyé par la Cour des comptes dans son dernier rapport annuel sur l'application des lois de financement de sécurité sociale qui indique que « les évaluations de l'efficacité des "niches sociales" n'ont pas d'effet perceptible sur les choix publics. Elles portent sur un champ partiel et leur méthodologie est inégalement robuste. Lorsque des évaluations constatent l'inefficacité de certaines "niches", celles-ci ne sont que rarement remises en cause. » C'est pourquoi elle préconise de mieux les évaluer et de supprimer les niches sociales peu efficaces.

Avec la transformation du CICE en réduction pérenne de cotisations sociales, le montant total des exonérations – allègements généraux, exonérations ciblées, exemptions d'assiette –, atteint 66 milliards d'euros en 2019 – 90 milliards d'euros selon le chiffrage de la Cour des comptes. Ce coût a doublé entre 2013 et 2019. Au regard des sommes en jeu, il est nécessaire que la représentation nationale ait une connaissance plus fine de l'usage de ces dispositifs par les entreprises. C'est pourquoi il est proposé de disposer d'une évaluation précise et détaillée de l'impact des mesures d'exonération en matière d'emploi, de salaires et d'investissements.

M. le rapporteur général. Même argumentaire que précédemment : le Printemps de l'évaluation nous permet de réaliser efficacement nos propres évaluations. Je propose le retrait ; à défaut, avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Il serait utile, notamment pour donner sa pleine efficacité au Printemps de l'évaluation, que nous disposions d'une analyse du

Gouvernement permettant de confronter nos avis et de prendre les meilleures décisions.

M. le rapporteur général. Le nombre de rapports demandés au Gouvernement et dont nous attendons encore la remise, alors que le délai imparti est dépassé, atteint déjà quatre. Nous pouvons continuer à cumuler les demandes de rapport ou prendre le taureau par les cornes et nous donner les moyens de faire les évaluations nous-mêmes.

M. Pierre Dharréville. La portée de ces exonérations colossales est telle qu'elles constituent le sujet central du PLFSS. S'il ne faut demander qu'un seul rapport, que ce soit celui-là.

La commission rejette l'amendement.

Article 9

Non-assujettissement aux cotisations et contributions sociales des indemnités spécifiques de rupture conventionnelle dans la fonction publique

La commission est saisie de l'amendement AS382 de Mme Caroline Fiat.

M. Adrien Quatennens. Cet article prévoit de ne plus assujettir aux cotisations et contributions sociales les indemnités de rupture conventionnelle dans la fonction publique, sans accorder de compensation budgétaire par l'État à la sécurité sociale.

Alors que les exonérations de cotisations en tout genre pèsent de plus en plus lourdement sur le budget de la sécurité sociale, cet article est indécent. Soit il creuse le déficit de la sécurité sociale, soit il induit une diminution des prestations versées en cas de retraite, maladie, accidents, maternité ou chômage.

Pour justifier cette exemption, le Gouvernement argue qu'elle existe déjà dans le secteur privé. C'est tout l'inverse qu'il faudrait faire : aligner les règles applicables au privé sur le public. En d'autres termes, plutôt que d'aligner vers le bas les règles d'assujettissement social sur les ruptures conventionnelles applicables aux salariés du secteur privé et du secteur public, cet amendement propose de mettre fin à toute exemption d'assiette.

M. le rapporteur général. Vous proposez de supprimer toute notion d'exonération pour toute rupture conventionnelle dans le public et le privé : j'y suis défavorable.

À cet article 9, plusieurs députés ont déposé des amendements afin d'assurer la compensation à la sécurité sociale de l'exonération de rupture conventionnelle pour les contrats de la fonction publique, ce qui est tout à fait légitime à la lecture du rapport Charpy-Dubertret. Ces amendements ont été rejetés en application de l'article 40 de la Constitution car ils représentaient une

charge, le dispositif n'étant pas encore pleinement entré en vigueur. Nous en débattons une prochaine fois, et je soutiendrai alors cette mesure.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 9 sans modification.

Après l'article 9

La commission est saisie des amendements AS143 et AS133 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Ces deux amendements sont complémentaires. L'amendement AS143 propose d'augmenter la contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus du capital de 2,8 points, ce qui permettrait un rendement supplémentaire de 3 milliards d'euros au profit des caisses de sécurité sociale.

Quant à l'amendement AS133, il vise à exonérer toutes les pensions de retraite et d'invalidité, sans exception, de l'augmentation de 1,7 point du taux de la CSG applicable depuis le 1^{er} janvier 2018. En effet, si les retraités inférieurs à 2 000 euros brut ont bénéficié d'une baisse de CSG suite au mouvement des « gilets jaunes », les autres retraités continuent de subir la hausse injuste de CSG. Ces derniers subiront également un quasi-gel de leurs pensions en 2020.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette successivement les amendements.

Elle en vient à l'amendement AS466 de M. Éric Woerth.

Mme Isabelle Valentin. Cet amendement du groupe Les Républicains vise à alléger la fiscalité excessive qui pèse sur les entreprises en France. Le poids des impôts sur la production est une spécificité française : 3 % du PIB en 2016, contre 1,6 % en moyenne dans la zone euro. Ne nous étonnons pas, dès lors, de subir une désindustrialisation croissante et un déficit extérieur persistant.

Cet amendement propose en conséquence d'abroger la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S). Cet impôt continue de peser lourdement sur la compétitivité de l'économie nationale, alors même que le taux du CICE a été ramené à 6 % en 2018. Il convient de mener à son terme la réforme déjà entreprise en supprimant entièrement la C3S.

M. le rapporteur général. Il s'agit d'un amendement récurrent du groupe Les Républicains. J'en comprends la logique, mais son coût est très important. Avis défavorable.

M. Francis Vercamer. Il est vrai que cet amendement revient tous les ans, mais un jour il ne reviendra plus, car il n'y aura plus d'industries en France !

M. Boris Vallaud. Si je peux rassurer M. Vercamer, la part résiduelle de la C3S, qui n'a pas été supprimée, concerne essentiellement les secteurs de la banque, de l'assurance et de la grande distribution. Je ne pense pas qu'ils aient besoin de cette suppression.

La commission rejette l'amendement.

La commission est saisie de l'amendement AS139 de M. Pierre Dharréville.

M. Alain Bruneel. Cet amendement a pour effet de soumettre les revenus financiers des sociétés aux taux actuels des cotisations sociales employeurs de chaque branche de la sécurité sociale. Il est logique que les revenus du capital contribuent à ce bien collectif. Cette contribution nouvelle permettrait de mener une politique sociale active répondant véritablement aux besoins de la population. Elle inciterait fortement les entreprises à privilégier le facteur travail.

M. le rapporteur général. Votre proposition consiste à taxer une partie des revenus des sociétés à hauteur de la somme des cotisations patronales assises sur les rémunérations, soit environ 12 %. Outre le doublement des charges qui pèserait mécaniquement sur les entreprises, elle aboutirait à déformer la stratégie des entreprises concernant l'utilisation de leurs bénéficiaires, et à supprimer l'assiette sur laquelle votre contribution est assise. L'effet risque donc d'aller à l'inverse de votre objectif. Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Il me semble que l'instauration du prélèvement forfaitaire unique dans le dernier PLF a eu un impact direct sur les finances de la sécurité sociale, puisqu'un certain nombre de dirigeants d'entreprises aurait fait le choix de ne plus se rémunérer en salaire, mais par des dividendes. Avez-vous des informations à ce sujet, ou pourriez-vous les obtenir, car elles pourraient nous éclairer utilement ?

M. le rapporteur général. C'est entendu.

La commission rejette l'amendement.

Elle est saisie de l'amendement AS134 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Cet amendement entend revenir sur l'allègement de la fiscalité sur les actions gratuites, subrepticement entériné par la majorité à l'occasion du précédent PLFSS, sans aucune étude d'impact. Lors des débats en séance, la perte de recettes a été chiffrée à 120 millions d'euros par an : il serait intéressant de bénéficier d'une actualisation de ce chiffre. Ce dispositif, qui permet l'attribution gratuite d'actions, profite essentiellement à des salariés très bien rémunérés de grands groupes, et aux dirigeants. Outre un coût non négligeable pour les finances sociales, il s'agit d'un outil de contournement du salaire. Nous proposons de ramener la contribution patronale au taux de 30 %.

M. le rapporteur général. Lorsque cette disposition a été votée, elle visait plutôt les petites entreprises et les start-up que les rémunérations des grands dirigeants, mais nous pouvons demander une évaluation sur cette question. Dans l'attente, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS859 de M. Joël Aviragnet.

M. Boris Vallaud. Nous sommes inquiets de la situation de l'hôpital et de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) envisagé dans ce PLFSS. Nous proposons d'affecter une part des recettes de l'impôt sur la fortune immobilière à la branche maladie de la sécurité sociale.

M. le rapporteur général. Nous avons débattu des compensations, votre proposition revient à enlever des ressources à l'État pour les affecter à la sécurité sociale, ce qui serait contradictoire avec tous nos échanges précédents sur le respect de la « loi Veil ». Le transfert de recettes serait énorme, sans que l'impact pour l'État n'ait été quantifié. Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

M. Boris Vallaud. Je note que le rapporteur général s'est rangé à la décision prise tout à l'heure par la majorité des parlementaires de la commission. S'il m'indique qu'en séance, il votera conformément à l'avis de la commission, je suis disposé à retirer cet amendement...

M. le rapporteur général. En séance, je me ferai le porte-voix de l'avis de la commission, conformément à mon rôle. Nous en débattons.

M. Boris Vallaud. En ce cas, je vais maintenir mon amendement, par prudence...

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS138 de M. Pierre Dharréville.

M. Alain Bruneel. Cet amendement prévoit d'exonérer les établissements publics de santé et les EHPAD publics de taxe sur les salaires, comme cela se fait déjà pour l'État et les collectivités territoriales. Alors que les personnels hospitaliers réclament de nouveaux moyens financiers et humains d'ampleur, cette mesure permettra de redéployer 4 milliards d'euros dans l'activité hospitalière dès 2020, notamment pour financer des réouvertures de lits, des embauches et des revalorisations salariales dans l'ensemble des services.

M. le rapporteur général. Je suis sensible à votre proposition afin de soulager les hôpitaux des charges qui pèsent sur eux, dans le contexte de comptes sociaux en difficulté, mais je ne suis pas sûr que ce soit la meilleure façon de procéder : la taxe sur les salaires dont vous exonérez les hôpitaux et les EHPAD publics abonde les comptes de la sécurité sociale. Nous risquons d'entrer dans un cercle sans fin ; je demande le retrait, sinon avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Nous sommes déjà dans un cercle sans fin, l'objet de l'amendement est d'en sortir.

M. Alain Bruneel. Les hôpitaux sont les seuls établissements dans la fonction publique à payer des taxes sur les salaires, qui représentent 12 % de la fiche de paie et 7 % des budgets de dépense des hôpitaux. L'hôpital de mon lieu de résidence est en déficit d'environ 6 millions d'euros, et la taxe sur les salaires représente une somme équivalente. Si cette dernière est supprimée, cet hôpital ne sera plus en déficit.

La commission rejette l'amendement.

Elle est saisie successivement des amendements AS944 et AS945 de Mme Anne Genetet.

Mme Amélia Lakrafi. L'amendement AS944 vise à replacer les Français établis hors de France dans une situation fiscalement cohérente à propos de la CSG et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) sur les revenus du capital.

Lors des discussions sur la loi de finances rectificative pour 2012, la majorité précédente a choisi d'étendre les prélèvements sociaux aux revenus immobiliers de source française perçus par les personnes physiques fiscalement domiciliées hors de France. Elle s'est ensuite fourvoyée durant de longues années dans un contentieux avec la Cour de justice de l'Union européenne, qui a jugé cette mesure illégale.

Pour bénéficier d'une protection sociale minimale, les Français qui résident à l'étranger ont souvent recours à des assurances privées coûteuses, ou sont assujettis à des régimes obligatoires de protection sociale liés à leur pays de résidence – lorsqu'ils vivent hors de l'Union européenne – ou à leur fonction. La CSG/CRDS s'ajoute à ces prélèvements et dépenses souvent très importants.

Nous avons mis un terme, l'année dernière, à cette situation pénalisante et déloyale en supprimant ces cotisations pour les résidents de l'Union européenne (UE), de l'Espace économique européen ou de la Suisse, pourvu qu'ils soient affiliés à un régime de sécurité sociale européen. Il faut s'en féliciter, mais cette décision crée une distorsion du principe d'équité fiscale entre contribuables dont la situation fiscale et les enjeux de protection sociale sont pourtant identiques.

Un premier pas a été franchi, il convient de mener la logique à son terme en supprimant cette cotisation pour l'ensemble des Français établis hors de France, et ainsi mettre un terme à la discrimination entre ceux qui sont établis au sein de l'UE et ceux qui sont en dehors. C'est l'objet de ces amendements, que je vous présente avec l'ensemble de mes collègues députés représentant les Français établis hors de France.

M. le rapporteur général. Madame la députée, je vous propose d'en débattre en séance, en présence du ministre des comptes publics. Je suis incapable d'estimer précisément le coût de ces amendements pour les finances publiques, et ils soulèvent un certain nombre d'interrogations.

Je comprends la difficulté. Nous avons résolu l'année dernière la situation des Français résidents au sein de l'Union européenne car une convention existe dans le cadre européen. Ce n'est pas le cas, par exemple, pour ceux qui résident en Amérique du nord ou en Amérique du sud. Par ailleurs, cette disposition emporterait des conséquences pour les personnes de nationalité étrangère dont la résidence patrimoniale est en France, car ils ne seraient plus assujettis à la CSG/CRDS sur leurs biens patrimoniaux situés en France, à la différence des Français résidents.

Je souhaite que nous trouvions une solution pérenne pour les Français de l'étranger, qui attendent beaucoup du PLFSS chaque année. Je n'ignore pas non plus les difficultés qu'a pu entraîner pour les Français de l'étranger le prélèvement à la source, dont l'impact exact n'est pas encore connu. Je souhaite que le ministre des comptes publics puisse mener ce dialogue avec vous ; je vous propose donc de retirer ces amendements.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle examine l'amendement AS95 de M. Richard Ramos.

M. Richard Ramos. Il s'agit d'un amendement de bon sens cosigné par des parlementaires de l'ensemble des groupes : Gauche démocrate et républicaine, La France insoumise, M. Dominique Potier pour les Socialistes, M. Philippe Vigier pour Libertés et Territoires, M. Thierry Benoit pour UDI, Agir et Indépendants, Mme Barbara Bessot-Ballot pour La République en Marche ou encore Mme Michèle Cruzet.

L'Organisation mondiale de la santé indique que le sel nitrité est dangereux pour la santé ; pourtant des industriels en utilisent dans les jambons, faisant consciemment courir un risque aux Français.

Je suis très content de défendre cet amendement, proposé par des députés de chacun des groupes. Il prévoit d'instaurer une taxe de 10 centimes par kilogramme de sel nitrité, ce qui n'aura presque pas d'impact financier, mais constituera un outil qui permettra aux industriels de changer. Le combat de cet amendement, c'est la santé contre l'argent ; j'espère que la santé l'emportera.

M. le rapporteur général. Je ne vous dirai pas que « nous n'avons pas les mêmes valeurs », monsieur Ramos, vous m'avez suivi lors du combat sur le Nutri-Score, et je serais prêt à vous suivre les yeux fermés. Cela étant, « ne passons pas à côté des choses simples » : nous avons dit que nous ne mettrions pas en place de taxe comportementale.

Cette nouvelle taxe aurait un champ d'application extrêmement large, puisqu'elle concerne un très grand nombre de charcuteries. Vous prétendez qu'elle n'aurait pas un grand impact financier, mais j'ai besoin d'une évaluation précise de ses conséquences pour l'industrie, car 10 centimes par kilogramme, ce n'est pas complètement neutre non plus.

Vous connaissez mes engagements en matière de santé nutritionnelle, et si personne ne m'arrêtait, je pourrais décider d'une quinzaine de taxes comportementales chaque année. Mais nous savons qu'il faut systématiquement les accompagner d'une démarche d'explication à l'égard des industriels et des Français.

Je ne peux pas donner d'avis favorable à cet amendement : je propose d'en débattre en séance, avec les ministres concernés, qui seront nombreux s'agissant d'une taxe comportementale sur l'alimentaire...

M. Richard Ramos. Dès à présent, les industriels cherchent d'autres solutions : ils savent donc qu'il existe un danger. Et si nous décidons d'une taxe de 10 centimes par kilogramme, elle ne sera pas sensible sur le prix du produit fini.

Nous adopterions simplement un outil, et si les industriels n'allaient pas dans le sens de la santé et de la qualité nutritionnelle, le taux augmenterait. Ce n'est pas la commission des finances qui prendra position sur ce sujet ; je prends donc note de l'avis de sagesse du rapporteur général...

M. le rapporteur général. Je n'ai pas donné un avis de sagesse !

M. Richard Ramos. Ah non ? Excusez-moi, je ne comprends pas quand quelqu'un me dit : « je suis d'accord avec vous, mais je ne suis pas d'accord », dans ces cas je ne retiens toujours que la première partie de la phrase... Nous en débattons dans l'hémicycle, et j'espère que le bon sens l'emportera.

M. le rapporteur général. Si vous ne savez pas que je peux être d'accord sans donner un avis favorable, c'est que vous n'étiez pas parmi nous au début de l'examen du texte !

Je ne peux pas vous donner un avis favorable ou un avis de sagesse : je ne connais pas l'impact sur les industriels, et nous n'avons aucun chiffre. Lorsque nous avons travaillé sur la taxe sur les sodas, nous avons mené de nombreuses concertations, nous savions où nous allions atterrir et quel serait l'impact. Dans le cas présent, nous avançons à l'aveuglette.

Nous partageons le combat pour la qualité nutritionnelle, nous aurons l'occasion de le mener ensemble, mais cette proposition est prématurée.

M. Philippe Vigier. J'ai signé cet amendement car il est plein de sagesse. M. Ramos a bien expliqué l'intérêt de cette démarche, totalement innovante. Le rapporteur général nous assure que nous en débattons en séance, mais il faut

arrêter de nous opposer l'argument de l'étude d'impact, tout comme l'argument de l'anticonstitutionnalité d'une mesure est brandi avant même d'avoir l'avis des constitutionnalistes.

Si vous estimez que la direction est la bonne, il faut soutenir cet amendement, et je pense qu'il le mérite. Si vous estimez que ce n'est pas la bonne direction, réfutez-le avec des arguments fondés scientifiquement, pas en arguant de l'absence d'étude d'impact.

M. Boris Vallaud. Nous soutiendrons cet amendement, et nous récusons l'idée qu'il faudrait une étude d'impact – nous en sommes dispensés pour les amendements – et que nous avançons à l'aveuglette. Sur beaucoup de propositions que vous faites, nous ne sommes pas plus éclairés, bien que vous évoquiez souvent la nécessité de voir pour croire. Pour ma part je soutiens l'amendement proposé.

M. Adrien Quatennens. Bien évidemment, nous soutiendrons cet amendement. Pour aller dans le sens de M. Vallaud, sur beaucoup d'éléments, la représentation nationale a dû décider sans connaître les conséquences. Ainsi quand il s'est agi de transformer l'impôt de solidarité (ISF) en impôt sur la fortune immobilière (IFI), on nous a annoncé que l'investissement dans les PME en bénéficierait. Les rapports montrent que c'est l'inverse qui s'est passé. Nous avons plus de raisons de faire confiance à notre collègue Ramos sur la question des sels nitrés que de faire confiance à la majorité sur sa politique fiscale.

M. Brahim Hammouche. Non seulement cet amendement est de bon sens, mais s'il n'est pas accompagné d'une étude d'impact, des études épidémiologiques existent depuis mes premières années d'école de médecine sur la dangerosité des sels nitrés, en particulier dans la charcuterie, et leur impact sur la survenance de néoplasies. À défaut d'étude d'impact, nous pouvons tenir compte des études épidémiologiques pour faire un grand pas pour la prévention. Nous connaissons le coût des traitements curatifs, et adopter cet amendement signifierait à la population ce que peut la puissance publique, notamment en faveur de la qualité nutritionnelle. D'ailleurs, les industriels nous suivent : un reportage télévisé montrait ce midi que les industriels ne s'y opposaient absolument pas mais qu'au contraire, cela les pousserait à innover et à améliorer leurs produits.

M. Jean-Pierre Door. Monsieur Ramos, votre amendement s'applique uniquement à la charcuterie industrielle, et pas à la charcuterie artisanale ? Si c'est le cas, nous le voterons.

M. Richard Ramos. La charcuterie artisanale n'a pas besoin de recourir aux sels nitrés, car on y achète sa tranche de jambon au jour le jour. C'est pour cela que les charcutiers meilleurs ouvriers de France n'utilisent pas de sels nitrés. Si l'on met du sel nitré dans un jambon, c'est parce qu'on a appris à trois générations d'enfants que le jambon devait être rose. Et si l'on met du sel nitré

dans du jambon de pays, c'est pour le faire sécher en trois mois au lieu de neuf, et gagner plus d'argent.

Soyez rassuré, monsieur Door, je sais que l'on fait de très bonnes charcuteries à Montargis – et aussi de bonnes pralines ! – et il n'est pas nécessaire d'utiliser de sel nitraté dans le jambon vendu à la coupe. Dans l'hémicycle, nous serons nombreux, et des députés Les Républicains seront à nos côtés, pour défendre la santé contre les intérêts financiers des mauvais industriels.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Nous sommes tous ici pour défendre la santé, monsieur Ramos, ne vous inquiétez pas, nous n'avons pas de leçon à recevoir sur ce point.

Après cet exposé sur le jambon et le pâté, l'avis du rapporteur général est-il toujours défavorable ?

M. le rapporteur général. Mon avis n'a pas changé. Avec l'application du Nutri-Score, une grande marque industrielle française a réduit de 25 % le taux de sel de ses produits. De plus en plus de jambons dans les linéaires ont un taux de sel réduit de 25 %, ce qui démontre que les industriels font un vrai effort.

Je crois que placer l'information à la base de la prévention fonctionne assez bien. Continuons de nous battre pour la signalétique, pour l'information du consommateur, pour promouvoir les bonnes pratiques industrielles en matière alimentaire et ringardiser les mauvaises.

La commission adopte l'amendement.

Elle est ensuite saisie des amendements AS367 et AS370 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Chers collègues, continuons : après les sels nitrés, il est question du sucre. Vous savez que les industriels en incorporent dans tous les plats cuisinés. Je propose d'instaurer une taxe comportementale frappant les sucres.

M. le rapporteur général. La question du sucre ajouté dans les produits transformés rejoint celles du Nutri-Score et de l'information nutritionnelle. Ce sont des combats que nous avons envie d'accompagner, mais qui se traduisent par des taxes nouvelles qui vont toucher les consommateurs. Je crois en la prévention par l'information, je crois à la visibilité de l'information, au développement de la prévention et de la santé nutritionnelle. Une taxe vient d'être adoptée sans que nous connaissions son impact sur le pouvoir d'achat ; je suis obligé de rendre un avis défavorable sur l'ensemble des taxes comportementales alimentaires, même si le combat peut parfois être légitime et que je pourrais moi-même en proposer par dizaines.

La commission rejette successivement les amendements.

Elle en vient à l'amendement AS373 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il s'agit d'un sujet grave, concernant les bières. Le titre alcoolique des bières peut s'élever à 17 degrés, et la jeunesse en est la cible principale. Ces bières ne sont pas vendues dans les supermarchés, et sont pensées pour inciter les jeunes à consommer des boissons fortement alcoolisées. Il est anormal que les bières dont le titre alcoolique est supérieur à 11 degrés ne soient pas plus taxées. Ces bières ciblent les jeunes, et ne sont pas distribuées dans la grande distribution mais dans les lieux d'alcoolisation. Je ne comprendrais pas que la commission n'adopte pas cet amendement.

M. le rapporteur général. Je partage complètement votre objectif : les bières à plus de 11 degrés ne sont pas des bières artisanales, de microbrasseurs ou de consommation courante. Ce sont généralement des bières importées, produites en très grande quantité, et qui vont cibler des publics fragiles et précaires, qui n'ont pas beaucoup d'argent, et les jeunes qui cherchent une ivresse rapide.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Alors agissons !

M. le rapporteur général. Nous savons que la bière supérieure à 11 degrés est un problème, car les personnes non averties en boivent pensant que ce n'est pas très fort, et finissent monstrueusement ivres après trois canettes, car c'est équivalent à boire trois bouteilles de vin.

Mais cet amendement pose deux problèmes, l'un économique et l'autre juridique. Le périmètre retenu est très vaste : il ne retient pas celui de la taxe sur les bières que j'avais connue comme parlementaire il y a quelques années et qui avait fait couler beaucoup d'encre. Et juridiquement, la détermination de l'assiette va être compliquée, et risque d'être contestée en justice. Avis défavorable du fait de la construction de l'amendement.

M. Cyrille Isaac-Sibille. L'amendement est très bien construit : au-dessus de 11 degrés d'alcool, le taux de la taxe double. Ce n'est absolument pas technique. Si la commission veut dissuader les jeunes de boire ce type d'alcool, l'amendement est très bien construit. Je ne comprends pas votre argumentaire.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS340 de Mme Jeanine Dubié.

Mme Jeanine Dubié. Cet amendement propose d'introduire une taxe spécifique sur les bières fortes, titrant plus de 5,5 degrés d'alcool. Ces bières sont très prisées par les jeunes et souvent consommées dans l'espace public. Elles contiennent une quantité importante d'alcool : à titre d'exemple, une cannette de 50 centilitres d'une bière titrant 8,5 degrés ou plus représente trois à quatre unités d'alcool.

Par ailleurs, ces bières titrant parfois au-delà de 12 degrés d'alcool – soit autant que du vin – s'achètent souvent en canettes métalliques, conditionnement qui incite à terminer chaque canette entamée avant de commencer une autre activité. La consommation de telles boissons accélère donc l'alcoolisation et augmente le risque d'effets dommageables, notamment pour les jeunes, ou les personnes en situation difficile dont le pouvoir d'achat est limité, ce qui les rend très sensibles à l'effet prix. Créer une taxe sur ces produits particuliers permettrait de limiter le caractère incitatif à l'achat, donc à l'alcoolisation excessive, dans un objectif de prévention des risques et de réduction des dommages.

M. le rapporteur général. Avis défavorable. Fixer une limite à 5,5 degrés d'alcool inclurait dans l'assiette de la taxe un très grand nombre de bières, et pas uniquement celles fortement alcoolisées que vous souhaitez atteindre. Par ailleurs, il existe déjà une fiscalité inhérente aux bières.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Le PLFSS nous amène à raisonner en termes de fiscalité, mais nous devons aller au-delà. J'invite nos collègues à se joindre aux travaux du groupe d'études sur les addictions, car tout ne tient pas à la fiscalité. Ces bières très fortes sont par exemple vendues dans des supérettes, où des distributions de bières à emporter réfrigérées sont organisées. Les supérettes se substituent aux débits de boisson alors qu'elles ne sont pas soumises aux mêmes règles.

Il faut revoir toute la distribution en fonction des usages nouveaux de ces bières fortement alcoolisées, ce qui pourra faire l'objet d'une proposition de loi dépassant le seul aspect fiscal. Le message de prévention portant sur les usages de l'alcool au sein de la population sera beaucoup plus fort.

La commission rejette l'amendement.

La commission est saisie, en discussion commune, des amendements identiques AS333 de Mme Jeanine Dubié et AS850 de M. Joël Aviragnet, ainsi que des amendements AS949 et AS950 de Mme Audrey Dufeu Schubert.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS333 vise à compléter la loi de 2004 en incluant les vins aromatisés dans l'assiette de la taxe « prémix ». Nous en avons discuté l'an passé à l'occasion du précédent PLFSS. Depuis quelques années, le marché des vins ou cidres aromatisés se développe, en ciblant clairement les jeunes par leur emballage ou leurs appellations. Proposés à bas prix – parfois moins de 3 euros en linéaire – ils sont très attractifs pour les jeunes. Par cet amendement, nous souhaitons décourager l'entrée précoce des jeunes dans la consommation d'alcool en étendant aux boissons aromatisées à base de vin ou de cidre l'encadrement de ces produits d'appel.

La première taxe « prémix » a été adoptée en 1997. Elle avait entraîné presque immédiatement l'effondrement du marché français de ces boissons : moins de 10 000 litres en avaient été vendus en 1997, contre 950 000 en 1996 lorsque le marché était en plein essor. Suite à l'entrée en vigueur de la nouvelle

taxe, en 2004, les ventes de premix ont diminué de 40 %. Il s'agit donc bien d'un outil de dissuasion important.

Nos viticulteurs et nos vins de qualité ne seront pas concernés, parce que la plupart des vins aromatisés proviennent de l'étranger et sont de très mauvaise qualité, ce qui explique la nécessité de les aromatiser pour les rendre plus buvables.

M. Joël Aviragnet. Notre amendement AS850 proposons également d'étendre la taxe « premix » aux vins aromatisés. Ces vins à faible teneur en alcool, très sucrés, sont souvent la porte d'entrée vers des alcools plus forts pour des populations fragiles, notamment les jeunes.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Sur le fond, je souscris à l'argumentaire de mes collègues. L'extension de la taxation des « premix » aux boissons à base de vin me paraît en effet essentielle, du point de vue tant de la santé publique que de la justice fiscale. Cependant, mon amendement AS949 diffère légèrement des leurs, dans la mesure où il exclut de cette taxation les vins de terroir que sont les poirés et le cidre, lesquels ne peuvent pas être assimilés à des « premix ». Quant au second amendement, AS950, il est de repli, mais j'ai bon espoir que le premier sera adopté.

M. le rapporteur général. Il était prévu de faire évoluer la taxe sur les « premix » puisque le marché s'est adapté en exploitant les trous laissés dans la raquette. À cet égard, le dispositif proposé dans l'amendement AS950 me paraît pertinent, car son assiette permet d'éviter les effets de bord, c'est-à-dire une taxation trop forte de certains produits. Je suis donc favorable à l'amendement AS950 et défavorable aux amendements AS333, AS850 et AS949.

Mme Michèle Peyron. Je me félicite, monsieur le rapporteur général, que vous soyez favorable à l'amendement de Mme Dufeu Schubert, que je voterai. Je veux en effet insister sur l'épouvantable cynisme des industriels. Je pense en particulier au propriétaire de la marque « Rosé Sucette » – il fallait l'inventer ! –, pour qui *« ces bouteilles, à moins de 3 euros sur linéaire, seront un tremplin permettant aux néophytes d'accéder aux vins plus classiques, notamment pour un public plutôt jeune et féminin »*.

Nous menons, je le rappelle, une politique de prévention de l'obésité. Or, ces boissons à base de vins, qui proviennent à 95 % ou 98 % de l'étranger – il s'agit de véritables piquettes – sont très néfastes à la santé de nos jeunes. Je vous demande donc, mes chers collègues, d'adopter l'amendement AS950.

L'amendement AS333 est retiré, de même que l'amendement AS850.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Je retire l'amendement AS949, en comptant sur l'ensemble des membres de la commission pour adopter l'amendement AS950, qui marque une avancée en matière de santé publique puisqu'il contribuera à protéger nos jeunes, en particulier les jeunes femmes.

L'amendement AS949 est retiré.

La commission adopte l'amendement AS950.

Chapitre II **Simplifier et moderniser les relations avec l'administration**

Article 10

Unification du recouvrement dans la sphère sociale

La commission est saisie des amendements de suppression AS385 de M. Adrien Quatennens et AS814 de M. Pierre Dharréville.

Mme Caroline Fiat. Les URSSAF sont une institution puissante, grâce notamment à leur travail centré sur des objectifs précis et à leur grande indépendance vis-à-vis de l'État. L'unification des régimes soulève donc plusieurs questions : combien de personnes pour réaliser ses missions ? Comment préserver les champs de qualification et de compétence des personnes en poste actuellement ? En outre, ce processus d'unification ne garantit pas une meilleure efficacité finale. C'est pourquoi nous proposons, par l'amendement AS38, de supprimer l'article 10. Franchement, je ne comprendrais pas que cet amendement de bon sens puisse être rejeté...

M. Pierre Dharréville. L'article 10 tend à unifier le recouvrement des cotisations sociales sous l'égide des URSSAF. Cette mesure concerne la quasi-totalité des employeurs du secteur privé, qui acquitteront auprès de celles-ci les cotisations jusqu'ici payées à l'AGIRC-ARRCO, ainsi que les employeurs des régimes spéciaux – marins, industries électriques et gazières, clercs de notaire – et les employeurs publics. Les missions de recouvrement des caisses des régimes spéciaux seront ainsi progressivement transférées aux URSSAF entre 2020 et 2023.

Cet article vise à préparer le terrain pour la réforme des retraites, qui a pour objectif la création d'un système universel de retraite englobant l'ensemble des régimes complémentaires et des régimes spéciaux. De fait, l'étude d'impact précise que « *ces différentes étapes permettront que l'unification du recouvrement des cotisations sociales constitue utilement un acquis pour la mise en œuvre future de la réforme des retraites* ».

Une telle disposition est grave, d'un point de vue démocratique, car elle crée toutes les conditions techniques de la mise en œuvre de la réforme des retraites avant même que celle-ci ne soit débattue. On nous a suffisamment répété, au cours des deux dernières années, à propos de tel ou tel aspect de la question des retraites, qu'il serait examiné dans le cadre de la réforme, pour que je m'étonne qu'on nous propose d'adopter une telle disposition. Ce n'est pas sérieux ! Si nous devons débattre de ce sujet, attendons la discussion de la réforme globale.

M. le rapporteur général. Monsieur Dharréville, sur la forme, je vous rejoins : peut-être ne devrait-on pas anticiper ainsi sur la réforme à venir. Sur le fond, je ne partage pas les inquiétudes qui ont été exprimées. Les URSSAF sont des institutions qui ont fait la preuve de leur efficacité. Nous veillerons à ce que la transition se passe au mieux et à garantir le bon recouvrement des cotisations. En tout état de cause, il s'agit d'une mesure de simplification qui présente un certain nombre d'avantages en matière de recouvrement. Avis défavorable à ces deux amendements.

La commission rejette les amendements.

Puis elle adopte l'article 10 sans modification.

Article 11

Simplification des démarches des travailleurs indépendants

La commission adopte l'article sans modification.

Article 12

Simplifier et créer un cadre de prise en compte contemporaine des aides en faveur des particuliers employeurs dans le cadre des services à la personne

La commission examine, en discussion commune, les amendements identiques AS23 de M. Gilles Lurton et AS422 de Mme Agnès Firmin Le Bodo ainsi que l'amendement AS91 de Mme Annie Vidal.

M. Gilles Lurton. Les publics fragiles visés à l'article 12 ont recours à différents types d'intervention, à savoir l'emploi direct, qu'il s'agisse d'un particulier employeur ou d'un service mandataire, et le mode prestataire. Or, le mode d'intervention mandataire ne figure pas dans cette disposition. L'amendement AS23 vise donc à intégrer dans le dispositif l'ensemble des modes d'intervention à domicile, afin de simplifier la vie de toutes les personnes en situation de perte d'autonomie ou de handicap.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'amendement AS422 a le même objet : il s'agit de compléter l'article 12 en y ajoutant le mode d'intervention mandataire, qui semble avoir été oublié.

Mme Annie Vidal. L'amendement AS91 vise également à intégrer le mode d'intervention mandataire à l'expérimentation de la « contemporanéisation » du crédit d'impôt à domicile. En intégrant expressément à cette expérimentation l'ensemble des modes d'intervention à domicile, cet amendement a pour objet de simplifier la vie de toutes les personnes en situation de perte d'autonomie ou de handicap.

M. le rapporteur général. Ces amendements visent en effet à étendre l'expérimentation proposée dans cet article à l'ensemble du champ des services

d'aide à la personne, ce qui ne la rendra que plus pertinente. Avis favorable aux amendements AS23 et AS422, dont la rédaction me paraît préférable à celle de l'amendement de Mme Vidal.

L'amendement AS91 est retiré.

La commission adopte les amendements identiques AS23 et AS422.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS92 de Mme Annie Vidal.

Mme Annie Vidal. Il est indiqué, dans le projet de loi, que la liste des départements retenus pour participer à l'expérimentation de la « contemporanéisation » du crédit d'impôt sera précisée par décret. Par cet amendement, nous proposons que celui-ci précise également les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation.

M. le rapporteur général. Avis favorable à cette précision bienvenue.

La commission adopte cet amendement.

Puis elle examine l'amendement AS58 de M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. S'il est louable d'expérimenter des dispositifs permettant de supprimer tout délai entre le moment où la dépense est effectuée et celui où les aides sont perçues par les personnes recourant à des services à domicile, notamment les plus vulnérables d'entre elles, il est nécessaire de mesurer les éventuels effets négatifs de telles mesures. Ainsi, certains services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) facturent des prix supérieurs à la participation financière légale prévue pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation compensatoire du handicap (PCH). Il convient donc de mesurer l'effet de cette expérimentation sur le prix des services et, en conséquence, sur le reste à charge.

Par ailleurs, l'expérimentation prévoit que la contemporanéité de l'APA et de la PCH soit organisée par les centres de chèques emploi services universels. Or, les conseils départementaux peuvent d'ores et déjà, grâce à un mécanisme de tiers payant, verser directement ces prises en charge aux SAAD, limitant ainsi l'avance de trésorerie par les bénéficiaires. Il convient donc de vérifier que l'expérimentation, en introduisant un nouvel acteur, n'engendre ni surcoût pour les personnes ou les services prestataires ni complexités supplémentaires. Tel est l'objet de cet amendement.

M. le rapporteur général. Votre demande de rapport porte sur l'application d'un article particulier du PLFSS, qui peut parfaitement être examinée dans le cadre du Printemps de l'évaluation. Je vous propose que, conformément à ce que nous avons décidé l'an dernier, nous évitions de demander au Gouvernement des rapports sur des questions qui peuvent faire l'objet d'une évaluation parlementaire.

La commission rejette l'amendement.

Elle adopte ensuite l'article 12 modifié.

Article 13

Simplification des démarches pour les redevables et renforcement de la sécurité juridique

La commission est saisie de l'amendement AS387 de M. Jean-Hugues Ratenon.

Mme Caroline Fiat. La LFSS 2019 permet une suppression partielle des exonérations en fonction de la gravité de la fraude commise. Une telle mesure ne nous semble pertinente ni au regard de la morale, ni au regard de la santé des finances publiques. En outre, l'exposé sommaire de cet article nous semble beaucoup trop général.

M. le rapporteur général. Votre amendement tend à supprimer non seulement certaines dispositions de l'article, mais aussi le principe même de la modulation des annulations d'exonération dans les cas les moins graves. Cela revient à utiliser – tous les inspecteurs de l'URSSAF le savent – un canon contre des moineaux. Nous avons adopté, l'année dernière, un mécanisme simple, dissuasif et proportionné sur lequel il n'y a pas lieu de revenir. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine successivement les amendements AS825 et AS826 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Il est proposé, à l'article 13, que les annulations de réductions de cotisations de sécurité sociale puissent être modulées en fonction de l'infraction commise. Actuellement, les sanctions applicables en matière de travail dissimulé sont les mêmes pour tous les employeurs, quelles que soient la taille de l'entreprise et la gravité des infractions constatées, et consistent en une annulation des exonérations de cotisations sociales dont elles bénéficient. Cet article, s'il permet une simplification, présente néanmoins un véritable risque de banalisation du travail dissimulé. C'est pourquoi nous vous proposons d'en supprimer certaines dispositions. Il convient en effet que, pour un même manquement à la loi, toutes les entreprises se voient appliquer la même sanction, qu'elles bénéficient ou non d'une exonération.

M. le rapporteur général. Avis défavorable, pour les mêmes raisons que celles exposées à l'amendement précédent – nous avons eu cette discussion l'an dernier.

La commission rejette successivement les amendements.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS919 de M. Dominique Da Silva.

M. Dominique Da Silva. La LFSS 2018 prévoit l'entrée en vigueur, à compter du 1^{er} janvier 2019, du *Bulletin officiel en ligne de la sécurité sociale* (BOSS), inspiré du *Bulletin officiel des finances publiques* (BOFiP) relatif à la fiscalité. Toutefois, le chantier a pris du retard, à tel point que l'alinéa 11 de l'article 13 vise à supprimer purement et simplement toute date d'entrée en vigueur du BOSS. Or, il convient, me semble-t-il, que la loi impose tout de même un délai à l'administration en maintenant une date d'entrée en vigueur, que je propose de fixer au 1^{er} juillet 2020.

M. le rapporteur général. Le BOSS mettra à disposition l'ensemble de la doctrine sur un site unique, et nous saluons cette avancée pour tous les cotisants. Toutefois, sa publication nécessite un travail de longue haleine. En outre, la date que vous avez retenue est un peu trop ambitieuse si l'on vise une publication complète du BOSS à cette échéance et elle ne l'est pas assez si l'on vise uniquement la publication des premières fiches de la direction de la sécurité sociale (DSS). Je vous suggère donc de retirer l'amendement.

M. Dominique Da Silva. Je vais retirer l'amendement, mais il serait bon de fixer une date, quand bien même elle serait postérieure au 1^{er} juillet. J'espère que nous pourrions nous accorder sur ce point d'ici à la séance publique.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 13 sans modification.

Article 14

Mesures de lutte contre la fraude

La commission adopte l'article sans modification.

Chapitre III

Réguler le secteur des produits de santé

Article 15

Clause de sauvegarde des dispositifs médicaux

La commission est saisie de l'amendement de suppression AS693 de M. Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier. Cet amendement tend à supprimer l'article 15, dont on peut dire qu'il est un pistolet sur la tempe des industriels. Il est en effet indiqué dans son exposé des motifs que la clause de sauvegarde qu'il institue a vocation, non pas à s'appliquer, mais à faire pression sur les industriels pour favoriser la négociation. C'est la négation même, me semble-t-il, de l'esprit de la négociation conventionnelle conduite par le Comité économique des produits de santé (CEPS). J'ajoute qu'à la différence du secteur du médicament, le secteur des dispositifs médicaux est constitué de start-up et de petites sociétés qui peuvent être

extrêmement gênées par une telle clause et pour lesquelles il faut laisser ouvert le champ de la négociation conventionnelle.

M. le rapporteur général. Cette clause de sauvegarde a vocation à s'appliquer si la croissance annuelle du marché des dispositifs médicaux inscrits sur la « liste en sus » intra-hospitalière et intra-groupe homogène de séjours – il s'agit, dans 90 % des cas, de dispositifs orthopédiques, notamment de prothèses, et d'implants utilisés pour le traitement d'infarctus ou d'accident vasculaire cérébral –, dépasse 3 %.

Je partage un certain nombre de vos interrogations. De fait, si la croissance de ce marché est dynamique, c'est parce en raison notamment d'une augmentation des volumes qui s'explique, par exemple, par l'avènement des thrombectomies, lesquelles permettent d'éviter des handicaps à nombre de victimes d'accidents vasculaires cérébraux. Quant aux prix, qui peuvent certes poser problème, la négociation conventionnelle avec le CEPS a pour objet, comme vous l'avez indiqué, de les déterminer et d'exercer, le cas échéant, une pression sur les industriels.

Néanmoins, l'an dernier, le taux de croissance du marché est demeuré inférieur à 3 %, de sorte que si la dynamique reste la même l'an prochain, cette clause ne s'appliquera pas. On peut l'interpréter comme un « pied dans la porte » : nous savons qu'il est plus simple de faire varier un taux que d'introduire un nouveau dispositif.

Quoi qu'il en soit, dans un avis de 2015, les inspections générales des affaires sociales et des finances s'étaient montrées très réservées quant à une telle disposition. Ce type de clause existe dans le secteur du médicament, où elle a davantage de sens. Je précise cependant qu'en l'espèce, elle concernerait des entreprises de taille intermédiaire plutôt que des PME.

J'avoue que je suis moi-même assez réservé quant à cette disposition. Je l'étais déjà par le passé, lorsque nous avons assisté à certaines tentatives législatives d'imposer ce type de mesures ; il m'est donc difficile de me déjuger. Nous en discuterons certainement avec la ministre en séance publique.

Cela dit, j'émet un avis défavorable à votre amendement, car je lui préfère l'amendement AS108 de M. Paul Christophe, qui a un objet similaire au vôtre mais qui présente l'avantage de préserver une des dispositions de l'article 15 qui me paraît devoir l'être.

M. Gilles Lurton. Pour ma part, je soutiens l'amendement AS693 car, s'agissant des dispositifs médicaux innovants, une telle clause de sauvegarde me paraît inadaptée et inefficace. Un mécanisme conventionnel serait certainement beaucoup plus efficace en la matière.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement ASI08 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Je souscris aux propos de M. le rapporteur général. Cette clause de sauvegarde suscite une véritable inquiétude, car le marché est très hétérogène : elle concerne des dispositifs divers, souvent produits en petites séries par de très petites entreprises. Autant ce mécanisme peut être pertinent en ce qui concerne le médicament, autant il est difficilement applicable aux dispositifs médicaux. En outre, il fait peser une menace sur un écosystème d'entreprises innovantes, dont de nombreuses entreprises françaises, qui sont déjà limitées dans leur capacité de générer des gains de productivité et doivent relever le défi colossal que représente l'application d'un nouveau règlement européen. Tel est le sens de l'amendement.

*Suivant l'avis favorable du rapporteur général, la commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, les amendements AS398 de M. Adrien Quatennens et AS59 de M. Paul Christophe **tombent**.*

La commission examine l'amendement AS266 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Le PLFSS fait référence à la notion d'exploitant. Or, ce terme, s'il est commun à la réglementation du médicament et du dispositif médical, renvoie à des notions complètement différentes selon le secteur concerné. En matière de dispositifs médicaux, par exemple, l'article R. 5211-5 du code de la santé publique définit l'exploitant comme « *toute personne physique ou morale assurant la responsabilité juridique de l'activité requérant l'utilisation de ce dispositif* ». Or, cette acception est sans rapport avec celle proposée dans le PLFSS.

L'articulation des deux codes entraînera donc inéluctablement une confusion entre ces termes et soumettra de fait des opérateurs économiques à un régime qui ne leur sera pas destiné. Il est d'autant plus indispensable d'assurer une cohérence législative en la matière que la réglementation de la sécurité sociale est complexe. C'est pourquoi il est proposé, par cet amendement, de renoncer à la notion d'exploitant.

M. le rapporteur général. Cet amendement me semble ajouter de la confusion à une terminologie complexe que cet article s'efforce de clarifier. Je vous suggère donc de le retirer.

*L'amendement est **retiré**.*

*La commission **adopte** l'article 15 **modifié**.*

Article 16

Fixation du taux M. pour 2020

La commission examine, en discussion commune, les amendements identiques AS315 de M. Gilles Lurton et AS414 de M. Jean-Pierre Door, ainsi que l'amendement AS399 de Mme Caroline Fiat.

M. Gilles Lurton. De PLFSS en PLFSS, les entreprises du médicament voient leur situation se dégrader. L'ONDAM 2020 a été fixé à 2,3 % ; pour le médicament, le taux de croissance autorisé est fixé à 0,5 %. Faire, chaque année, du médicament le principal vecteur des économies recherchées sur l'assurance maladie a des conséquences graves. La part de financement consacrée au médicament au sein des dépenses de santé décroît chaque année, entraînant un décrochage qui commence à se manifester. Concrètement, ce décrochage allonge le délai d'accès aux médicaments, incite au désinvestissement industriel et suscite des phénomènes nouveaux de pénurie – nous y reviendrons à l'article 34.

L'amendement AS315 est un amendement d'appel, qui vise à appeler l'attention de la commission sur l'absurdité qui caractérise chaque année la fixation du plafond du taux de croissance des entreprises du médicament.

Mme Caroline Fiat. Compte tenu de la contraction du budget de la sécurité sociale, du fait notamment de l'absence de compensation par l'État des exonérations de cotisations sociales qu'il a décidées, et de la fixation d'un ONDAM très faible, il est nécessaire que l'ensemble des entreprises actrices du secteur participent à l'effort collectif. C'est pourquoi nous proposons, par l'amendement AS399, de fixer à 0,1 % le taux d'évolution de leur chiffre d'affaires à partir duquel elles doivent contribuer.

M. le rapporteur général. Le taux M d'évolution du marché du médicament avant déclenchement de la clause de sauvegarde a été fixé en concertation avec les industriels dans le cadre du CSIS. Avis défavorable à ces trois amendements.

*La commission **rejette** les amendements AS315 et AS414.*

*Puis elle **rejette** l'amendement AS399.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 16 sans **modification**.*

Après l'article 16

La commission examine, en discussion commune, deux séries d'amendements identiques : les amendements AS351 de M. Gilles Lurton, AS417 de M. Jean-Pierre Door et AS502 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, d'une part, et les amendements AS97 de M. Paul Christophe, AS352 de M. Gilles Lurton, AS418 de M. Jean-Pierre Door et AS504 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, d'autre part.

M. Gilles Lurton. Les entreprises de la répartition pharmaceutique jouent un rôle crucial dans la chaîne du médicament en assurant l'approvisionnement de plus de 21 500 pharmacies françaises sur l'ensemble du territoire. Leurs missions sont assorties d'obligations de service public encadrées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Elles doivent ainsi disposer des stocks de médicaments permettant de satisfaire durant au moins quinze jours la consommation habituelle, livrer l'ensemble des pharmacies d'officine dans un délai de 24 heures après chaque commande et disposer d'au moins neuf médicaments sur dix commercialisés en France.

Dès lors que ces missions sont confiées par l'État à des acteurs privés, la rémunération de ces derniers est encadrée par un arrêté de marge. Par ailleurs, l'activité de répartiteur est soumise à une taxe prélevée par l'ACOSS au titre de la vente en gros de médicaments. L'assiette de cette contribution est composée de trois parts, dont la première correspond à un taux de 1,75 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile. Or, depuis plusieurs années, le système de rémunération est inadapté à l'évolution du marché et n'est plus viable pour les répartiteurs pharmaceutiques, qui ne parviennent plus à dégager de bénéfices. L'amendement AS351 a pour objet de remédier à cette situation.

M. Jean-Pierre Door. Même si des discussions sont en cours avec le ministère, le circuit de répartition des médicaments est actuellement fragile, au point qu'il conviendrait de prendre des mesures à court terme pour éviter son effondrement, car celui-ci créerait des difficultés considérables dans la distribution des médicaments aux pharmacies de France.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. La chaîne du médicament, dont font partie l'industrie pharmaceutique et les entreprises de répartition pharmaceutique, va mal. L'an dernier, Mme la ministre s'est engagée à ce que des discussions aient lieu ; elles ont lieu, mais elles n'ont pas abouti à grand-chose pour l'instant. L'amendement AS502 vise donc à ramener de 1,75 % à 1 % le taux de la contribution dont s'acquittent les entreprises de répartition pharmaceutique.

M. Paul Christophe. L'an dernier, lors de l'examen du PLFSS, nous avons eu, sur ce sujet, un long débat au cours duquel Mme la ministre s'est engagée à trouver une solution pour le premier trimestre 2019. Or, si des travaux sont en cours, nous ne voyons, hélas ! rien venir, et la situation ne s'est pas améliorée. L'amendement AS97 vise donc à tirer le signal d'alarme, car ces entreprises sont dans une situation de grande précarité, et à souligner la nécessité de pérenniser le système de distribution du médicament, qui est indispensable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'amendement AS504 est de repli : il vise à ramener le taux de la taxe de 1,75 % à 1,3 %.

M. le rapporteur général. La répartition pharmaceutique est une question dont nous débattons chaque année. L'an dernier, la ministre a indiqué qu'elle

engagerait des discussions avec les industriels grossistes répartiteurs. Selon mes informations, ces travaux ont abouti à une proposition concrète visant à transformer en profondeur les modalités de rémunération des grossistes répartiteurs. Cette proposition leur a été transmise, mais n'a pas encore reçu de réponse.

À ce stade, toute modification de la fiscalité, dans des proportions qui ne sont pas négligeables – puisque l'impact financier de vos propositions s'élèverait à 90 millions ou à 60 millions d'euros chaque année, pour une taxe qui en rapporte 200 millions – perturberait ces négociations. Je vous propose donc que nous en discutons avec la ministre en séance publique, afin de savoir où nous en sommes. Je vous suggère de retirer vos amendements ; à défaut, avis défavorable.

La commission rejette les amendements AS351, AS417 et AS502.

Puis elle rejette les amendements AS97, AS352, AS418 et AS504.

Elle examine ensuite l'amendement AS281 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Alors que les biosimilaires participent au même titre que les génériques à des économies potentielles pour le système de santé, les industriels qui mettent en œuvre des stratégies de promotion pour leurs biosimilaires ne bénéficient, à ce jour, d'aucun abattement sur la taxe sur la promotion. En cohérence avec la stratégie nationale de santé, qui soutient le développement des biosimilaires, il conviendrait d'attribuer aux industriels commercialisant ces produits les mêmes avantages fiscaux que ceux accordés aux producteurs de génériques. Il vous est donc proposé d'insérer un alinéa prévoyant, pour les biosimilaires, le même abattement que celui existant pour les spécialités génériques.

M. le rapporteur général. Avis défavorable. L'idée est séduisante, mais elle suscite un certain nombre de difficultés liées aux différences intrinsèques entre ces deux catégories de produits.

La commission rejette l'amendement.

TITRE II CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 17

Transfert de recettes entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale

La commission est saisie de l'amendement AS429 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Cet amendement tend à supprimer l'article 17, qui prévoit la finalisation de différentes réformes auxquelles nous nous sommes

opposés, à savoir le transfert de recettes entre les branches et organismes de la sécurité sociale et la répartition de la TVA et de la taxe sur les salaires entre les branches, en conséquence des allègements généraux des cotisations patronales d'assurance chômage auxquels nous nous opposons. Cet article prévoit également le transfert à la sécurité sociale du financement de l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et de l'Agence nationale de santé publique (ANSP). Or, ce transfert nous semble relever d'une mauvaise appréciation du domaine de la sécurité sociale : l'ANSM et l'ANSP étant des agences chargées de la santé publique et de la prévention, elles doivent, à ce titre, demeurer dans le giron du budget général de l'État.

Cet article prévoit enfin l'abrogation des transferts de dette de l'ACOSS vers la CADES, l'instauration d'une compensation entre le régime spécial de retraite du personnel de la SNCF et la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et l'AGIRC-ARRCO, du fait de la fin du régime spécial de retraite de ce personnel votée dans le cadre du nouveau pacte ferroviaire, ainsi que la finalisation de la réforme du RSI.

M. le rapporteur général. Avis défavorable à cet amendement, qui vise à supprimer l'« article tuyau ».

Mme Caroline Fiat. En tant que fille de plombier, j'estime que, lorsqu'un tuyau est défaillant, il faut en changer, et donc le supprimer.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Je suis, moi aussi, fille de plombier, et je ne partage pas tout à fait votre analyse...

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS607 de M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Il s'agit d'un amendement de cohérence, compte tenu de l'adoption, à l'article 3, d'un amendement visant à supprimer la non-compensation à la sécurité sociale des pertes de recettes causées, en 2019, par les décisions de l'État de modifier les conditions de paiement de la contribution sociale généralisée et la tarification des heures supplémentaires.

M. le rapporteur général. Il s'agit de l'amendement miroir de celui adopté tout à l'heure à l'article 3, qui supprime la non-compensation des mesures d'urgence pour l'année 2019. L'article 17 a pour objet la non-compensation des mesures pour l'année 2020 à hauteur de 3,8 milliards d'euros ; vous êtes le seul député à avoir déposé un amendement de suppression. Je ne peux pas donner un avis différent de celui que j'ai donné tout à l'heure à l'article 3, à savoir un avis défavorable.

M. Gilles Lurton. Je comprends bien que vous ne puissiez pas donner un avis différent. Néanmoins, à partir du moment où la commission des affaires

sociales a adopté la suppression des alinéas considérés de l'article 3, il faut en tirer les conséquences à l'article 17 en adoptant l'amendement AS607.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS684 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Le Gouvernement envisage, dans l'article 17, alors même que s'engagent les discussions sur la réforme des retraites, de faire compenser par la CNAV et par l'AGIRC-ARRCO les déficits du régime spécial de retraite du personnel de la SNCF. Ainsi le régime général des salariés français devra-t-il supporter les déséquilibres du régime de la SNCF. C'est un véritable problème : que deviendront ces déficits ? Seront-ils assumés par tous les Français ?

M. le rapporteur général. Avis défavorable car le régime SNCF devrait subir une forte baisse de ses cotisants, et donc de ses recettes, dans les années à venir.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS22 de M. Gilles Lurton, AS427 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS453 de Mme Annie Vidal.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS22 vise à compléter l'alinéa 55 par la phrase suivante : « Les modalités d'attribution de l'enveloppe de 50 millions d'euros susvisée seront précisées par décret d'application. »

En effet, la tarification et le financement des SAAD ne répondent pas à l'enjeu démographique actuel et surtout au fait que les personnes souhaitent majoritairement rester à leur domicile – cette politique est encouragée par le ministère des solidarités et de la santé et je l'encourage aussi très fortement dans ma circonscription. Cette tarification est réglemantée par des décrets, dont le principal fixe les critères de sélection pour l'attribution de l'enveloppe de 50 millions octroyée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour l'année 2019. Il conserve également les principes de financement et de tarification existant et ne préfigure de ce fait aucune réforme d'ampleur.

En effet, ce décret impose aux SAAD de conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et opère une différence d'attribution des crédits entre les SAAD habilités et les SAAD non habilités, ce qui institue une inégalité de reste à charge entre les bénéficiaires. Pour cette raison, les fédérations du secteur médico-social ont engagé un recours contentieux contre ces textes réglementaires. Le présent amendement vise donc à préciser que la répartition de l'enveloppe de 50 millions d'euros sera définie par le décret d'application.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il est un peu tard pour entamer ce débat ; je veux simplement indiquer qu'il existe un contentieux sur le décret d'application

concernant l'aide de 2019. L'amendement AS427 a pour objet de préciser qu'un nouveau décret serait à l'origine de la répartition de cette nouvelle aide de 50 millions.

Mme Annie Vidal. L'amendement AS453 a pour objet de proposer de nouvelles modalités pour l'utilisation de l'enveloppe de 50 millions pour l'aide à domicile. Force est de constater que l'enveloppe inscrite en LFSS 2019 manque à ce jour d'effectivité. Il s'agit donc de prévoir par décret ou par nouvelle rédaction de l'alinéa de cet article les modalités d'accès à cette enveloppe.

M. le rapporteur général. Avis favorable car ces amendements identiques posent une question importante : celle du financement des SAAD. Je vous propose donc de les adopter.

La commission adopte ces amendements.

Elle adopte ensuite l'article 17 modifié.

Article 18

Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe 5

La commission examine, en discussion commune, les amendements AS135 de M. Pierre Dharréville et AS366 de M. Jean-Hugues Ratenon.

M. Pierre Dharréville. L'amendement AS135 vise à supprimer la contribution de 0,3 % prélevée sur les pensions de retraite pour financer la CNSA, qui pèse sur le pouvoir d'achat des retraités. En lieu et place, le financement de la dépendance serait assuré par une contribution de solidarité des actionnaires pour financer l'adaptation de la société au vieillissement. En mettant à contribution les dividendes versés aux actionnaires à hauteur de 2 %, nous pourrions ainsi récupérer près de 1 milliard d'euros par an pour le financement de la CNSA.

Mme Caroline Fiat. L'amendement AS366 a été parfaitement défendu par mon collègue Pierre Dharréville.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette successivement ces amendements.

Puis elle se saisit de l'amendement AS137 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. J'imagine que le débat en séance permettra de savoir pourquoi il paraît inopportun de reporter la taxe pour l'autonomie sur les actionnaires qui, ces dernières années, ont augmenté leurs dividendes.

Les différents dispositifs d'allègements de cotisations sociales patronales ont doublé entre 2013 et 2019 et s'élèvent aujourd'hui à 66 milliards d'euros. Outre leur coût exorbitant pour les finances publiques, ces dispositifs ne sont pas

toujours efficaces en termes de créations d'emplois et ne permettent pas une élévation du niveau de qualification et de rémunération des travailleurs de notre pays.

Afin de limiter l'inflation de ces dispositifs, l'amendement AS137 crée un principe de non-prolifération des dispositifs d'exonération de cotisations sociales en prévoyant que chaque nouveau dispositif fait l'objet de la suppression d'un dispositif existant pour un montant équivalent.

M. le rapporteur général. Même débat que sur l'efficacité des allègements tout à l'heure. Nous ne pourrions l'examiner que lorsque nous disposerons des données. Demande de retrait ou avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Je ne le retirerai pas car il n'y a rien à évaluer : il s'agit simplement de s'engager à arrêter d'accorder des exonérations supplémentaires. Toute exonération nouvelle doit faire l'objet d'une suppression d'exonération équivalente : je ne crois pas que cela nécessite une évaluation.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS369 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. Cet amendement a pour objet la remise d'un rapport au Parlement examinant les atteintes à la sécurité sociale et à ses grands principes. Cet exercice d'introspection permettra d'envisager des mesures de protection de ce dispositif, notamment par une constitutionnalisation plus claire des grands principes sociaux.

Depuis la loi n° 94637 du 25 juillet 1994, dite « loi Veil », toutes les exonérations de cotisations sociales ont été compensées à l'euro près par l'État. En effet, ces exonérations sont devenues au fil du temps un instrument de la politique de l'emploi utilisé par les gouvernements. Leur poids financier ne saurait reposer sur le budget de la sécurité sociale.

En abrogeant l'article L.131-7 du code de la sécurité sociale, le Gouvernement a rompu cet équilibre. Désormais les exonérations de cotisations sociales salariales qu'il décidera ne seront plus compensées. La multiplication de ces exonérations pèsera donc directement sur le financement de notre système de protection sociale.

La logique du Gouvernement est ancienne et son logiciel périmé. Il veut faire croire à une augmentation du salaire net et du pouvoir d'achat par la baisse des cotisations sociales salariales et omet sciemment que celles-ci font partie intégrante du salaire socialisé et différé. Ce faisant, il tarit les sources de financement de la sécurité sociale.

Pourtant, les exonérations de cotisations patronales sont quant à elles toujours compensées par le budget général de l'État. Par exemple, les 20 milliards

d'euros de CICE transformés en baisse pérenne des cotisations patronales seront compensés par autant de milliards en moins pour le fonctionnement et le personnel des hôpitaux, de l'éducation nationale ou de la justice. Le Gouvernement fait donc payer aux contribuables les cadeaux qu'il fait aux entreprises et fait payer aux assurés sociaux la hausse de salaire qu'il leur fait miroiter. En fin de compte, les Français paient deux fois les décisions du Gouvernement.

M. le rapporteur général. Franchement, madame Fiat, étant donné le bazar créé par le dernier rapport sur la relation État-sécurité sociale et ses conséquences dans notre débat ce soir, je préfère qu'il n'y ait pas de nouveau rapport et que l'on en reste à une doctrine pouvant être débattue directement au Parlement. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle adopte l'article 18 sans modification.

Article 19

Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires pour 2020

La commission adopte l'article 19 sans modification.

Article 20

Approbation du tableau d'équilibre du régime général pour 2020

La commission adopte l'article 20 sans modification.

Article 21

Approbation de l'annexe C, de l'objectif d'amortissement de la dette sociale et des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse

La commission adopte l'article 21 sans modification.

Article 22

Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt

La commission adopte l'article 22 sans modification.

Article 23

Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)

La commission adopte l'article 23 et l'annexe B sans modification.

Enfin, la commission adopte la troisième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale, modifiée.

3. Réunion du mercredi 16 octobre 2019 à 9 heures 30 (article 24 à article 28 inclus)

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.8247464_5da6c54d1aa1d.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2020-su-16-octobre-2019

**QUATRIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2020**

**TITRE PREMIER
POURSUIVRE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SOINS**

**Chapitre I^{er}
Réformer le financement de notre système de santé**

Article 24
Réforme du financement des hôpitaux de proximité

La commission examine les amendements identiques AS270 de M. Jean-Louis Touraine, AS538 de Mme Jeanine Dubié et AS574 de M. Pierre Dharréville.

Mme Delphine Bagarry. L'amendement AS270 est défendu.

Mme Jeanine Dubié. Afin d'assurer une véritable stabilité des ressources des hôpitaux de proximité, l'amendement AS538 propose de ne pas lier le niveau de leur garantie pluriannuelle de financement au volume d'activité réalisé. Ces établissements ont été créés par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. L'article 24 propose de reprendre le modèle de financement instauré en 2016 ; or celui-ci s'est révélé incapable d'assurer la pérennité des ressources des établissements et a accru les inégalités territoriales. Dans les bassins de vie peu dynamiques, où la population est en baisse, les hôpitaux de proximité ont vu leur activité stagner et, par le fait, leurs ressources diminuer d'année en année, ce qui recrée du déficit cumulé.

M. Pierre Dharréville. La réforme des hôpitaux de proximité prévue par la loi précitée de 2019 s'accompagne d'une évolution de leur modèle de financement, organisée par le présent article, lequel dispose que les hôpitaux

seront financés forfaitairement, tout en précisant que la garantie de financement reste conditionnée au volume d'activité réalisé. Cela nous semble dangereux.

Bien souvent situés dans des bassins de vie démographiquement peu dynamiques, ces petits hôpitaux voient leur activité stagner. La référence à l'activité de l'année précédente pour déterminer l'enveloppe de l'année suivante est dangereuse et pourrait conduire à une diminution de leurs ressources d'année en année – le déficit cumulé des hôpitaux de proximité a doublé entre 2015 et 2018. Notre amendement AS574 propose de sortir complètement de la référence au financement à l'activité, afin de pérenniser les ressources des hôpitaux de proximité.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Les hôpitaux de proximité correspondent à un modèle, Mme Dubié l'a rappelé, développé en 2016. Ces établissements de santé de proximité sont situés hors des grands territoires urbains et ont souvent une activité de médecine polyvalente ; qui plus est, l'âge moyen des patients admis était de 84,5 ans en 2016.

Il avait initialement été proposé de préserver le modèle de financement de ces établissements en leur accordant une dotation fondée sur les bases historiques d'activité, modulées par d'autres paramètres. L'activité était donc clairement prise en compte. Certains établissements étaient gagnants, mais d'autres se retrouvaient en difficulté.

La réforme proposée se fera en deux temps. Elle commencera par une réforme structurelle des hôpitaux de proximité. Ces petits établissements ont vocation à retrouver une activité technique afin de constituer des services d'appoint, notamment pour les médecins libéraux. Cela leur permettra de s'installer et de s'implanter dans la durée. Il s'agira de redonner vie à ces établissements – alors qu'ils sont souvent en grande difficulté –, en restaurant des activités de biologie médicale, d'imagerie médicale ou des consultations spécialisées. Cela permettra de restaurer une offre de soins dans les territoires ruraux et dans des départements où l'offre hospitalière est faible et de venir en soutien des médecins libéraux afin qu'ils puissent s'installer dans la durée.

Le second temps de la réforme concernera le financement des hôpitaux de proximité. Pour la première fois depuis des années, il sera quasiment décorrélé de l'activité. La dotation socle sera calculée sur des bases historiques, afin de garantir qu'il n'y ait aucun perdant, et assortie de garanties pluriannuelles. En outre, leur responsabilité territoriale sera prise en compte – on tiendra ainsi compte de la population des territoires. En conséquence, seule une part minime du financement de ces établissements sera corrélée à l'activité.

Ce nouveau modèle de financement a été conçu pour qu'il y ait 100 % de gagnants. Le maintien d'une toute petite fraction liée à l'activité permettra d'encourager les établissements dynamiques, qui développent par exemple des activités de médecine spécialisée ; il ne nous paraît pas pertinent de nous fonder

exclusivement sur une dotation fixe et globale qui a entraîné les établissements sur le chemin de la morosité par le passé. Mais il n’y a plus de course à l’échalote : c’est un changement de modèle radical par rapport à la tarification à l’activité (T2A), et le maintien d’une petite part liée à l’activité répond également au souhait de certains acteurs. En conséquence, je suis défavorable à vos amendements.

La commission rejette les amendements.

Elle passe à l’amendement AS911 de M. Brahim Hammouche.

Mme Michèle de Vaucouleurs. La territorialisation des politiques publiques est louable en ce qu’elle implique une politique adaptée aux spécificités des territoires. Mais elle ne peut se faire sans rapport avec les femmes et les hommes qui peuplent ces territoires et qui sont le cœur battant de nos politiques publiques. C’est pourquoi notre amendement propose d’ajouter un critère lié à la population dans le calcul de la garantie pluriannuelle de financement des hôpitaux de proximité.

M. le rapporteur général. C’est une précision pertinente. Je suis favorable à cet amendement du groupe du Mouvement Démocrate et apparentés.

La commission adopte l’amendement.

La commission en vient, en discussion commune, aux amendements AS912 de M. Brahim Hammouche, AS760 de Mme Martine Wonner et AS685 de M. Jean-Carles Grelier.

Mme Justine Benin. L’amendement AS912 est défendu.

Mme Martine Wonner. L’amendement AS760, de précision, met en avant le projet régional de santé (PRS), à la différence de l’amendement précédent qui vise les projets territoriaux de santé. Or, mis à part en psychiatrie, il n’existe pas de projets territoriaux, uniquement des objectifs et des dynamiques définis dans le projet régional de santé depuis l’entrée en vigueur de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

M. Jean-Carles Grelier. J’aime beaucoup l’idée de faire des hôpitaux de proximité des lieux de rapprochement et de coopération entre la médecine de ville et l’hospitalisation publique. Mon amendement AS685 vise donc à préciser que les besoins de santé du territoire doivent notamment être mesurés par la densité médicale en médecine de ville du bassin de vie.

M. le rapporteur général. Ces amendements de précision n’emportent aucune conséquence pratique et ne sont pas vraiment utiles : l’état actuel du droit est suffisamment clair – on tient déjà compte de la densité de médecins, du PRS dans la cartographie de l’implantation des hôpitaux de proximité, des besoins de santé de la population, etc.

Je m'en remettrai donc à votre sagesse concernant l'amendement AS760 de Mme Wonner – plus conforme à l'état actuel du droit que les autres –, si vous considérez qu'il est important que le Parlement apporte ces nouvelles précisions, sans grandes conséquences pratiques : cela relève purement du rédactionnel.

La commission rejette l'amendement AS912.

Puis elle adopte l'amendement AS760.

En conséquence, l'amendement AS685 tombe.

La commission examine ensuite l'amendement AS943 de Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. Mon amendement vise à préciser que les garanties pluriannuelles de financement attribuées aux hôpitaux de proximité doivent tenir compte des spécificités et des contextes géographiques des établissements. L'éloignement, l'isolement et l'insularité sont souvent des difficultés structurelles qui aggravent l'offre et la qualité des soins. C'est particulièrement le cas outre-mer, où les établissements hospitaliers souffrent de surcoûts importants du fait de leur éloignement par rapport à l'Hexagone. Je vous propose donc d'inclure ce facteur dans la définition des garanties pluriannuelles de financement.

M. le rapporteur général. Plusieurs amendements traitent de la question de l'éloignement, de l'isolement ou de l'insularité. En l'état actuel du droit, le coefficient géographique – intégré au dispositif de financement – le prend déjà en compte. Ainsi, quand le tarif est à 1 euro pour un établissement en métropole, il peut être de 1,07, voire de 1,3, pour les établissements dont la situation géographique particulière le justifie.

En outre, lors de ma mission sur l'île de La Réunion, j'ai pu me rendre compte qu'au-delà de l'insularité et de l'éloignement, il faut prendre en compte d'autres facteurs, comme la précarité ou les flux migratoires. Ainsi, La Réunion reçoit une importante population originaire de Mayotte et d'Anjouan ; la Guyane aussi doit faire à un afflux en provenance de pays voisins : autant de critères, parmi d'autres, qu'en l'état actuel de sa rédaction, votre amendement exclut. C'est pourquoi je vous propose de le retirer, en vous promettant une très grande vigilance à l'égard notamment des hôpitaux de proximité outre-mer afin de nous assurer que le modèle leur est parfaitement adapté. Nous pourrions également mettre le sujet à l'ordre du jour du Printemps de l'évaluation, si vous souhaitez vous y investir.

Mme Justine Benin. J'ai entendu vos explications sur le coefficient géographique. J'ai déposé un autre amendement afin d'aligner celui de la Guadeloupe sur ceux de La Réunion et de la Guyane.

L'amendement est retiré.

La commission passe aux amendements identiques AS98 de M. Gilles Lurton, AS230 de M. Jean-Pierre Door et AS377 de M. Olivier Becht.

M. Gilles Lurton. À la deuxième phrase de l’alinéa 3, après le mot « spécialités », l’amendement AS98 vise à insérer les mots « lorsque l’offre de soins libérale ne répond pas aux besoins de la population ». La mise en place d’une offre de consultations de spécialités par les hôpitaux de proximité ne peut se concevoir qu’en complément de l’offre de soins libérale.

M. Jean-Pierre Door. L’amendement AS230 est défendu.

M. Paul Christophe. L’amendement AS377 également.

M. le rapporteur général. Je comprends votre intention mais je vous suggère de retirer ces amendements, sinon mon avis sera défavorable, car leur principe est très compliqué : on ne pourrait développer des consultations spécialisées dans les hôpitaux de proximité que si, et seulement si, il n’existe pas d’offre correspondante dans le secteur libéral.

Tout d’abord, l’offre libérale dans ces territoires se caractérise par une très grande labilité : elle peut varier du jour au lendemain ; l’implantation de consultations spécialisées dans le secteur hospitalier est plus durable et plus facilement quantifiable.

En outre, certains praticiens libéraux sont très satisfaits de pouvoir compter sur des partenariats en secteur hospitalier : ils peuvent plus facilement faire admettre des patients, compter sur un plateau technique, etc.

Enfin, ne rouvrons pas le débat entre le présumé « hospitalocentrisme » de l’État – l’hôpital en fait trop – et la réalité de certains territoires où, entre deux hôpitaux distants de 150 kilomètres, la médecine de ville a totalement disparu. Nous essayons de résoudre cet écartèlement permanent en prenant une décision courageuse : la restauration d’une activité dans les hôpitaux de proximité, afin que le patient ne soit pas perdant.

Introduire une antinomie entre la médecine de ville et la médecine hospitalière, même si je peux en comprendre le principe, n’est pas pertinent et me semble même plutôt contre-productif s’agissant de l’implantation des médecins libéraux dans les territoires concernés.

M. Gilles Lurton. Il ne s’agit pas de créer une antinomie entre médecine hospitalière et médecine de ville, bien au contraire, mais de permettre à la médecine hospitalière d’intervenir en complément de l’offre de soins libérale.

M. le rapporteur général. L’article 35 de la loi « santé » du 24 juillet 2019, qui crée les hôpitaux de proximité, précise qu’ils proposent des consultations de plusieurs spécialités en complémentarité avec l’offre libérale

disponible au niveau du territoire. Cette disposition résulte d'un amendement du rapporteur au Sénat.

Les amendements sont retirés.

La commission examine ensuite l'amendement AS458 de M. Jean-Hugues Ratenon.

Mme Caroline Fiat. Les hôpitaux de proximité sont nécessaires à la couverture sanitaire du territoire national. Ils représentent un engagement salubre de l'État à destination des Français des zones rurales, urbaines ou périurbaines.

Le présent article entérine l'ouverture de nos hôpitaux à l'exercice libéral qui ne répond pas aux principes d'un véritable service public de santé. Liberté d'installation, liberté tarifaire, possibilité de travailler en solitaire, moindre remboursement ne sont pas des principes à développer. Face à une situation en contradiction avec les objectifs fondamentaux des hôpitaux de proximité, nous demandons l'interdiction de la pratique libérale en leur sein.

M. le rapporteur général. Avis défavorable car nous souhaitons développer les hôpitaux de proximité. Les exercices mixtes permettront d'attirer les médecins dans les territoires. Nous pensons à la population – notamment aux patients âgés – qui attend que l'on restaure l'offre de médecine. Ne nous privons pas de moyens d'attirer les médecins.

Mme Caroline Fiat. Monsieur le rapporteur, j'entends que vous soutenez les patients et les personnes âgées, que vous aimez les hôpitaux de proximité. Mais accepter cette libéralisation hospitalière, cela peut signifier aussi, en zone sous-médicalisée, la perte d'un quart de poste de médecin dans un village au bénéfice de l'hôpital. Nous avons fêté la fin du numerus clausus, mais la rentrée le confirme : sans professeurs, places et universités supplémentaires, nous n'aurons pas davantage de médecins !

L'hôpital public, la santé publique sont un bien pour tous. Faire entrer le libéral à l'hôpital public, c'est ouvrir la voie à toutes les dérives, comme cela risque d'être le cas près d'Angers, où l'on s'apprête purement et simplement à privatiser un hôpital public. Attention, danger !

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 24 modifié.

Après l'article 24

La commission examine l'amendement AS947 de Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. En vue d'assurer un financement réaliste et adapté à la situation des outre-mer, l'amendement propose de supprimer les critères de permanence et de substantialité dans la révision des coefficients géographiques, afin de tenir davantage compte des spécificités de chaque territoire ultramarin et de mieux adapter le soutien financier de l'État aux éventuelles et différentes crises que peuvent connaître nos établissements.

À titre d'exemple, le centre hospitalier universitaire (CHU) de Pointe-à-Pitre en Guadeloupe connaît des difficultés structurelles depuis plusieurs années, aggravées depuis novembre 2017 en raison d'un incendie de grande ampleur. Il serait pertinent que les ministères chargés de la santé et des comptes de la sécurité sociale puissent ajuster le coefficient géographique applicable à la Guadeloupe, afin de soulager les personnels en souffrance et d'apporter davantage de moyens à la restructuration de l'offre de soins, en lien avec les autres acteurs du territoire.

Plus largement, cet amendement vise à engager une réflexion sur l'efficacité des coefficients géographiques, notamment en termes de qualité et d'accès aux soins dans les zones les plus vulnérables. Nous proposons que le Gouvernement remette un rapport aux parlementaires faisant le bilan et mesurant les impacts de ce dispositif financier en matière de trésorerie, afin d'évaluer la pertinence d'une éventuelle revalorisation de ces coefficients.

M. le rapporteur général. Je l'ai déjà indiqué, les coefficients géographiques doivent intégrer les spécificités des établissements outre-mer : importance de l'aide médicale de l'État dans le financement des hôpitaux de La Réunion ou de la Guyane, coût difficilement estimable des évacuations sanitaires (EVASAN) vers le territoire métropolitain ou d'autres territoires, surcoûts liés à l'isolement, coût des transports, coût des matières premières, etc.

Le sujet est intéressant et je ne sais pas si une évaluation globale du mode de financement des établissements de santé outre-mer a été effectuée récemment. Je connais votre investissement sur le sujet ; Mme Bareigts en parle aussi régulièrement, mais je ne suis pas sûr que nous disposions d'une expertise suffisante pour mener seuls cette étude dans le cadre du Printemps de l'évaluation. C'est pourquoi je suis favorable à votre demande de rapport.

Mais votre amendement, sans sa première partie, supprime également des mots dont l'incidence est beaucoup plus sensible. Je souhaiterais donc que vous le retiriez pour déposer la demande de rapport en séance publique, en précisant le périmètre de la mission afin de ne pas passer à côté de données importantes pour les établissements de santé outre-mer. J'y donnerai alors un avis favorable.

Mme Ericka Bareigts. Le sujet revient régulièrement. Nous ne devons pas avoir une vision globale et unique du coefficient géographique : les réalités

sont très différentes d'un territoire à l'autre. J'entends la proposition de ma collègue, j'y souscris, mais je ne voudrais pas que ce rapport freine le travail déjà engagé dans de nombreux territoires.

Ainsi, à La Réunion, à la demande et en collaboration avec le Gouvernement, Ernst & Young réalise une étude visant à mettre en lumière le différentiel entre le coefficient géographique actuel et celui qui permettrait de faire face à tous les surcoûts évoqués par M. le rapporteur général. Un rapport, pourquoi pas, mais à condition qu'il ne freine pas la prise de décisions immédiates pour sauver nos CHU.

M. le rapporteur général. Ce n'est pas le but.

M. Alain Bruneel. Un rapport, pourquoi pas, mais cela risque de prendre du temps... Nous savons ce qui se passe dans ces territoires et devons désormais arrêter des mesures pour y faire face. La mobilité est également un problème dans ces régions – arriver à l'hôpital est parfois compliqué. Ainsi, en Guyane où j'ai passé quelques jours – la situation est probablement différente en Martinique –, il n'y a pas de transports en commun. En outre, j'y ai visité des hôpitaux dans un état de vétusté vraiment dramatique : il n'y a pas de climatisation, il y a de l'eau partout dans les chambres pendant les tempêtes. C'est atroce ! On n'imagine pas que cela puisse exister. L'urgence impose une réponse immédiate. Qu'un rapport vienne confirmer et explorer les voies d'une amélioration à terme, c'est autre chose.

Mme Justine Benin. J'ai entendu vos explications et je partage le constat de Mme Bareigts. Mais vous me posez un problème de conscience, monsieur le rapporteur : à la suite de cet incendie, le Gouvernement a financé la reconstruction d'un hôpital en Guadeloupe à hauteur de 600 millions d'euros. Je ne voudrais pas que nous intégrions le nouvel hôpital en retrouvant les mêmes difficultés que celles que nous rencontrons dans l'établissement actuel... Ces difficultés sont de différents ordres, liées à la fois à la mobilité, à l'isolement et à l'insularité : vous avez vu que le CHU de Guadeloupe a connu une grève de deux mois. C'est pourquoi les parlementaires guadeloupéens de la majorité souhaitent insister sur la révision du coefficient géographique. Cela nous enlèverait une épine du pied.

Mme Charlotte Lecocq. La délégation aux outre-mer, sous la présidence d'Olivier Serva, a récemment conduit une mission concernant l'hôpital de Pointe-à-Pitre. Nous avons fait des propositions. Notre collègue Benin a raison, il y a urgence et nous devons apporter des réponses. Travaillons conjointement, et avec le cabinet de la ministre, en vue de la séance publique.

Mme Ericka Bareigts. J'insiste : les réponses doivent être spécifiques et adaptées aux demandes de chaque territoire. Dans le cas contraire, nous risquons de susciter des oppositions. Or il n'est pas de bonne politique d'opposer les territoires, qui ont chacun leurs priorités et leurs urgences.

M. le rapporteur général. Je suis allé à La Réunion il y a trois ans dans le cadre d'une mission sur l'évolution des modes de financement des établissements de santé et j'ai constaté les spécificités du territoire : poids des EVASAN, proximité de Mayotte, organisation complexe de la psychiatrie, qui fait souvent appel au secteur privé. Madame Benin, si cela peut faire basculer votre décision et votre confiance, si vous m'invitez, je viendrai avec plaisir en Guadeloupe !

Mme Justine Benin. Je retire mon amendement et j'en représenterai un pour la séance publique. Et je vous ai déjà invité, monsieur le rapporteur général ainsi que Mme la présidente, à venir voir ce qui se passe chez nous et rencontrer nos professionnels. Enfin, Mme Bareigts a raison, n'opposons pas les territoires.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Nous avons bien noté votre invitation !

L'amendement est retiré.

La commission en vient à l'amendement AS394 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. La santé est un des seuls secteurs soumis au suivi infra-annuel de l'exécution des recettes et des dépenses. Comment expliquer que les établissements doivent s'inscrire dans une logique pluriannuelle dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 », alors qu'ils ne disposent que d'une vision infra-annuelle ? Dans son rapport de juin 2019, la Cour des comptes souligne ces difficultés : les établissements ne connaissent précisément le montant des ressources qui leur sera alloué pour l'année en cours qu'au moment où il leur est versé...

Mon amendement vise à faire bénéficier certains établissements de santé – publics, privés ou à but non lucratif – d'une garantie de financement pluriannuelle à titre expérimental dans deux régions. C'est un amendement d'efficacité. Une garantie de financement pluriannuelle permettrait par ailleurs d'inciter les établissements de santé au développement d'actions de prévention et d'amélioration de la coordination de soins plutôt que de les enfermer dans une logique de production d'actes.

M. le rapporteur général. Je suis tellement d'accord avec vous sur le principe !

M. Cyrille Isaac-Sibille. Tout est dit : je vous remercie pour cet avis favorable !

M. le rapporteur général. Ce financement infra-annuel n'est plus tenable pour nos hôpitaux qui attendent avec inquiétude chaque campagne tarifaire. La proposition formulée par les fédérations est extrêmement intéressante : elle suppose la mise en place d'outils permettant une lecture budgétaire pluriannuelle. Au cours des auditions, j'ai interrogé la direction de la sécurité sociale (DSS), qui

m'a annoncé recevoir les fédérations le 16 octobre – aujourd'hui même – pour leur proposer d'introduire la pluriannualité dans le financement des hôpitaux. Autrement dit, les travaux sont plus qu'engagés – avec un peu de chances, ils pourraient même se conclure aujourd'hui. Dans cette attente, je vous propose de retirer votre amendement et de nous donner rendez-vous la semaine prochaine. En l'état, il ne sert à rien.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il est intéressant que le ministère travaille, mais il est intéressant aussi que l'Assemblée travaille ! Adopter mon amendement serait un geste fort de soutien à la réunion de ce jour. Le cas échéant, nous pourrions y revenir dans l'hémicycle. Pourquoi devrions-nous attendre ? Le Parlement ne doit pas être à la traîne. Il est là pour faire la loi et il est important que notre commission se prononce et marque son soutien à un effort pluriannuel. Je maintiens mon amendement.

M. Francis Vercamer. L'idée est intéressante, mais elle est un peu antinomique avec le principe que je défends depuis des d'années – les moyens doivent être adaptés à la situation sanitaire des territoires. Le financement pluriannuel doit tenir compte de la situation territoriale et permettre, par exemple, de faire face à un besoin important lié à une situation sanitaire territoriale très mauvaise. Mais s'il s'agit de reconduire des financements sans tenir compte de la situation du territoire, je ne suis pas d'accord car on ne réduira alors jamais la fracture sanitaire ! Certains territoires sont dans des difficultés extrêmes. On vient de parler de l'outre-mer, mais le Nord est dans une situation sanitaire encore pire, alors que les crédits par habitant y sont les plus faibles.

M. Jean-Carles Grelier. J'apporte mon soutien à la proposition de mon collègue Cyrille Isaac-Sibille : le 31 décembre ne peut pas être l'horizon indépassable de la gestion de nos établissements, de même que la DSS ne peut être l'horizon indépassable du travail parlementaire ! Certes, l'administration du ministère de la santé s'est saisie de la question, mais cela n'empêche pas le Parlement de s'en saisir aussi. Si nos conclusions coïncident, tant mieux, mais ne privons pas les débats parlementaires d'une réflexion sur la pluriannualité des moyens dévolus aux hôpitaux publics ; c'est un sujet qui nous concerne, avant de concerner la DSS.

Mme Stéphanie Rist. Bien entendu, il est important pour les hôpitaux de disposer d'un budget pluriannuel. Mais cet amendement ne suffira pas à garantir une véritable pluriannualité aux établissements : un travail technique s'impose. Et le ministère s'est engagé pour la séance publique.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Mon amendement plaide simplement pour une meilleure gestion : les hôpitaux ont besoin de visibilité sur deux à trois ans. Le rôle du Parlement, c'est de montrer la direction, non de mettre en application. Nous souhaitons une gestion pluriannuelle, mais c'est bien évidemment au ministère qu'il reviendra de traiter des aspects pratiques. Chacun son travail ! Ne

confondons pas la volonté, qui relève du Parlement, et la mise en application, qui relève du ministère.

Mme Martine Wonner. Nous comprenons votre logique et la partageons. Vous avez raison, les décrets fixeront les modalités pratiques d'application. Mais l'expérimentation ne concernera que deux régions : le législateur doit être beaucoup plus ambitieux. Notre objectif doit être de mettre en application la pluriannualité, et sur tout le territoire. Quant aux modalités, elles seront arrêtées par les instances compétentes.

La commission adopte l'amendement.

Article 25

Réforme du financement de la psychiatrie et évolution du modèle cible de financement des soins de suite et de réadaptation

La commission examine l'amendement AS913 de M. Brahim Hammouche.

M. Brahim Hammouche. Cet amendement de cohérence vise à ajouter les mots « santé mentale » au mot « psychiatrie » afin de rendre compte des activités visées au présent article. La définition positive et holistique de la santé mentale établie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est plébiscitée dans les différents plans et stratégies. L'OMS définit la santé mentale comme un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de la communauté. Cette approche prend en compte l'ensemble des déterminants de santé permettant d'améliorer la qualité de la vie : promotion du bien-être, prévention des troubles mentaux, traitement et réadaptation des personnes atteintes de ces troubles.

La feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie du Gouvernement, ainsi que les contrats territoriaux et locaux de santé intègrent pleinement cette définition qu'il convient désormais d'inscrire dans le code de la sécurité sociale.

M. le rapporteur général. Il s'agit d'un débat sémantique de spécialistes, entre santé mentale et psychiatrie, qui n'a pas sa place dans la loi. Mon avis est donc défavorable.

Mme Martine Wonner. L'idée est intéressante mais j'ajouterai que les activités de psychiatrie visées par l'article sont soumises à un régime d'autorisation. On ne peut donc y inclure la santé mentale.

M. Brahim Hammouche. Il ne s'agit pas uniquement de sémantique ou de psychiatrie : les derniers rapports intègrent la question de la santé mentale. Il faut que les différents partenaires travaillent ensemble. C'est pourquoi nous tenons à l'inscrire dans la loi.

La commission rejette l'amendement.

Elle passe à l'amendement AS904 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'article 25 modifie les dispositions de l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016, s'agissant notamment du calendrier de mise en œuvre de la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR). Si cette réforme est attendue des acteurs de terrain, elle n'est pas sans poser des difficultés d'ordre technique, annoncées par les opérateurs publics et privés.

Compte tenu des nombreuses inconnues et des difficultés techniques, mon amendement vise à permettre une expérimentation pour la première année de mise en œuvre afin de la déployer posément, d'en mesurer concrètement les effets et d'en diffuser une évaluation à la représentation nationale.

M. le rapporteur général. Les modes de financement des SSR n'en finissent pas d'évoluer. Le modèle est presque stabilisé après des années de réforme. Je connais les inquiétudes de la Fédération de l'hospitalisation privée. Comme je le lui ai dit en audition, je suis défavorable à cet amendement qui revient à prévoir déjà une entorse à un dispositif qui n'est pas encore totalement opérationnel. Commençons par le stabiliser et l'évaluer avant de nous reposer des questions.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle en vient à l'amendement AS33 de Mme Marine Brenier.

M. Jean-Louis Masson. Cet amendement vise à supprimer la T2A en tant que moyen de gestion et de financement du système hospitalier. En effet, si cette réforme semblait fructueuse lors de sa mise en place dans le cadre du plan Hôpital 2007, nous avons constaté qu'elle favorisait la réalisation d'actes techniques chez les patients passant peu de temps à l'hôpital. Avec cette réforme, une course à la rentabilité s'est installée au sein des établissements. C'est pourquoi nous souhaitons sa suppression et une nouvelle forme de gestion et de financement des hôpitaux.

M. le rapporteur général. Je ne pensais pas que la proposition de supprimer la T2A viendrait de vos bancs, mais plutôt d'autres... Nous transformons le modèle de financement de l'hôpital et sortons du « tout T2A » – notre objectif est de n'en conserver que 50 % à la fin du mandat. Mais il ne faut pas la supprimer pour les actes reproductibles et techniques. Je considère qu'il s'agit d'un amendement d'appel et je vous propose de le retirer. Dans le cas contraire, mon avis sera défavorable.

M. Pierre Dharréville. Ayant combattu la T2A dès l'origine, je vais donc naturellement voter pour sa suppression. Notre collègue a raison : ce mode de financement de l'hôpital n'est pas adapté ; il conduit à des logiques de gestion des hôpitaux publics dangereuses – un pilotage par les coûts et par le rendement, sans chercher à répondre aux besoins.

Mme Stéphanie Rist. L'article 25 concerne uniquement la tarification de la psychiatrie. Or, en psychiatrie, il n'y a pas de T2A...

L'amendement est retiré.

La commission examine ensuite l'amendement AS34 de Mme Marine Brenier.

Mme Geneviève Levy. Les modifications du code de la sécurité sociale prévues par le présent article visent à une meilleure qualité des soins, notamment dans le secteur de la psychiatrie. Il s'agit de modifier le mode de gestion des établissements par une tarification à l'activité. Si le Gouvernement souhaite améliorer la qualité et l'efficacité de ces soins, en corrélant le dispositif de financement à l'évaluation de la qualité, il ne doit plus faire référence à la T2A.

M. le rapporteur général. Pour les raisons précédemment évoquées, je vous demanderai de bien vouloir retirer votre amendement.

L'amendement est retiré.

La commission passe, en discussion commune, aux amendements AS477 de M. Brahim Hammouche et AS988 de Mme Martine Wonner.

M. Brahim Hammouche. L'amendement AS477 est rédactionnel. Le nouvel objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) santé mentale et psychiatrie a vocation à retracer les dépenses prises en charge par l'assurance maladie. Il convient de prendre en compte les activités de soins en santé mentale et de psychiatrie de tous les établissements de santé publics et privés – et non plus uniquement l'hospitalisation –, afin de mettre fin à un système dual de financement.

Mme Martine Wonner. Les travaux que j'ai menés ont mis en évidence le virage ambulatoire très attendu, surtout dans le champ de la santé mentale. Notre objectif à l'horizon de dix ans est que le financement prenne en compte l'ensemble de l'activité – et non plus uniquement l'hospitalisation – afin de sortir de l'hospitalocentrisme.

Mon amendement AS988, plus modeste, est de précision : il vise à ce que le montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférant à la prise en charge en santé mentale prenne également en compte, au-delà des frais d'hospitalisation, la prise en charge intra- et extrahospitalière.

M. le rapporteur général. Je proposerai à M. Hammouche de retirer son amendement au profit de celui de Mme Wonner, qui apporte une précision utile.

L'amendement AS477 est retiré.

Puis la commission adopte l'amendement AS988.

La commission examine ensuite l'amendement AS687 de M. Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier. Cet amendement de principe fait suite au rapport de la mission d'information relative à l'organisation de la santé mentale, présidée par M. Hammouche et co-rapportée par Mmes Fiat et Wonner. Je trouve regrettable que le sous-objectif de psychiatrie et de SSR soit fixé par décret, et non laissé à l'appréciation du Parlement, qui fixe pourtant dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) les ONDAM. Une discussion sur le sous-ONDAM psychiatrie et sur les SSR, en commission des affaires sociales et en séance, aurait été pertinente.

M. le rapporteur général. J'entends vos arguments, mais le Parlement ne vote pas non plus l'objectif de dépenses en médecine chirurgie obstétrique (MCO) ou en SSR. Qui plus est, cela relève de la régulation, de la « popote interne » et du dialogue conventionnel entre les administrations et les fédérations.

La commission rejette l'amendement.

La commission examine l'amendement AS915 de M. Brahim Hammouche.

M. Brahim Hammouche. Les crispations des professionnels se cristallisent sur la difficile traçabilité de l'utilisation de la dotation annuelle de financement (DAF). C'est la source de toutes les suspicions entre l'administration et les professionnels et un frein majeur à toute réforme. Cet amendement vise à garantir, par voie d'arrêté, la traçabilité de l'utilisation des nouvelles dotations.

M. le rapporteur général. La traçabilité est garantie, puisque les dotations seront bien notifiées par l'agence régionale de santé (ARS) aux établissements de santé. En outre, la notion de traçabilité me semble juridiquement peu précise ; au demeurant, je ne vois pas pourquoi cela ne concernerait que les activités de psychiatrie. Je vous propose donc de retirer votre amendement.

En revanche, vous avez raison de soulever le problème de la fongibilité des enveloppes au sein des établissements, qui interdit de savoir ce que devient l'argent accordé sous forme de dotations ciblées, comme celles destinées aux soins palliatifs.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS916 de M. Brahim Hammouche.

M. Brahim Hammouche. L'amendement vise à souligner que le montant de la dotation populationnelle doit tenir compte des besoins du territoire d'une part, des projets territoriaux de santé (PTS) et de santé mentale (PTSM) ou des projets définis par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) d'autre part. La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé vise à faire de ces projets des outils majeurs de coordination de l'offre de soins et du parcours des patients, ainsi qu'un levier de concertation et de décloisonnement des professionnels du soin, engagés dans une démarche collective et collaborative de diagnostic partagé. Il convient d'harmoniser les outils d'organisation déjà en place, sanitaire et en santé mentale, et d'assurer la prise en compte des dynamiques locales.

M. le rapporteur général. Les besoins de santé seront évalués en fonction des PTSM, des PTS, des projets des CPTS, mais aussi des PRS, que votre amendement ne mentionne pas. Le dispositif est conçu pour tenir compte de toutes ces structures. Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Je ne suis pas certain que cet amendement puisse répondre aux attentes, tant les disparités entre territoires sont criantes en matière de financement. Si aucun établissement n'est en bonne santé financière, certains affrontent des difficultés bien plus grandes que d'autres. Quant à la traçabilité dont il a été question, les fonds ciblés pour la psychiatrie peuvent être absorbés par d'autres activités, surtout lorsque les établissements font partie d'hôpitaux généraux en difficulté. Les grands équilibres posent problème. Puisque l'on est en train de revoir le mode de financement, il faut effectuer une remise à niveau.

M. Brahim Hammouche. Je retire l'amendement pour le réécrire.

L'amendement est retiré.

La commission examine successivement les amendements AS917 de M. Brahim Hammouche et AS989 de Mme Martine Wonner.

M. Brahim Hammouche. L'analyse de l'offre, hospitalière et extra-hospitalière, doit être prise en compte pour déterminer le montant de la dotation populationnelle.

La santé mentale, comme tout le système de soins, est marquée par un fort hospitalocentrisme. Initialement, le secteur psychiatrique, socle de l'organisation des soins psychiques, avait pourtant été pensé autour des soins extra-hospitaliers, ce qui permettait de sortir de la logique asilaire.

La mission d'information a conclu à la nécessité de revenir à l'esprit du secteur extra-hospitalier et de renforcer les structures en amont et en aval. Il convient de s'assurer que le montant de la dotation populationnelle tient bien compte de cette dimension.

Mme Martine Wonner. L'amendement de Brahim Hammouche concerne la dotation populationnelle, tandis que le mien porte sur les dotations complémentaires, dont le montant tient compte de l'activité des établissements.

M. le rapporteur général. Ces deux amendements visent à insérer les mots « hospitalière et extra-hospitalière ». Je suis favorable au second, je m'en remets à votre sagesse pour le premier.

Mme Caroline Fiat. Ces deux amendements sont aussi importants l'un que l'autre, puisqu'il s'agit, aussi bien pour la dotation populationnelle que pour les dotations complémentaires, de prendre en compte l'activité extra-hospitalière. Il est grand temps que nous sortions des hôpitaux psychiatriques les patients que nous y avons créés. J'invite l'ensemble des commissaires à adopter les deux amendements.

M. le rapporteur général. Dans ce cas, je serai favorable aux deux amendements. Cela ne changera pas la face du globe, mais si cela peut faire plaisir...

La commission adopte successivement les deux amendements.

Elle est saisie de l'amendement AS600 de Mme Caroline Fiat.

M. Adrien Quatennens. Nous refusons de voir des pratiques de management s'appliquer à la psychiatrie, comme à l'hôpital en général. Les « démarches qualité », les « comptes de qualité », les « cartographies des risques » ne sont pas appropriés. Le personnel soignant est soumis à des procédures de plus en plus nombreuses, il doit justifier ses pratiques en remplissant de multiples formulaires sur ordinateur. Certes, la traçabilité et le suivi de l'activité sont utiles, mais ils s'effectuent souvent au détriment, pour les patients, de l'accompagnement et de la proximité. C'est pourquoi notre amendement vise à supprimer plusieurs alinéas.

M. le rapporteur général. Vous souhaitez supprimer la mention d'un financement à la qualité dans cet article relatif au financement de la psychiatrie. On peut être pour ou contre ce mode de financement, mais il n'y a pas de raison de faire une différence pour la psychiatrie.

Mme Caroline Fiat. Dans un monde idéal où l'on disposerait des moyens humains et financiers, où les soignants pourraient s'occuper convenablement des patients et où les cadres de santé auraient le temps de remplir ces traceurs, nous serions d'accord. Mais dans la situation actuelle, c'est impossible : les soignants n'ont pas une minute et les cadres, faute de personnel, s'escriment sur des plannings bancals. Faut-il leur demander de perdre du temps sur ces traceurs, alors qu'ils n'en ont déjà pas pour s'occuper des patients ? Tant que les préconisations du rapport ne seront pas mises en œuvre et l'ambulatoire favorisé, il faut supprimer ces alinéas qui ne font qu'ajouter une charge de travail supplémentaire aux services.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS990 de Mme Martine Wonner.

Mme Martine Wonner. La dotation populationnelle allouée aux régions puis répartie entre les établissements du territoire est l'un des piliers de la réforme du financement de la psychiatrie en France. Elle viendra remplacer la fameuse boîte noire que constitue la DAF. Parmi les critères qui seront pris en compte pour l'établissement de cette dotation, il convient de prévoir des critères « sociodémographiques ». J'ai cru comprendre que cette terminologie, pourtant souvent utilisée, posait question ; il demeure important de prendre en compte les données aussi bien sociales que démographiques.

M. le rapporteur général. Pour une plus grande rigueur juridique, je préférerais que l'on utilise les mots « sociaux et démographiques ».

Mme Martine Wonner. Je retire l'amendement pour y retravailler.

L'amendement est retiré.

Puis la commission examine l'amendement AS991 de Mme Martine Wonner.

Mme Martine Wonner. Les soins en psychiatrie ne doivent plus être hospitalo-centrés et il convient d'ouvrir la prise en charge des patients vers le médico-social et le social. Cet amendement vise à prendre en compte l'offre médico-sociale sur le territoire dans la répartition de la dotation populationnelle.

Suivant l'avis favorable du rapporteur général, la commission adopte l'amendement.

Elle en vient ensuite à l'amendement AS546 de Mme Ericka Bareigts.

Mme Ericka Bareigts. La répartition de la dotation populationnelle doit prendre en compte la distance par rapport aux établissements d'autres régions limitrophes. Cela concerne les outre-mer, mais aussi les zones rurales et de montagne. Lorsqu'un territoire est sous-doté et très éloigné d'une région limitrophe mieux dotée, cela ajoute à l'inégalité de prise en charge pour les patients.

M. le rapporteur général. Votre amendement est satisfait : l'article 25 précise que la dotation populationnelle de psychiatrie prendra en compte la démographie, les caractéristiques et les besoins de la population, ainsi que les caractéristiques de l'offre de soins sur le territoire. Je vous demande de bien vouloir le retirer.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS992 de Mme Martine Wonner.

Mme Martine Wonner. Cet amendement de précision vise à mettre en avant, aux côtés des schémas interrégionaux, le PRS, qui, depuis la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, regroupe les schémas d'organisation des soins (SROS) et les schémas régionaux d'organisation médico-sociale.

*Suivant l'avis favorable du rapporteur général, la commission **adopte** l'amendement.*

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS918 de M. Brahim Hammouche.

M. Brahim Hammouche. Cet amendement précise que la dotation populationnelle a pour objectif de réduire les inégalités dans l'allocation des ressources entre les régions et entre les départements. Cet objectif renvoie au constat, partagé depuis plusieurs décennies, d'une mauvaise répartition de l'offre de soins en santé mentale, hospitalière et ambulatoire.

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), dans son rapport de 2017, et la mission d'information ont montré que la densité de psychiatres est très hétérogène d'une région à l'autre, mais aussi au sein des régions. À l'échelon départemental, les écarts sont encore plus marqués, de 1 à 4 voire de 1 à 10. On compte ainsi 70,9 psychiatres pour 100 000 habitants à Paris et 6,9 psychiatres pour 100 000 habitants dans les Ardennes. Au sein d'une même région, la densité en lieux de prise en charge ambulatoire ou en hospitalisation n'est pas moins importante comme l'indiquait en 2015 la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). L'objectif de correction des inégalités doit être inter- et intra-régional, mais aussi départemental.

M. le rapporteur général. Je partage votre constat : l'iniquité entre les territoires est criante. Il est prévu que les ARS opèrent une répartition à l'échelon infrarégional, avec pour mission, sans doute, de réduire progressivement les inégalités. Historiquement, la dotation « PPE » – poids politique de l'élu – a créé des écarts importants entre les régions, des écarts entre les secteurs monstrueux, et cela perdure depuis des années. L'idée, avec ces modalités nouvelles de financement est de gommer ces inégalités territoriales. Je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement.

L'amendement est retiré.

Puis la commission examine l'amendement AS745 de Mme Martine Wonner.

Mme Martine Wonner. Nous avons pu le constater lors des déplacements que nous avons effectués dans le cadre de cette mission d'information, les directeurs d'établissement n'ont aucune visibilité sur leurs financements et n'ont même pas en octobre ou en novembre l'intégralité du budget. Le montant des dotations régionales doit être fixé, par arrêté des ministres, au plus tard le 1^{er} mars.

M. le rapporteur général. Comme il s'agit de la date de publication d'un arrêté ministériel, je préférerais que nous ayons le débat directement avec la ministre en séance. Par ailleurs, cet amendement me semble créer une différence injustifiée entre les règles applicables aux établissements de psychiatrie et celles applicables aux autres établissements de santé.

L'amendement est retiré.

Puis la commission examine successivement les amendements rédactionnels AS993, AS994, AS749 et AS995 de Mme Martine Wonner.

Mme Martine Wonner. Les responsables des établissements pourraient, à la lecture du texte, croire à un amoindrissement de la dotation. L'amendement AS993, de nature rédactionnelle, vise à dissiper leurs inquiétudes puisqu'il précise que la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale est bien la dotation résultant de la répartition de la dotation populationnelle entre les régions.

Les amendements AS994, AS749 et AS995 sont rédactionnels.

M. le rapporteur général. Merci madame, pour ces travaux qui permettent d'enrichir le texte sur le financement de la psychiatrie. Avis favorable à ces quatre amendements.

La commission adopte successivement les amendements.

Elle en vient à l'examen de l'amendement AS746 de Mme Martine Wonner.

Mme Martine Wonner. La mission « flash » sur le financement de la psychiatrie l'a montré : si la psychiatrie est le parent pauvre de la médecine, la recherche en psychiatrie est le parent pauvre de la psychiatrie. Les activités de recherche doivent être encouragées, en psychiatrie mais aussi dans le champ plus large de la santé mentale.

M. le rapporteur général. Nous en avons parlé tout à l'heure : il me semble prématuré de remplacer le mot « psychiatrie » par le mot « santé mentale » s'agissant des dotations en matière de recherche.

L'amendement est retiré.

Puis la commission est saisie de l'amendement AS834 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Le rapporteur général a expliqué tout à l'heure que l'objectif était de parvenir à une égalité de traitement. Nous proposons de substituer des critères nationaux aux critères régionaux, tout en ménageant la possibilité d'une modulation régionale, après avis des organisations nationales les plus représentatives.

M. le rapporteur général. Je suis déjà intervenu sur la question de la modulation à l'échelle des territoires. Pour les mêmes raisons, je vous propose de retirer cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS747 de Mme Martine Wonner.

Mme Martine Wonner. S'il semble essentiel que le pouvoir réglementaire précise les modalités qui conduiront à l'expression d'un avis des organisations consultées quant à l'établissement de la dotation résultant de la dotation populationnelle, la transparence la plus totale doit être garantie lorsque l'autorité administrative déterminera son montant. L'acte établissant le montant de cette dotation doit donc être motivé, c'est-à-dire expliqué et rendu public.

M. le rapporteur général. Cette précision paraît excessive : on ne peut imaginer qu'un directeur d'ARS puisse prendre une décision de financement sans la motiver... *A contrario*, cet amendement pourrait laisser penser que les décisions des ARS, dans un champ autre que la psychiatrie, n'ont pas à être motivées. Avis défavorable.

Mme Martine Wonner. On sait pourtant que dans le champ des autorisations, les SROS, qui ont remplacé les comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale, ne donnent plus que des avis, avec lesquels les décisions ultérieures des directeurs d'ARS ne sont pas toujours en phase.

L'amendement est retiré.

Puis, suivant l'avis favorable du rapporteur général, la commission adopte les amendements rédactionnels AS997, AS996 et AS748 de Mme Martine Wonner.

La commission est ensuite saisie de l'amendement AS488 de Mme Caroline Fiat.

M. Jean-Hugues Ratenon. Ces quarante dernières années, le poids du privé par rapport au public en matière d'hospitalisation en psychiatrie a plus que doublé. Qu'il s'agisse de l'hôpital ou des structures sociales et médico-sociales, il est nécessaire de rétablir la psychiatrie publique, car elle est la seule à pouvoir assurer la gratuité des soins, la prise en charge des urgences et des cas les plus lourds, des conditions de travail meilleures, des équipes qui se connaissent tout au long du parcours du patient et maintiennent ainsi une continuité relationnelle entre l'extra-hospitalier et l'intra-hospitalier, ainsi qu'une bonne répartition sur l'ensemble du territoire. Le financement des établissements psychiatriques doit favoriser les établissements publics.

M. le rapporteur général. Dans le cadre d'une mission sur le financement des établissements de santé, je me suis rendu à La Réunion et j'ai

constaté que la participation du secteur privé à la psychiatrie y était déterminante. C'est le cas aussi dans d'autres territoires métropolitains : de mémoire, 100 % de l'électroconvulsivothérapie est effectuée dans le secteur privé ; elle a été abandonnée dans le secteur public en raison de sa très faible rentabilité, mais aussi des difficultés à recruter des médecins. Le secteur privé est un maillon essentiel de l'offre de soins sur tout le territoire. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. On a tellement maltraité nos hôpitaux publics que, forcément, le privé ne peut faire que mieux ! La faute à qui ? Si les hôpitaux psychiatriques publics ne parviennent pas à égaler les hôpitaux privés, c'est parce que l'État les a délaissés pendant de trop nombreuses années. Dans la région de Toulouse, pour un établissement public, on compte quatre établissements privés. Les personnes ne peuvent pas payer leurs soins si leur mutuelle ne prend pas en charge les frais. Or personne ne choisit d'être malade ! Il faut que tout soit pris en charge.

Nous ne disons pas que les établissements privés font du mauvais travail – même si le *turn-over* important dans les cliniques laisse penser que tout n'y va pas pour le mieux –, nous disons que les hôpitaux publics doivent bénéficier de tous les moyens pour faire mieux que les cliniques privées. S'ils font moins bien, c'est qu'ils ont été déshabillés.

M. Brahim Hammouche. Certains services publics proposent encore la convulsivoélectrothérapie. Pour bien connaître la question du poids relatif du privé et du public, je sais que l'on ne délivre malheureusement plus d'autorisations d'ouverture, mais que l'on propose aux cliniques de récupérer un certain nombre de marchés. La concurrence se pratique déjà dans les autorisations, ce qui est très problématique. Je rejoins Caroline Fiat : il faut être vigilant et questionner les puissances publiques sur les stratégies de mise en place de l'offre publique ou de l'offre privée sur les territoires.

La commission rejette l'amendement.

La commission est ensuite saisie de l'amendement AS899 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Le Gouvernement souhaite redéfinir « un modèle de financement commun » aux acteurs publics et privés de la psychiatrie, « respectueux de leurs spécificités et permettant une mise en cohérence de l'offre sur les territoires ». Les anciennes modalités de financement des activités de psychiatrie du secteur privé devraient être maintenues durant une période transitoire, soit jusqu'au 1^{er} janvier 2022.

M. le rapporteur général. Cette réforme, comme celle du SSR, est très attendue et je suis défavorable à son report.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS985 de Mme Martine Wonner.

Mme Martine Wonner. Il s'agit de substituer aux mots « des schémas régionaux ou interrégionaux » les mots « du projet régional ou interrégional ».

Suivant l'avis favorable du rapporteur général, la commission adopte l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS881 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Cet amendement s'inscrit dans la même logique que le précédent : le calendrier doit être réaliste et ne prévoir une entrée en vigueur de la réforme qu'en 2022.

M. le rapporteur général. J'entends vos inquiétudes, mais j'ai reçu des garanties : cette réforme, franchement indispensable, sera appliquée de façon progressive, douce et sereine. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Enfin, elle adopte l'article 25 modifié.

Après l'article 25

La commission est saisie de l'amendement AS953 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Les établissements de SSR doivent pouvoir bénéficier des forfaits votés dans la LFSS pour 2019, en vue d'améliorer, en coordination avec la ville, leur rôle de prévention, et éviter aux patients la survenance d'épisodes aigus de la maladie, une rupture de leurs parcours et de nouvelles hospitalisations coûteuses, réalisées en urgence.

M. le rapporteur général. Sur la forme, l'exposé sommaire ne correspond pas au texte de l'amendement. Sur le fond, la logique de forfait permet de sortir de la T2A ; il est donc normal que ces forfaits ne s'appliquent qu'aux MCO. Je vous propose de retirer l'amendement.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS463 de M. François Ruffin.

M. Adrien Quatennens. La ministre Agnès Buzyn a reconnu elle-même que la psychiatrie est le parent pauvre de la médecine. La Cour des comptes rappelait en 2011 que « les pathologies relevant de la psychiatrie se situent en France au troisième rang des maladies les plus fréquentes, après le cancer et les maladies cardio-vasculaires ». D'après les statistiques de la DREES, le nombre de patients a bondi de 29 % entre 2013 et 2016. Et pourtant, nous peinons à obtenir

un panorama clair du financement de la psychiatrie en France. Comment les dotations ont-elles évolué ces vingt dernières années ? Quelles sommes sont allouées à la psychiatrie ? Combien ce secteur a-t-il perdu, combien lui a-t-on grignoté au cours des dernières décennies ? Compte tenu de la situation, il est impératif que la représentation nationale dispose de ces éléments. Nous demandons donc un rapport sur l'évolution du budget de la psychiatrie par rapport aux dépenses de santé en général.

M. le rapporteur général. La mission « flash » menée par Martine Wonner ainsi que la mission d'information sur l'organisation territoriale de la santé mentale, dont elle a été la rapporteure avec Caroline Fiat, ont permis d'enrichir l'article 25 que nous venons d'adopter. Je salue l'excellence de ces travaux, qui rend inutile un nouveau rapport. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS486 de M. François Ruffin.

M. Jean-Hugues Ratenon. Nous sommes tous d'accord sur le constat exposé par Adrien Quatennens. Tous les ingrédients sont rassemblés pour que les patients en psychiatrie – cette zone d'ombre de la République –, souvent isolés, pâtissent de l'indifférence et de l'oubli. Cet amendement propose un rapport sur le rattrapage de la plus faible évolution de la sous-ONDAM psychiatrie par rapport à l'ONDAM : il évaluerait le manque à gagner pour le secteur, l'impact négatif de cette sous-dotation.

M. le rapporteur général. Même avis que sur l'amendement précédent.

Mme Caroline Fiat. Vous savez très bien que nous devons composer avec l'article 40 et que ces demandes de rapport ne sont que des amendements d'appel.

Nous créons nos propres patients, nous les maltraitons. Dans un hôpital que nous avons visité, 52 % des patients hospitalisés l'étaient depuis plus d'un an. Les personnels n'ont pas le temps de les soigner, de travailler, de communiquer avec eux. Je le dis : on ne s'occupe pas des patients, on les parque ! J'ai parfois l'impression que, dans certains endroits, nous en sommes revenus à l'asile. Le PLFSS ne donne pas aux établissements les moyens nécessaires pour prendre en charge dignement les patients.

M. le rapporteur général. Personne ne nie les difficultés auxquelles fait face la psychiatrie, publique comme privée. Elles sont liées aux missions des soignants, aux problèmes d'organisation qui durent depuis des décennies et aux iniquités territoriales dans les modes de financement. Il était indispensable de réformer en profondeur les modalités de financement ; il fallait aussi prendre des engagements politiques, comme celui de créer un sous-objectif, quantifié, de financement de la psychiatrie. Son pilotage permettra qu'il ne soit jamais inférieur à ce qu'il devrait être.

Cela fait des années que je travaille sur le financement de la sécurité sociale. Enfin, la santé mentale est prise en considération ; de nouveaux outils, y compris législatifs, permettent de responsabiliser l'ensemble des acteurs publics. Ils rendront compte, devant la représentation nationale, des grandes décisions qui seront prises en matière de santé mentale.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS489 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Le rapport de la mission d'information relative à l'organisation de la santé mentale a montré que 58 % des médecins généralistes proposent exclusivement un traitement médicamenteux à leurs patients atteints de dépression. En cas de dépression non sévère, 50 % d'entre eux prescrivent des antidépresseurs et des anxiolytiques, alors même que les études montrent une efficacité des psychothérapies dans les dépressions d'intensité légère à modérée. La France occupe le deuxième rang européen, derrière l'Espagne, pour la consommation d'anxiolytiques. En 2015, 13,4 % des Français se sont vu prescrire des anxiolytiques. L'assurance maladie a dénoncé une prescription inadéquate d'antidépresseurs. Mon amendement propose de chiffrer le coût du remboursement intégral ou partiel des psychothérapies.

M. le rapporteur général. Effectivement, il faut repenser la place des psychologues cliniciens dans le dispositif de prise en charge des personnes connaissant des problèmes de santé mentale. Leur formation ne leur permet pas d'être reconnus comme professionnels de santé, la prescription, donc la prise en charge par l'assurance maladie – hormis sous forme d'expérimentation – est impossible. Or je ne connais pas un centre médico-psychologique dans le secteur public qui pourrait tourner sans l'appui de psychologues. La prise en charge est encore plus compliquée en milieu libéral. Nombre de psychologues cliniciens n'exercent plus leur métier, faute de solvabilisation de la demande par la sécurité sociale.

Il existe cependant deux expérimentations, et je suis certain que vous les connaissez : l'une est menée par l'assurance maladie dans les Bouches-du-Rhône, en Haute-Garonne, dans les Landes et dans le Morbihan, et concerne les adultes souffrant de troubles légers à modérés ; l'autre, issue de la LFSS 2017, s'appelle « Écoute Émoi », est menée en Île-de-France, dans le Grand Est et les Pays de la Loire, et concerne les jeunes de 11 à 21 ans en situation de souffrance psychique.

Je proposerai plus tard une expérimentation visant à prendre en charge les consultations en centre spécialisé de psychologues cliniciens dans le cadre de maladies neurologiques comme la sclérose en plaques.

Les choses évoluent, mais c'est compliqué : nous payons vingt ou trente ans d'incompréhensions et de difficultés dans les structurations de reconnaissance des métiers et des compétences. Je vous propose de retirer votre amendement.

Mme Caroline Fiat. Nous sommes sur la même ligne, vous citez les expérimentations que j'évoque dans l'exposé sommaire de cet amendement. Vous le dites vous-même, nous avons perdu entre vingt et trente ans, faut-il encore en perdre quatre ? Il y a urgence ! Vous semblez presque d'accord avec moi, il serait dommage de ne pas voter cet amendement de bon sens !

La commission rejette l'amendement.

Article 26

Réforme du ticket modérateur à l'hôpital

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement AS909 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Puis elle adopte l'article 26.

Après l'article 26

La commission est saisie de l'amendement AS971 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Bien que les dépenses de santé aient atteint des niveaux très élevés, la réalité sanitaire est marquée par de fortes inégalités territoriales, je le rappelle constamment, et chaque année lors de l'examen du PLFSS.

Les moyens mis en œuvre pour rattraper ces inégalités sont insuffisants. Certes, le fonds d'intervention régional (FIR), dont les missions ont été réorganisées en 2015, met des crédits à la disposition des ARS. Mais force est de constater que ces crédits sont répartis en fonction de la consommation des crédits de l'année précédente plutôt qu'en fonction d'indicateurs de santé tels que les différences d'espérance de vie.

Dans les Hauts-de-France – et je ne parle pas du Nord où les différences sont encore plus criantes –, l'espérance de vie est inférieure de 2,5 ans à la moyenne nationale, et pourtant, la région demeure mal dotée. Cet amendement vise à inscrire dans les critères de répartition du FIR un indice tenant compte de la situation sanitaire régionale.

M. le rapporteur général. Ces indices existent puisque les ARS retiennent trois critères pour pondérer la répartition des dotations, sans que cela puisse conduire à une baisse supérieure à 1 % de la dotation : la mortalité brute ; un indice synthétique de précarité ; le taux d'affection longue durée standardisé. Je considère donc votre amendement comme satisfait.

M. Francis Vercamer. Ces indices existent peut-être, mais la répartition n'est pas bonne. Cela fait au moins huit ans que je le dis dans l'hémicycle, en pure

perte. Il faudra bien, un jour, revoir ces indices. S'il n'est pas voté, je défendrai en séance cet amendement d'appel devant la ministre.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS987 de M. Thomas Mesnier.

M. Thomas Mesnier. Cet amendement est issu du travail mené dans le cadre de la mission relative à l'amélioration de la situation dans les services d'urgences que m'a confiée Agnès Buzyn, et dans celui du pacte de refondation des urgences, présenté le 9 septembre par la ministre de la santé.

Le financement des services d'urgences n'a pratiquement pas évolué depuis quinze ans. On peut saluer la création, l'an dernier, à l'initiative du rapporteur général, du forfait de réorientation. Malheureusement, il peine à se mettre en place sur le terrain.

Le nouveau modèle que nous proposons ici pourrait servir de levier pour encourager les services d'urgences à s'organiser avec leur hôpital et la médecine de ville. Il s'agit d'instaurer une dotation majoritairement populationnelle, qui, pour répondre à la préoccupation de Francis Vercamer, tendrait à réduire les inégalités entre les régions. Il s'agit aussi de maintenir une part de financement à l'activité, qui pourrait être pondérée en fonction de la gravité des cas, et d'introduire la notion de financement à la qualité, comme c'est le cas depuis quelques années pour d'autres spécialités.

M. le rapporteur général. Vous avez mené un travail indispensable et de grande facture, apportant des éléments de réponse dans la durée et des éléments de réponse structurelle à la crise des urgences. Celle-ci n'est pas nouvelle, elle a émergé progressivement en raison, entre autres, d'un problème d'organisation tarifaire. Nous pouvons, sur tous les bancs, saluer votre travail de terrain, réalisé avec l'administration de santé et les fédérations. Nous avons constaté, lors des auditions, qu'un consensus très large s'est dessiné autour de ces propositions de changement de tarification et de financement des urgences. Ces services n'ont pas vocation à rester financés à l'activité : le système n'est pas très vertueux et son principe n'est pas audible.

Je suis très favorable à cet amendement. J'espère qu'il verra vite le jour en pratique et qu'il constituera un élément de réponse, parmi d'autres, à la crise des urgences.

M. Jean-Pierre Door. Les urgences en France sont dans un état de délabrement catastrophique. Cet amendement, que je soutiendrai, porte sur le financement. S'agissant des investissements, peut-être faudrait-il lancer un plan d'investissement « Urgences 2022 », sur le modèle du plan « Hôpital 2012 » qui avait rencontré un certain succès. Il permettrait de répondre aux énormes problèmes matériels, immobiliers entre autres, que rencontrent les services.

M. Sylvain Maillard. Monsieur Door, attention à ne pas généraliser, les urgences ne sont pas dans un état déplorable partout en France ! Thomas Mesnier a montré qu'il existait de grandes disparités et exploré les pistes pour sortir des difficultés. Son travail permettra d'avancer concrètement, en apportant des solutions là où se posent les plus grandes difficultés.

M. Jean-Pierre Door. Monsieur Maillard, je vous invite à visiter les services d'urgences dans les régions !

M. Gilles Lurton. Venez à Saint-Malo ! Il n'y a pas que Paris en France !

Mme Jeanine Dubié. Cet amendement propose une refonte du modèle de financement en s'appuyant sur la population ; le groupe Libertés et Territoires le soutiendra.

M. Pierre Dharréville. Entendons-nous sur le diagnostic : la crise des urgences est généralisée. Vous pouvez raconter autre chose, mais la vérité, c'est celle-là. Nous pouvons vous transmettre la carte des services d'urgences en grève dans le pays, vous verrez qu'il n'y a pas photo. Il faut prendre la mesure du problème !

Mme Stéphanie Rist. Je remercie beaucoup les membres de la mission conduite par M. Mesnier, dont l'amendement vise à mettre en place une des mesures du pacte de refondation des urgences. C'est une disposition très attendue dans l'ensemble des territoires, qui souhaitent que leurs spécificités soient prises en compte.

M. Jean-Carles Grelier. Je suis un peu confondu par ce que je viens d'entendre dans la bouche de M. Maillard. Il ne me paraît pas possible de laisser croire, au vu de la situation de l'hôpital public, que tout irait bien, que tout serait beau et ensoleillé en certains endroits. J'ai reçu la semaine dernière, dans le cadre de tables rondes préparatoires à la discussion du PLFSS, l'ensemble des acteurs des urgences. Le patron du SAMU de Paris m'a dit textuellement : « Nous ne passerons pas l'hiver ». Cela étant, les urgences ne sont que la partie visible du malaise de l'hôpital. Ce serait un très mauvais message que de laisser croire aux professionnels de santé, en grande souffrance, qui ne savent plus comment gérer l'hôpital mais sont les seuls à le maintenir debout, que tout irait bien en certains endroits et que ces difficultés seraient circonscrites à quelques petits services d'urgences ici ou là.

M. Sylvain Maillard. Je n'ai jamais dit cela !

M. Jean-Carles Grelier. En tenant ces propos alors que l'ONDAM hospitalier de cette année ne répondra absolument pas aux demandes de l'hôpital, et qu'il constitue même un camouflet pour les professionnels hospitaliers, je crois que vous aggravez votre cas.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Si tant est que quelqu'un ait un cas à se reprocher...

M. Boris Vallaud. Je crois nécessaire de dire avec netteté, comme l'orateur précédent, que les urgences vont mal, partout en France, et que l'hôpital public est au bord de l'implosion. On lui a demandé, depuis 2008, des efforts absolument considérables ; il ne peut plus en produire avec la même intensité. Le PLFSS sous-finance l'hôpital. On a évoqué l'ONDAM, mais il faut aussi rappeler que l'actualité est marquée par le rationnement de l'offre de soins et le déport des soins vers les cliniques privées aux dépens d'un hôpital public qui ne peut plus assumer ses missions. Voilà où on en est. J'entends les bonnes volontés manifestées par les uns et les autres ; mais vous ne pouvez pas, tout seuls, vous adresser en permanence des satisfecit sur ce que vous produisez. La réalité, c'est qu'après les annonces de la ministre, pas un seul service d'urgences n'a repris le travail.

M. Gilles Lurton. Je partage évidemment les propos de mes collègues Grelier, Dharréville, Door et Vallaud. La situation des urgences dans notre pays est aujourd'hui très grave. Le problème n'est pas seulement matériel, ce n'est pas seulement une question de locaux : il y va de la motivation des personnels urgentistes. Chacun sait qu'aujourd'hui on ne trouve plus de médecins urgentistes, de personnels volontaires pour exercer dans les services d'urgence. Laisser entendre que la situation n'est pas partout très grave, c'est prendre un très gros risque vis-à-vis de l'ensemble des personnels de ces services.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Mes chers collègues, je crois utile de vous rappeler que nous discutons de l'amendement de M. Mesnier, non du reste...

M. Joël Aviragnet. La discussion sur cet amendement nous conduit aussi à évoquer, plus largement, les difficultés des urgences. Sans minimiser ce qui vient d'être dit – nous sommes tous d'accord pour reconnaître que les urgences vont très mal –, cette situation cache la crise qui affecte l'hôpital dans son ensemble. Si les urgences ne sont pas les seules à aller mal, ce sont elles qu'on voit et qu'on entend le plus, dont les difficultés ont le plus de retentissement auprès de la population. Je reviens sur les propos de M. Maillard. Gel des salaires, manque de personnel, carence de lits d'aval : tels sont les maux dont souffre – je prends cet exemple bien que je ne sois pas parisien – l'hôpital Lariboisière. Allez-y, et on en reparlera.

M. Adrien Quatennens. La discussion sur cet amendement est aussi l'occasion de rappeler le sens de nos travaux, dans un contexte politique particulier, qui explique que nos débats soient suivis avec une particulière attention. Monsieur Maillard, je ne vous souhaite, ni à vous ni à l'un de vos proches, d'avoir affaire aux urgences, dans les semaines ou les mois qui viennent. On parle beaucoup des urgences mais, on le sait bien, l'ensemble des services sont concernés, en cascade – autrement dit, l'hôpital dans son ensemble : 13 % des lits

d'hôpitaux publics ont fermé, soit plus de 50 000 lits. On estime que la charge en soins a augmenté de près de 15 %, alors que, dans le même temps, les effectifs n'ont progressé que de 2 %. L'hôpital public ne tient plus que par le dévouement des fonctionnaires qui y travaillent, et ils appellent à l'aide : ils ne demandent pas grand-chose, ne réclament pas des rémunérations mirifiques mais souhaitent pouvoir effectuer leur travail dans de bonnes conditions. Cela passe, certes, par une revalorisation des salaires mais, avant tout – c'est ce qu'ils demandent – par l'arrêt des fermetures de lits et l'association des usagers aux décisions. Puisque nous avons voté hier la compensation par l'État des exonérations de cotisations sociales, j'espère que, dans l'hémicycle, la semaine prochaine, au moment où les hospitaliers seront réunis devant l'Assemblée nationale, nous pourrons accomplir, collectivement, un geste fort. Si nous obtenons cette compensation de l'État, elle devra être directement fléchée en direction d'un véritable plan d'urgence pour l'hôpital public. Nous nous hisserions ainsi à la hauteur du débat que nous devons avoir dans ce contexte politique.

M. le rapporteur général. J'ai fait ma dernière garde aux urgences, – pourtant dans un grand CHU –, alors que j'étais neurologue et non urgentiste ; mais on faisait appel aux médecins hospitaliers non urgentistes pour pallier les difficultés éprouvées par les équipes pour assurer les lignes de garde. C'était il y a cinq ou six ans, mais on éprouvait déjà de très grandes difficultés pour assurer toutes les permanences de soins dans les services d'urgences. J'arrive à 18 heures pour assurer la garde après ma journée de travail ; on me donne la liste des vingt patients dont j'aurai la charge, déjà admis aux urgences. À mesure qu'on me présente ces patients, qu'on égrène leurs noms, de nouveaux patients arrivent toutes les 5 à 10 minutes, qui sont répartis entre les étudiants en médecine, les internes, les médecins, mais également – et surtout – le personnel soignant, qui court en tous sens pour poser une perfusion, donner un traitement, accompagner un patient aux toilettes, répondre à une inquiétude, informer les familles.

Au fur et à mesure de la garde, les patients sont de plus en plus nombreux dans les couloirs des urgences – car il n'y a évidemment pas assez de salles de consultation. On commence donc à les examiner dans les couloirs, en s'efforçant de respecter le caractère privé de l'examen clinique. Il faut ensuite pouvoir hospitaliser dans les services certains patients, dont la gestion médicale aux urgences est terminée : la difficulté consiste à trouver des lits d'hospitalisation vacants. Parfois, on ne dispose que d'une place en chirurgie orthopédique pour une patiente de 85 ans, diabétique, souffrant d'insuffisance rénale et d'une infection pulmonaire. Vous décrochez alors votre téléphone pour trouver une place à ce malade, vous réveillez l'orthopédiste de garde pour lui demander s'il accepte une patiente qui ne relève pas de sa discipline. Parfois, on finit par placer des patients dans les couloirs.

Cette réalité des hôpitaux, qui remonte à de nombreuses années déjà, personne ne peut nier, personne ne la conteste. Cela ne veut pas dire que ce soit le cas dans tous les services, mais cela concerne beaucoup d'hôpitaux. Cette situation ne peut pas durer : chaque année, on compte 5 à 6 % de patients en plus

dans des services d'urgences déjà sous-dimensionnés, alors que les lits d'hospitalisation sont déjà si difficiles à trouver.

Les raisons en ont été rappelées, dans son rapport, par mon collègue Thomas Mesnier. La ministre des solidarités et de la santé a fait des propositions très concrètes pour l'amont, c'est-à-dire pour éviter que les patients arrivent aux urgences alors qu'ils n'y ont pas leur place. S'ils sont venus malgré tout, il faut les réorienter vers certaines structures alternatives, dans l'hypothèse où elles existent. Mme Buzyn entend améliorer la qualité de travail du personnel soignant aux urgences, en renforçant, dans certains cas, les lignes de permanence des soins. Elle souhaite également que ces soignants bénéficient d'une prime. S'agissant de l'aval, il est important de prendre en compte – ce que personne ne conteste non plus – la capacité à hospitaliser les patients lorsqu'ils relèvent de l'hôpital, une fois passés par les urgences. Personne ne peut considérer qu'il est seul responsable de la situation, mais personne ne peut s'en laver les mains. Il nous incombe de faire face à ces difficultés. L'intérêt du collectif interurgences est d'avoir insisté auprès de l'opinion publique, qui y était déjà sensibilisée, et des politiques, qui l'étaient évidemment aussi, sur la nécessité de prendre soin rapidement de celles et ceux qui prennent soin de nous, quand nous sommes aux urgences. Tel est l'objet des politiques conduites depuis quelques mois. Je peux vous assurer qu'on parlera du financement, des 750 millions, du budget de l'hôpital, dans ce PLFSS, tant en commission qu'en séance, parce qu'il y a urgence, que c'est important et que personne ne peut nier ces difficultés.

Par cet amendement, notre collègue Thomas Mesnier met en lumière le fait que les urgences n'ont pas à être financées en fonction de l'activité, et qu'il faut être capable de réorganiser leur financement, de manière à assurer le développement de structures alternatives de prise en charge et de réduire la pression sur les soignants, les médecins exerçant dans les services d'urgence. On peut tous travailler dans le même sens, on partage tous le même diagnostic, ce qui pourrait déboucher sur une forme d'union nationale. J'espère qu'on sera très nombreux, pour ne pas dire unanimes, à voter cet amendement.

M. Thomas Mesnier. Il n'est pas question de tenir un discours caricatural ; la gravité de la situation exige qu'on aborde le sujet dans toute sa complexité, en essayant d'avoir un débat serein. La situation des urgences est aujourd'hui très difficile – les nombreuses visites que j'ai effectuées depuis plusieurs mois m'en ont offert un beau panorama – même si certains services, qu'il faut savoir mettre en lumière, s'en sortent bien et peuvent servir d'exemples à d'autres.

Je voudrais réagir à certains propos. J'ai entendu un de nos collègues affirmer qu'il ne souhaitait pas à son prochain d'être pris en charge aux urgences. Je veux insister sur le fait que, malgré les difficultés, nos services d'urgences sont exemplaires : on y est parfaitement soigné, en sécurité et avec toute la qualité des soins qu'on peut attendre du service public. Il est bon de le rappeler. De même, il faut en finir avec ce discours simpliste sur les fermetures de lits. Celles-ci ont été

réalisées depuis plusieurs années, sous différents gouvernements, non pour réaliser des économies mais en raison de changements de pratiques et d'organisation, notamment du fait du développement de la médecine et de la chirurgie ambulatoires. Il faut cesser de tenir des propos caricaturaux, qui sont de nature à faire peur. La question des lits d'aval est un véritable sujet, dans certains services. C'est pourquoi, dans le pacte de refondation des urgences, qui correspond au plan d'urgence que vous appelez de vos vœux, monsieur Door...

M. Jean-Pierre Door. Il faut aller plus loin !

M. Thomas Mesnier. ... la ministre annonce des ouvertures de lits au cas par cas.

Cet amendement permettra de répondre en partie à la question des moyens. Peut-être faudra-t-il aller plus loin ; c'est l'objet de nos débats en commission.

M. Jean-Carles Grelier. Monsieur le rapporteur général, vous avez raison : personne ne peut nier l'ancienneté du problème des urgences. Personne ne peut contester non plus le fait que Thomas Mesnier ait dressé, sur cet aspect des choses, un constat tout à fait pertinent. Vous évoquiez, monsieur Véran, votre expérience de médecin dans un service d'urgences ; moi qui ne suis pas médecin, je voudrais vous faire part de mon expérience d' élu d'un territoire, la Sarthe, où il n'existe, pour ainsi dire, pas d'urgences. Je suis l' élu d'un territoire où il manque trente-trois médecins urgentistes, où sept des huit services d'urgences ont fermé pendant l'été, où les véhicules des services mobiles d'urgence et de réanimation restent au garage, faute de médecins pour les armer. Si je fais un accident vasculaire cérébral demain, chez moi, il me faudra attendre 50 minutes pour que le SAMU vienne me chercher, et 50 minutes de plus pour qu'il me conduise à l'hôpital du Mans. Chez moi, il faut avoir une solide constitution quand on est malade !

M. Cyrille Isaac-Sibille. Nous sommes bien évidemment favorables à cet amendement. À côté du financement et de l'organisation des urgences, il faut aussi prendre en considération la demande des patients, qui présente des traits nouveaux : beaucoup de gens se présentent aux urgences parce qu'ils veulent bénéficier de soins immédiats. C'est pourquoi le groupe du Mouvement Démocrate et apparentés présentera une proposition de loi relative aux points d'accueil pour soins immédiats. Il faut faire face aux problèmes de l'amont, à ceux de l'aval, s'atteler aux questions du financement et de l'organisation, tout en répondant aux demandes des patients.

La commission adopte l'amendement.

Elle se saisit de l'amendement AS432 de M. Michel Castellani.

M. Michel Castellani. Cet amendement vise à ce que, dans les zones fragiles, la région – et, en Corse, la collectivité de Corse – assume la

responsabilité d'établir la valeur du coefficient géographique. Il vise à adapter au mieux les coefficients à des régions qui éprouvent des difficultés, des contraintes territoriales particulières. Il s'agit d'appliquer une politique inclusive de façon à répondre de la meilleure façon possible aux besoins locaux. Pour ce qui concerne la Corse, les hôpitaux souffrent de conditions spécifiques, sur lesquelles je vous propose de revenir à l'occasion de l'examen de l'amendement suivant.

M. le rapporteur général. Nous avons débattu tout à l'heure du coefficient géographique. Une demande de rapport sera certainement formulée en séance sur la question de l'insularité et des soins. Je ne peux pas donner un avis favorable à cet amendement, dont je m'étonne d'ailleurs qu'il ait franchi le seuil de l'article 40. Il vise en effet à ce que la collectivité de Corse détermine le coefficient géographique qui affectera le tarif versé par l'assurance maladie ; ainsi, la collectivité pourrait potentiellement décider, demain, que l'assurance maladie finance les soins en fonction d'un coefficient double lorsqu'ils sont effectués en Corse. Vous comprendrez qu'on ne puisse pas employer un tel outil. Défavorable sur cet amendement et le suivant.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS437 de M. Michel Castellani.

M. Michel Castellani. Cet amendement répond à la même logique mais concerne spécifiquement la Corse : la collectivité aurait la responsabilité d'établir la valeur du coefficient géographique. Les hôpitaux de Corse souffrent de conditions spécifiques. Ils supportent des surcoûts de toute sorte, liés à l'insularité ; ils doivent faire face à d'énormes variations de la population au cours de l'année ; ils accusent une dette financière considérable, due à l'absence de prise en compte des surcoûts. Ces hôpitaux doivent trouver les moyens nécessaires pour mener à bien des programmes d'investissement. La problématique des compétences de la collectivité de Corse est prégnante. La très grande majorité des Corses souhaitent que les réalités insulaires soient mieux prises en compte ; leur voix est exprimée par la collectivité de Corse. Il s'agirait, en l'occurrence, d'instituer une cogestion entre l'État et la collectivité.

La commission rejette l'amendement.

Elle passe, en discussion commune, aux amendements AS346 de Mme Jeanine Dubié et AS733 de M. Stéphane Viry.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS346 vise à garantir l'équité de la répartition entre les secteurs public et privé dans le cadre de l'enveloppe dédiée aux missions d'intérêt général et aux aides à la contractualisation (MIGAC). Il a pour objet d'améliorer le suivi et l'évaluation des actions financées au titre de ces missions, notamment en matière de soutien aux établissements de santé, par les aides à la contractualisation.

M. Stéphane Viry. Chacun sait que l'enveloppe MIGAC, dont les conditions d'obtention ne sont pas toujours très claires, à croire les gestionnaires d'établissement, est accordée de façon rétrospective, ce qui prive de toute visibilité. Cela peut donner à penser que l'allocation des moyens alloués résulte d'une décision discrétionnaire. Par ailleurs, si le financement MIGAC est calculé sur la base d'un pourcentage du budget alloué passé, un établissement qui connaît une croissance de ses activités et de ses recettes a intérêt à obtenir un pourcentage plus élevé. Mon amendement est inspiré par la même philosophie que celui de Mme Dubié : il vise à poser un principe d'équité, afin d'assurer une plus grande transparence et un meilleur équilibre dans les dotations MIGAC aux établissements, notamment entre le public et le privé.

M. le rapporteur général. Défavorable. On n'a pas vocation, en la matière, à traiter de façon identique tous les établissements. Les MIGAC financent en particulier des activités de recherche et d'enseignement ; les thèmes concernés justifient une forme d'iniquité entre le secteur public, qui a la charge de la mission de formation et de recherche, et le secteur privé.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle examine l'amendement AS130 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Il s'agit d'une demande de rapport pour évaluer les effets du virage ambulatoire sur l'offre publique de soins, la qualité des soins et les conditions de travail des personnels hospitaliers.

M. le rapporteur général. Ce travail relève de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS). Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Le virage ambulatoire constitue un réel sujet de préoccupation. C'est un des socles sur lesquels reposent les politiques publiques en matière de santé ; on l'a évoqué pour la psychiatrie, mais cela concerne l'hôpital public dans son ensemble. J'ai constaté, lors de nombreuses étapes de mon tour de France, que cette évolution suscitait des difficultés. Des objectifs chiffrés sont définis, bien souvent, de manière arbitraire et empêchent, in fine, de tenir compte de la situation de chaque patient. Il me semble qu'il faudrait évaluer les surcoûts que cela peut représenter pour l'hôpital public et la sécurité sociale.

M. Gilles Lurton. Je confirme à M. Dharréville que la MECSS est en train de préparer un rapport sur ce sujet, corédigé par Marc Delatte et Nadia Ramassamy.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS127 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Je remercie M. Lurton de cette précision. Ce travail me semble utile. Les demandes de rapport que nous formulons visent à nous faire connaître les réalités et à lancer un débat politique nous ne parviendrons pas à susciter autrement. L'amendement AS127 demande un rapport sur l'effet de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) sur l'offre publique de soins, les conditions de travail des personnels hospitaliers et la qualité des soins. Ils ont été institués il y a déjà un certain temps. Il est à présent nécessaire d'avoir un retour d'expérience, d'autant plus qu'ils ont provoqué des dégâts dans des hôpitaux périphériques.

M. le rapporteur général. L'article 37 de la loi sur l'organisation et la transformation du système de santé réforme et modifie en profondeur le cadre des GHT. Il est donc un peu tôt pour procéder à une évaluation. En revanche, je suis d'accord avec vous sur le fait qu'il faudra mener, à terme, une évaluation rigoureuse de ces structures, qui pourrait être l'œuvre de la MECCS ou du Printemps de l'évaluation, voire – mais c'est encore trop tôt, surtout au regard du délai de six mois que vous proposez – d'un rapport du Gouvernement. Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Dans l'état actuel des choses, et d'après ce que j'ai pu constater, je préférerais que ce soit la MECCS...

M. le rapporteur général. Ce n'est pas très sympathique !

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS57 de Mme Marine Brenier.

Mme Marine Brenier. J'ai retiré mes amendements précédents car ils avaient été déplacés par les services de l'Assemblée, ce qui leur avait fait perdre toute pertinence. L'amendement AS57 se situe dans leur prolongement. Il demande un rapport sur la tarification à l'activité et la possibilité de modifier le mode de financement des établissements hospitaliers. J'ai entendu les propos de notre collègue sur la dotation populationnelle. Si celle-ci peut avoir un intérêt, il faut veiller à ne pas défavoriser plus encore les petites villes et les zones rurales, qui éprouvent déjà les difficultés liées à la tarification à l'activité. Le candidat Emmanuel Macron s'était engagé à revenir sur ce mode de financement : il serait temps de concrétiser cette promesse.

M. le rapporteur général. J'ai écrit un rapport sur la T2A et le mode de financement de l'hôpital. Une *task force*, conduite par Jean-Marc Aubert, a travaillé en continu sur ces questions. De nombreux rapports ont été rédigés sur la T2A et les modalités de financement des établissements hospitaliers. La loi prévoit déjà que le Gouvernement doit remettre au Parlement, tous les ans, un rapport – que nous n'avons pas reçu depuis deux ans – sur le financement des établissements de santé, sans que beaucoup ne s'en émeuvent ici. À la lecture de votre amendement, j'ai sollicité le Gouvernement pour que nous le recevions rapidement. Je vous propose de le retirer.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS126 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Cet amendement demande un rapport évaluant l'impact du PLFSS sur la qualité de vie au travail des personnels des établissements de santé. Le Premier président de la Cour des comptes nous a montré, lorsque nous l'avons reçu il y a quelques jours, un tableau assez édifiant sur la santé au travail dans le secteur social.

M. le rapporteur général. C'est vrai !

M. Pierre Dharréville. Les chiffres étaient suffisamment éloquents pour qu'on s'en inquiète ; il faut vraiment en prendre la mesure. Monsieur le rapporteur général, si vous souhaitez que ce sujet soit traité dans le cadre du Printemps de l'évaluation, j'y suis tout à fait favorable, même si cela ne suffira pas, me semble-t-il, pour relever le défi. J'essaie de vous titiller, ou parfois de montrer patte de velours, pour que vous acceptiez l'un ou l'autre de mes amendements... C'est un sujet extrêmement prégnant. Dans la fonction publique existe un problème de souffrance au travail qui n'est pas pris en compte à sa juste mesure. Dans le secteur de la santé, à l'hôpital public, c'est une question gravissime, comme l'attestent les dernières rencontres que j'ai faites sur mon territoire, avec des gens qui travaillent en psychiatrie, dans les urgences. Certaines décisions nous appartiennent, dans le cadre du PLFSS, de manière globale, mais nous devons aussi nous interroger sur les dispositifs particuliers que nous pourrions instituer.

M. le rapporteur général. J'ai été, comme vous, édifié par le tableau de la Cour des comptes, qui montrait que le nombre d'arrêts de travail dans le secteur de la santé, du social et de l'invalidité atteignait des proportions sans commune mesure avec celles rencontrées dans l'ensemble des catégories professionnelles. Les causes en sont probablement multifactorielles. La dureté des missions est une cause majeure – le fait d'être en permanence au contact de personnes malades, en souffrance, de travailler tout le temps dans l'urgence, d'être soumis à un temps de travail atypique, qui rend possible la continuité des soins, impose des gardes de 24 heures et de longues journées. Tous les métiers du soin sont concernés. La dureté, la pénibilité des missions expliquent déjà en soi ces résultats. Vous demandez une évaluation de l'effet du PLFSS, en tant que tel, sous-entendant par là, j'imagine, que les budgets seraient insuffisants pour assurer la bonne rotation des structures et qu'ils seraient donc source de souffrance professionnelle. Il s'agit là, à n'en pas douter, d'un amendement d'appel. Vous suggériez que ce sujet soit abordé dans le cadre du Printemps de l'évaluation ; je vous dirai la même chose que l'année dernière : vous y êtes les bienvenus, car cet exercice n'est pas réservé à la majorité. Vous avez constaté qu'en 2018, nous avons titillé les administrations sur beaucoup de sujets. Il serait intéressant de mener cette réflexion ensemble, même si l'on ne se rejoindra pas forcément sur le fond.

La commission rejette l'amendement.

Elle passe à l'amendement AS275 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Je ne suis pas un fanatique des demandes de rapport, mais il me semble urgent qu'on fasse le point sur le financement de la recherche et de l'innovation à l'hôpital, sujet dont chacun comprend l'importance. Je demande donc au Gouvernement l'établissement d'un rapport sur l'évolution du financement des missions de recherche et d'innovation au sein des établissements de santé. Ce financement est en effet confronté à des budgets en décroissance : 7 milliards en 2002 contre 3,7 milliards aujourd'hui. À cette contrainte budgétaire s'ajoute le fait qu'une proportion notable de cette enveloppe est parfois utilisée à des fins autres que la recherche et l'innovation. Ainsi, la part de l'enveloppe des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI), destinée à financer des actes de biologie et d'anatomopathologie en recherche, finance en fait, dans l'attente de leur intégration dans la nomenclature, des actes de biologie médicale devenus courants. Ce sont autant de moyens divertis de leur finalité – l'innovation et la recherche. L'amendement demande un rapport pour y voir clair et s'assurer qu'un minimum de moyens est accordé à la transcription de la recherche et au développement de l'innovation dans les hôpitaux publics.

Mme Jeanine Dubié. Avant qu'on ne termine l'examen des amendements portant article additionnel après l'article 26, je veux rappeler que de nombreux amendements ont été jugés irrecevables – ce que je regrette –, notamment l'un d'eux, que nous avions présenté, qui avait pour objet de créer un fonds en faveur des urgences. Compte tenu de tout ce qui a été dit, je ne reviendrai pas sur le manque de personnel, les conditions de travail, les agressions dont sont victimes de manière croissante les soignants, la carence de lits d'hospitalisation en aval. Toutes ces raisons conduisent à une situation de rupture. Certes, la ministre a annoncé une enveloppe de 750 millions jusqu'en 2022, mais je regrette vraiment que nous n'ayons pu échanger sur la création de ce fonds, qui aurait pu répondre à la situation d'urgence actuelle.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Par nature, la création d'un fonds contrevient à l'article 40 de la Constitution – ce n'est pas moi qui en décide.

M. le rapporteur général. La répartition des crédits de financement des missions de recherche et d'innovation au sein des établissements de santé est très complexe, mais a déjà fait l'objet de nombreuses évaluations, dont certaines sont récentes. La Cour des comptes a publié, en 2018, un excellent rapport sur le rôle des CHU dans la recherche, qui apporte des réponses. Nous avons par ailleurs rencontré les membres de la mission sur « Le CHU de demain ». La mission sur le financement des établissements de santé s'est également penchée sur la question. Enfin, la mission Aubert s'y consacre. Vous pouvez peut-être interpeller la ministre sur l'évolution des crédits MERRI, dédiés à l'enseignement et à la recherche, dans le cadre du débat dans l'hémicycle. Je ne crois pas qu'un rapport au Parlement s'impose vraiment. Au-delà de la question des crédits MERRI, il y a bien d'autres enjeux, tels que la péréquation hospitalo-universitaire ou la sanctuarisation d'un sous-ONDAM dédié à la recherche et à l'enseignement. Je

vous propose donc de retirer votre amendement et d'en discuter avec la ministre dans l'hémicycle. À défaut, l'avis serait défavorable.

M. Jean-Louis Touraine. Si cet amendement demande un rapport, c'est parce que les autres formulations n'ont pas été jugées recevables. Comme vous le suggérez, monsieur le rapporteur général, il me semble essentiel que, sur ce sujet, la ministre puisse apporter des éclaircissements. Je maintiens l'amendement pour entamer la discussion dans l'hémicycle. À la suite de toutes les évaluations qui ont été effectuées, lesquelles ont démontré les insuffisances de financement, la ministre pourra nous dire ce qui va être fait. Pour l'instant, aucune correction n'a été apportée aux anomalies qui ont été dépistées, en particulier par le rapport de la Cour des comptes.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Notre groupe est favorable à cette demande de rapport, et souhaite l'étendre à d'autres domaines. On sait que des sommes qui sont en principe fléchées vers des maladies rares, telles que la mucoviscidose, par exemple, suivent d'autres circuits. Il me paraît important d'assurer un contrôle pour savoir où sont affectés ces fonds.

M. Jean-Pierre Door. Lors des précédentes législatures, on a souvent évoqué les MIGAC et les MERRI. Il ne me paraît pas inutile que la commission des affaires sociales dispose d'un rapport du ministère sur l'évolution de ces dotations. Je sais qu'on peut obtenir des informations à titre individuel, mais la commission devrait recevoir régulièrement un rapport – si ce n'est tous les ans, du moins tous les deux ou trois ans.

M. le rapporteur général. Ce sujet important mobilise de manière récurrente un certain nombre de parlementaires. J'avais proposé, il y a quatre ans, de sanctuariser un sous-objectif de l'ONDAM dédié à la recherche et à l'enseignement, pour sortir des crédits MERRI, tels qu'on les connaît aujourd'hui. Ces évolutions peuvent susciter des interrogations et nourrir des oppositions, s'agissant, par exemple, de la péréquation des postes hospitalo-universitaires sur le territoire national. Ainsi, entre le CHU de Lille-V et la faculté de médecine de Paris-Descartes – de mémoire –, le ratio d'encadrement étudiant par universitaire varie de plus de 1 à 2. En travaillant sur ce sujet, on traite de nombreuses questions. C'est très compliqué, parce qu'on va aussi aborder, au-delà des crédits MERRI, les taux de recours ; l'hôpital qui a le taux le plus élevé en France n'est pas public : c'est l'hôpital Marie-Lannelongue, ESPIC qui a un taux de recours supérieur à 40 % ; autrement dit, 40 % des patients qui y sont soignés sont adressés par d'autres établissements, parce que cet hôpital est le seul à pouvoir réaliser de la chirurgie cardiaque pédiatrique – entre autres – extrêmement complexe. Le modèle des CHU avait été pensé en partant de l'hypothèse qu'ils auraient un taux de recours considérable. En réalité, l'immense majorité de l'activité des CHU prend aujourd'hui la forme de soins de proximité, de premier recours. Des bascules de financement se sont opérées, avant qu'on n'ajoute des rustines, sous la forme – pour ne citer qu'elles – de MIGAC et de MERRI, sans cesse évolutives, parce qu'elles ne répondent pas aux besoins des établissements

concernés. Aujourd'hui, le système est complexe sans être toujours équitable. La loi « santé » a traité de la question – ce n'est pas ma collègue Stéphanie Rist qui dira le contraire, puisqu'elle y a beaucoup travaillé – et a apporté des éléments de réponse. Je ne pense pas qu'un rapport soit indispensable. La discussion avec la ministre pourrait, éventuellement, déboucher sur la décision d'élaborer un rapport au champ d'application plus vaste que l'intitulé proposé. En effet, vous vous cantonnez aux MERRI, ce qui me paraît regrettable. Stratégiquement, si j'étais, comme vous, désireux d'avoir un rapport, je retirerais mon amendement pour en rédiger un autre, plus global, d'ici la séance, en concertation avec la ministre. J'y donnerais alors un avis favorable.

La commission adopte l'amendement.

Article 27

Réforme du financement : nomenclatures de ville

La commission est saisie de l'amendement AS688 de M. Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier. Cet amendement a pour objet d'apporter une petite précision de vocabulaire. Il va être créé, par voie réglementaire, une instance chargée de réviser la nomenclature des actes. L'amendement vise à ce que l'ensemble des professions libérales, médicales et paramédicales, soient représentées au sein des instances chargées de la révision de la nomenclature.

M. le rapporteur général. Il me semble qu'une discussion est en cours sur les modalités de la concertation à venir. Spontanément, je vous dirais que des représentants des professionnels seront, de manière certaine, représentés, puisque la révision de la classification doit être proposée à la convention ; l'écrire dans la loi me paraît superfétatoire. Proposition de retrait ou avis défavorable.

L'amendement AS688 est retiré.

La commission adopte l'article 27 sans modification.

Après l'article 27

La commission examine les amendements identiques AS269 de M. Jean-Louis Touraine, AS296 de Mme Josiane Corneloup, AS455 de Mme Jeanine Dubié, AS459 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS1006 de M. Paul Christophe.

M. Jean-Louis Touraine. L'amendement AS269 vise à ce que l'ensemble des fédérations soient consultées dans le cadre des discussions préalables à l'élaboration des conventions. À l'heure actuelle, ce n'est pas le cas : les discussions se tiennent entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les médecins libéraux. Les fédérations nationales ne participent pas à la fixation des tarifs des actes médicaux ni à leur hiérarchisation, alors qu'elles

subissent les conséquences des décisions prises dans plusieurs domaines, tels le programme de médicalisation des systèmes d'information ou la valorisation dans le cadre de la T2A. L'amendement vise à ce que l'ensemble des fédérations – pas une en particulier –, qui représentent les établissements publics ou privés, hospitaliers ou médico-sociaux, participent à la concertation en amont de l'élaboration des conventions annexes et des avenants conclus entre l'UNCAM et les professionnels de santé.

Mme Geneviève Levy. La loi du 13 août 2004 confie aux représentants des médecins libéraux et à l'UNCAM le soin de hiérarchiser et de fixer les tarifs des actes médicaux. Les fédérations hospitalières ne sont pas consultées, ni même parfois informées des discussions engagées dans ce cadre, alors qu'elles sont directement concernées par les résultats de ces négociations. L'amendement AS296 vise à recueillir l'avis préalable des fédérations hospitalières publiques et privées sur les mesures conventionnelles qui ont des répercussions significatives sur le pilotage et le fonctionnement des établissements de santé, dans le cadre des concertations précédant le mécanisme d'approbation tacite ou d'opposition. Le but est d'accompagner la logique des parcours de santé et de décloisonnement entre la ville et l'hôpital, mais aussi de renforcer l'attractivité médicale des établissements de santé.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS455 est défendu.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'amendement AS459 est également défendu.

M. Paul Christophe. L'amendement AS1006 également.

M. le rapporteur général. Ces amendements, qui reviennent chaque année depuis bientôt dix ans, émanent des fédérations hospitalières. Dans la mesure où une partie de leur activité consiste en des actes et consultations externes, dont le tarif est défini par la convention médicale – laquelle ne réunit que les médecins libéraux, l'assurance maladie et les représentants des complémentaires –, les fédérations souhaitent avoir leur mot à dire. Sur le papier, en effet, on peut se demander pourquoi les fédérations sont exclues des négociations. En réalité, l'adoption de ces amendements n'assurerait pas l'information des fédérations mais les associerait aux représentants des établissements de santé pour déterminer les tarifs, qui concernent, à une écrasante majorité, la médecine de ville. Votre intention est louable, mais vous déclencheriez une révolution copernicienne qui percuterait le fonctionnement de la convention médicale et les relations contractuelles entre l'assurance maladie et les partenaires sociaux. Mon avis est défavorable ; je partage l'idée qu'il faudra un jour définir une forme d'association des secteurs hospitaliers à la détermination des tarifs des actes qui leur sont proposés par l'assurance maladie, mais cela ne peut se faire comme cela. Je crois avoir moi-même déposé un amendement similaire au cours de mon mandat précédent, avant de me rendre compte des incidences qu'il pouvait avoir et de le retirer.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Et si nous les sous-amendions en prévoyant que les fédérations disposent d'une voix consultative et non délibérative ?

Mme Jeanine Dubié. Je rejoins les propos du rapporteur. On souhaite une plus grande coopération entre la ville et l'hôpital, un décloisonnement, une meilleure articulation entre les hôpitaux et les CPTS. Cette demande est légitime : la création d'un espace de dialogue autour d'objectifs partagés ne pourra qu'améliorer le service rendu.

M. Julien Borowczyk. On est vraiment à la croisée des chemins. Nous l'avons dit et répété : nous souhaitons faire travailler ensemble la ville et l'hôpital. Cela étant, je suis parfaitement d'accord avec le rapporteur. Les tarifications demeurent une grande source de préoccupation pour les médecins de ville, dans le cadre de la réorganisation des nomenclatures ; interférer dans cette construction serait un message difficile à entendre, pour ne pas dire très dangereux. On doit construire le lien entre la ville et l'hôpital, même si l'on en connaît la complexité. La relation sera difficile à bâtir. La médecine de ville pourrait être très crispée par cette attitude, ce qui nous empêcherait d'avancer. Ce serait regrettable, car je ne suis pas certain que les fédérations aient, pour l'instant, un rôle important à jouer dans cette affaire, même si je suis d'accord sur le fait qu'elles doivent être informées. Leurs préoccupations, à ce stade, ne sont pas les mêmes.

Mme Delphine Bagarry. Je ne suis pas tout à fait d'accord sur le constat de la « dangerosité ». Nous voulons forfaitiser la prise en charge de certaines maladies. La forfaitisation est actuellement appliquée à l'hôpital et est expérimentée dans certaines CPTS. Ce serait une bonne chose, me semble-t-il, que les acteurs puissent se parler. Peut-être, demain, aurons-nous aussi des forfaits ville-hôpital, bien que ce soit complexe à construire. Il me semble que cet amendement favoriserait cette concertation et l'acceptation des différents points de vue.

M. Philippe Vigier. Je voudrais également apporter mon soutien à ces amendements. Je suis de près une CPTS sur mon territoire, où les barrières sont tombées avec l'hôpital. Une plateforme numérique de soins a été instituée, qui permet l'accompagnement de A à Z pendant le temps hospitalier, le temps des pratiques libérales et, parfois, celui du retour à l'hôpital. Cela a créé une véritable efficacité. Toutefois, celle-ci nécessite, à un moment ou à un autre, la représentation des fédérations hospitalières au sein des organismes décisionnaires. À défaut, on va recréer un cloisonnement. Le décloisonnement qui est en train de s'installer constitue une chance historique. Il n'y aura pas de meilleure prise en charge des patients tant que la mutualisation complète entre le public et le privé ne sera pas établie et que ces espaces de dialogue ne seront pas confortés. Cela implique que chacun puisse participer aux décisions qui concernent la vie des patients au quotidien. Vous le savez, les patients se moquent d'être dans une structure privée ou publique. Ce qu'ils veulent, c'est qu'on leur apporte la plus grande efficacité de soins, ce qui nous engage tous.

M. Jean-Pierre Door. Je soutiens la proposition du rapporteur général. Adopter ces amendements reviendrait à enfoncer un coin dans le système conventionnel, qui rassemble les représentants de l'assurance maladie – l'UNCAM – et les syndicats médicaux représentatifs. Les fédérations, quant à elles, ne sont pas des syndicats médicaux représentatifs mais des associations émanant des établissements hospitaliers privés et publics. Les tarifs des actes médicaux sont discutés et négociés avec les syndicats représentatifs des professionnels médicaux, tels que les médecins, les dentistes et les infirmières, pour ne citer qu'eux. Chaque profession est soumise à une convention. Ne rompons pas le système conventionnel ; ce n'est vraiment pas le moment.

Mme Stéphanie Rist. Je suis d'accord avec M. Vigier quand il dit qu'il faut réduire la dichotomie entre la rémunération en ville et celle à l'hôpital. Mais ce n'est pas à cette question que répond l'amendement : il vise uniquement à permettre aux fédérations hospitalières de participer à la négociation conventionnelle. Même si nous devons aller vers une convergence des modes de rémunération, ce n'est pas du tout ainsi qu'il faut s'y prendre.

M. le rapporteur général. Je suis tout à fait d'accord avec ce qu'ont dit Stéphanie Rist, Jean-Pierre Door et d'autres : on peut penser que c'est une bonne chose que de permettre aux fédérations représentatives des hôpitaux d'avoir leur mot à dire sur la tarification des actes réalisés à l'hôpital. Mais ce n'est pas ce que dit l'amendement : en réalité, on ne pourra plus déterminer le tarif d'un acte réalisé en médecine de ville sans demander au préalable l'accord des fédérations hospitalières.

Je vous invite à suivre les discussions qui peuvent se tenir au sujet de certains actes et de certaines campagnes tarifaires, ne serait-ce qu'entre les fédérations publiques, privées et associatives. Il est particulièrement révélateur qu'une fédération – la Fédération hospitalière de France, dont le nom même montre bien qu'à sa création, il n'était pas envisagé que d'autres fédérations hospitalières puissent voir le jour – nous demande régulièrement de porter cet amendement, ce qui doit tous nous inciter à la plus grande prudence. Sans même parler d'une forme de négation du dialogue social, qui est une très vieille histoire entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs de médecins.

Je suis d'accord pour qu'on puisse permettre aux hospitaliers d'avoir leur mot à dire sur la façon dont les activités de consultation externe et les modalités de calcul des forfaits leur sont proposées, mais nous n'avons certainement pas à imposer l'accord de l'ensemble des fédérations, tous secteurs hospitaliers confondus, pour déterminer le prix d'un acte réalisé dans 99 % des cas en médecine de ville – ou alors, il y a du souci à se faire pour la convention médicale...

M. Jean-Louis Touraine. L'amendement est un peu plus nuancé que ce que nous en dit le rapporteur général : il ne propose pas que les fédérations aient

un droit de veto sur quoi que ce soit, mais simplement qu'elles soient consultées en amont.

M. le rapporteur général. Ce n'est pas ce qu'il dit !

M. Jean-Louis Touraine. En d'autres termes, les fédérations n'ont pas vocation à prendre part à la décision, qui se prend entre l'UNCAM et les représentants du secteur libéral. Cette concertation, en amont de cette discussion, associant les fédérations des hôpitaux publics, privés ou privés à but non lucratif, leur permettra simplement d'émettre un avis, dont il sera tenu compte ou non : l'essentiel est qu'il y ait eu un dialogue. Je le répète, il n'est absolument pas question que les fédérations décident des tarifs ; il convient de présenter les choses de façon plus nuancée.

M. le rapporteur général. Nous sommes aussi têtus l'un que l'autre, Jean-Louis Touraine ! Pour ma part, je persiste et signe : votre amendement ne vise pas à ce que les fédérations soient informées en amont, il les habilite à participer aux négociations conventionnelles, que même titre que les syndicats médicaux. C'est bel et bien ce que dit l'amendement que vous avez déposé.

Mme Jeanine Dubié. Comme le dit notre collègue Touraine, cet amendement propose seulement que les fédérations donnent un avis préalable – qui n'a pas à être conforme –, et non leur accord sur les tarifs. La lecture du rapporteur général me semble donc un peu excessive.

M. Cyrille Isaac-Sibille. La convention est conclue entre deux parties : l'assurance maladie et les médecins. Rien n'empêche les fédérations d'aller à la rencontre des syndicats pour se mettre d'accord et conventionner avec l'assurance maladie. Il n'est déjà pas simple de faire aboutir une négociation conventionnelle entre deux partenaires... Si l'on en ajoute un troisième, cela devient encore plus compliqué !

La commission rejette les amendements.

Article 28

Prise en charge des dispositifs médicaux : sécurisation des dépenses, négociation des prix en cas de concurrence

La commission est saisie successivement des amendements AS252 et AS55 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Si je comprends l'idée portée par l'article 28, et si l'on ne peut que souscrire à l'idée consistant à vouloir réduire le reste à charge pour les patients, la mise en place d'un mécanisme de référencement des dispositifs médicaux en ville pose de nombreuses questions, dont la plupart demeurent sans réponse – ce qui a motivé un certain nombre d'amendements de ma part.

Cette mesure engendrerait une complexification des procédures d'accès au marché, avec un risque d'allongement des délais, contraire aux engagements issus du Conseil stratégique des industries de santé qui s'est tenu en juillet 2018.

Dans le domaine des véhicules pour personnes handicapées, qui seraient, au moins à ce stade, plus particulièrement visés par cette disposition, le référencement ajouterait donc une étape supplémentaire en vue de la prise en charge de ces matériels, au risque de ralentir leur accès au marché. Surtout, la France a déjà mis en place, en sus du marquage CE et de l'étape d'évaluation de la Haute Autorité de santé, la nécessité d'une validation technique supplémentaire par le Centre d'études et de recherche sur l'appareillage des handicapés en vue de l'accès au marché de ces dispositifs pour les personnes en situation de handicap – ce qui n'existe pas dans d'autres pays. Enfin, comme le notait déjà l'IGAS en 2015, cette disposition interroge le droit de la concurrence et nécessite, ne serait-ce que pour cette raison, un avis préalable de l'Autorité de la concurrence.

C'est pourquoi l'amendement AS252 propose de mettre fin à cette disposition, en supprimant les alinéas 12 à 18 de l'article 28.

L'amendement AS55, qui a le même objet, propose quant à lui de ne supprimer que les alinéas 14 à 18 du même article.

M. le rapporteur général. Monsieur Christophe, vous avez déposé deux amendements visant à supprimer le référencement sélectif. Si je comprends l'idée du référencement sélectif, consistant à faire baisser les prix de certains dispositifs au moyen d'une mise en compétition, mon inquiétude, relayée par l'IGAS en 2015, porte sur la durée dans le temps de la diminution de prix obtenue. Une fois qu'on aura créé un oligopole ou un monopole sur un dispositif médical au bénéfice d'un seul industriel, qu'est-ce qui l'empêchera d'augmenter à nouveau les prix, jusqu'à ce qu'ils finissent par être plus élevés qu'au départ ?

L'article 28 me semble globalement positif en ce qu'il contient des mesures extrêmement intéressantes – je pense à la consigne des dispositifs médicaux, à la lutte contre l'obsolescence programmée, à la facilitation de la disponibilité des données relatives aux prix pratiqués entre les intermédiaires, ou encore à l'accès aux personnes en situation de handicap –, mais le diable se cache dans les détails ; or il n'en manque pas dans cet article, sur lesquels nous allons devoir nous pencher en commission et en séance publique. J'aurai moi-même des questions à poser en séance à la ministre des solidarités et de la santé au sujet du référencement sélectif et de la consigne, et j'avoue que, compte tenu des incertitudes entourant les points que j'ai évoqués, j'hésite quant au sort à réserver à vos propositions.

En l'état actuel des choses, je vais émettre un avis défavorable à l'amendement AS252, et m'en remettre à la sagesse de la commission pour ce qui est de l'amendement AS55 – ce qui ne préjuge pas de mon avis sur les

amendements que nous allons examiner prochainement, notamment ceux portant sur la consigne.

La commission rejette successivement ces amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS701 de M. Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier. Le texte évoque la situation de monopole qui pourrait s'instaurer en l'absence de référencement des dispositifs médicaux. Mais le référencement aura aussi pour effet d'exclure un certain nombre d'entreprises, comme l'a dit le rapporteur en soulignant le risque de constitution d'un monopole.

Je suis en train d'achever un rapport pour la MECSS relatif aux achats dans les hôpitaux publics, et je peux vous dire que le référencement, de plus en plus fréquent dans les hôpitaux publics, vise aujourd'hui à exclure un grand nombre d'entreprises de la possibilité d'accéder à la commande publique, par l'application de critères pas toujours aussi limpides qu'on le souhaiterait.

J'ajoute qu'à la différence du médicament, les dispositifs médicaux font vivre de très nombreuses entreprises en France, parmi lesquelles on compte beaucoup de très petites entreprises et de start-up ; je crains qu'un référencement un peu trop accentué ne puisse avoir pour conséquence d'exclure toutes ces entreprises de la commande publique, et de la commande en général, alors qu'elles constituent une richesse pour nos territoires.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Il y a quelques mois, Julien Borowczyk et moi-même avons rendu un rapport sur les dispositifs médicaux. Il s'agit d'une question tout à la fois complexe et importante, car un marché énorme est en train de se constituer, du fait du recours croissant aux dispositifs médicaux pour la prise en charge de certaines pathologies. Or un certain nombre de ces dispositifs ont des effets assez invasifs – je pense notamment à ceux qui sont implantés dans le corps –, ce qui exige une extrême prudence quant à leurs procédés de fabrication et aux matériaux utilisés. Les logiques de contrôle public doivent être non seulement maintenues, mais aussi affinées si nécessaire, afin de garantir une parfaite sécurité dans l'utilisation des dispositifs médicaux.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS60 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Le dispositif de référencement risque d'instaurer de fait un système de santé à deux vitesses, et de conduire à une rupture d'égalité d'accès à des dispositifs adaptés. Il est prévu que le remboursement par l'assurance maladie puisse être subordonné à une consigne à la charge des patients, cette dernière ne pouvant bénéficier en aucun cas d'une prise en charge par la sécurité sociale. Il s'ensuivra une rupture d'égalité entre les usagers selon

que certains, qui en auront les moyens, pourront acquérir un dispositif neuf en s'acquittant du montant de la consigne et ceux qui, ne pouvant assumer le versement de cette consigne, se verront contraints de s'orienter vers un dispositif reconditionné.

Cette disposition contrevient par ailleurs à l'article 11 de la loi du 11 février 2005, qui permet à la personne en situation de handicap de participer à l'élaboration de son plan de compensation du handicap pour tenir compte de son besoin et de ses aspirations. Du fait de l'instauration d'une contrainte financière, la personne concernée ne saurait être totalement libre de son choix. L'amendement AS60 vise donc à supprimer cette disposition.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS255 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. L'article 28 subordonne la prise en charge de certains dispositifs pouvant être remis en état après une première utilisation à la mise en place d'une consigne à la charge des patients. La création d'une consigne à la charge du patient ne peut bénéficier « en aucun cas » d'une prise en charge par la sécurité sociale, ce qui va créer une rupture d'égalité entre patients. Par ailleurs, dans de nombreux cas, c'est l'aidant qui sera chargé de restituer le produit, en particulier en cas de décès du patient, ce qui aboutit à un système complexe et aléatoire.

Enfin, de nombreux patients utilisent un fauteuil roulant jusqu'à la fin de vie du produit : pourquoi leur imposer une consigne, alors que la collecte et le recyclage de ces produits sont prévus dans le cadre des filières de responsabilité élargie des producteurs dédiées aux déchets d'éléments d'ameublements ou aux déchets d'équipements électriques et électroniques ? C'est pourquoi le présent amendement vise à supprimer cette disposition.

M. le rapporteur général. Nous abordons une série d'amendements portant sur la consigne, dont on peut comprendre l'intérêt. Cependant, cette pratique soulève aussi de nombreuses questions, pour moi comme pour France Assos Santé, qui est à l'origine de ces amendements déposés par plusieurs groupes : quel doit être le montant de la consigne, en valeur absolue ou en pourcentage du prix du dispositif, qui doit la payer, ou encore qui la perçoit lors de la restitution du matériel ?

Je pense que cette série d'amendements n'est pas suffisamment aboutie en l'état et je souhaite qu'une réflexion soit engagée sur la question, afin que des propositions plus satisfaisantes puissent servir de support à une discussion avec la ministre en séance. Je vais donc donner un avis défavorable à cet amendement ainsi qu'à ceux qui suivront, non pour écarter le principe même de la consigne, mais pour faire évoluer le dispositif dans le cadre d'une initiative parlementaire.

M. Julien Borowczyk. Le principe de la consigne constitue une véritable avancée pour les personnes porteuses de handicap. L'idée consiste à les faire bénéficier, tout au long de leur vie, de matériels de qualité et adaptés à leur handicap. Comme l'a dit M. le rapporteur, les propositions formulées nécessitent d'évoluer afin d'envisager toutes les questions que pose la création d'une filière. Quand on évoque la vie des dispositifs médicaux, il ne faut pas raisonner de façon binaire : il n'y a pas seulement le neuf d'un côté, l'ancien de l'autre, il y a aussi tout ce qui a trait à la sécurisation et à l'adaptation au handicap, donc aux modifications qui doivent être apportées au matériel. Nous pouvons retravailler les propositions relatives à la consigne en vue d'en débattre en séance publique, mais les notions de consigne et de filière doivent rester au centre de la réflexion, car elles jouent, quoi qu'il arrive, au bénéfice des personnes porteuses de handicap.

M. Pierre Dharréville. La gestion des dispositifs médicaux pose effectivement un certain nombre de questions nouvelles, liées tant à la durée de vie du matériel et à son remplacement qu'à l'exigence de préserver une accessibilité aux soins égale pour tous. C'est précisément là qu'est l'écueil : nombre de personnes présentant une pathologie lourde et permanente – je pense par exemple au diabète – se plaignent déjà du reste à charge, et il ne faudrait pas que les nouvelles dispositions prises ne fassent qu'aggraver la situation de ce point de vue. J'espère que les débats vont nous permettre de défaire ce qui m'apparaît comme un nœud dans la discussion.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Si je rejoins M. Borowczyk sur le fait que l'article 28 a pour finalité d'améliorer la prise en charge, je ne vois pas en quoi l'institution d'une consigne y contribuerait. Il y a là un vrai sujet, ce qui explique que plusieurs amendements aient été déposés, et nous devons absolument trouver des réponses aux différentes questions qui se posent, tant sur les modalités de mise en œuvre de la consigne que sur son montant.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie, en discussion commune, de l'amendement AS700 de M. Jean-Carles Grelier ainsi que des amendements identiques AS111 de M. Pierre Dharréville, AS154 de M. Paul Christophe, AS487 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS786 de M. Joël Aviragnet.

M. Jean-Carles Grelier. Je souscris à la position du rapporteur général sur la consigne : effectivement, il serait bien que nous ayons en séance publique, avec la ministre, un débat portant sur les raisons et l'intérêt d'instaurer une consigne, sur son montant et les questions que peuvent poser les modalités pratiques de son recouvrement et de sa restitution. Je vais maintenir mon amendement AS700 visant à supprimer les alinéas portant sur la consigne, mais je suis d'accord sur le fait que nous devons ouvrir le débat.

M. Pierre Dharréville. L'article 28 introduit la possibilité de prise en charge de certains dispositifs médicaux déjà utilisés et reconditionnés, notamment

les fauteuils roulants. Selon l'article, une liste limitative des dispositifs concernés serait déterminée par décret. Il conditionne cette prise en charge par l'assurance maladie au paiement par l'assuré d'une consigne qui ne pourrait faire l'objet d'aucun remboursement. Cela revient à faire peser une double peine sur les utilisateurs de fauteuils roulants et, plus largement, de tous les dispositifs médicaux susceptibles d'être concernés : outre le fait d'utiliser un matériel qui n'est pas neuf, ces personnes devraient payer une consigne qui ne serait pas prise en charge. C'est pourquoi, par notre amendement AS111, nous demandons la suppression de cette disposition.

M. Paul Christophe. Pour que les choses soient bien claires, je précise que lorsque je me suis exprimé tout à l'heure au sujet de l'article 28, je n'en ai pas contesté le bien-fondé ; j'ai seulement indiqué qu'il suscitait un ensemble de questions auxquelles il faut apporter des réponses. La consigne fait partie de ces questions, notamment en ce qu'elle est susceptible d'introduire une discrimination entre ceux qui peuvent la payer et les autres. On peut également s'interroger au sujet du marquage, car les dispositifs médicaux font souvent l'objet de marquages et d'adaptations spécifiques à la personne qui les utilise : dès lors, les matériels reconditionnés offriront-ils les mêmes garanties à l'utilisateur en termes de sécurité ? Pour toutes ces raisons, je souscris à la proposition de M. le rapporteur général, sous réserve que nous ayons le temps de la mettre en œuvre avant la séance publique.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Comme mon collègue Paul Christophe, je vais maintenir mon amendement AS487 en attendant que s'engage le débat sur la consigne – qui, en l'état actuel des choses, pose plus de questions qu'elle n'apporte de réponses.

M. Joël Aviragnet. Notre amendement AS786 vise à supprimer les alinéas de l'article 28 relatifs à la mise en place d'une consigne, car nous estimons que ce n'est vraiment pas le moment d'en rajouter. Tout le monde connaît la situation extrêmement dégradée de l'hôpital public dans son ensemble, et pas seulement des urgences – même M. le rapporteur général en convient. Nous en avons eu une illustration lorsque s'est posée la question de la non-compensation : un vote à ce sujet a été révélateur d'une certaine prise de conscience. La situation est encore aggravée par la difficulté d'accéder aux soins du fait du manque de médecins ; les Français sont excédés, et ce gouvernement persiste à agir sans tenir compte de cette réalité : on continue à abaisser le taux de l'ONDAM, la dette des hôpitaux augmente, tous les financements se trouvent réduits...

Franchement, on ne peut pas tout réduire à des considérations financières, il faut parfois aller voir ce qui se passe sur le terrain... Au sein de notre commission, nous devons refuser de nous coucher devant Bercy et éviter de donner aux Français de nouveaux motifs d'exaspération. Dans la situation que nous connaissons actuellement, certaines idées qui paraissent bonnes sur le papier n'auraient concrètement pour effet que d'exciter nos concitoyens : on voudrait

inciter encore plus de gens à retourner manifester sur les ronds-points qu'on ne s'y prendrait pas autrement !

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Chacun ici est parfaitement conscient de la situation : raison de plus pour éviter de nous jeter ce genre d'arguments à la figure...

M. le rapporteur général. Pour les mêmes raisons que celles évoquées précédemment, j'émet un avis défavorable à ces amendements et j'appelle à ce qu'ils soient retravaillés afin de pouvoir servir de base au débat en séance publique. En tout état de cause, le principe du reconditionnement me semble aller dans le bon sens.

M. Pierre Dharréville. Nous devons vraiment nous demander sur qui doit reposer le coût résultant du reconditionnement. À première vue, il va reposer sur les assurés sociaux, qui ne bénéficieront même pas d'une aide à la prise en charge, alors qu'il devrait revenir aux industriels de garantir le financement de la filière, le recyclage et la durabilité des matériaux mis en œuvre. Pour toutes ces raisons, je maintiens mon amendement.

La commission rejette l'amendement AS700.

Puis elle rejette les amendements identiques AS111, AS154, AS487 et AS786.

Elle passe alors à l'examen, en discussion commune, de l'amendement AS43 de Mme Marine Brenier ainsi que des amendements identiques AS155 de M. Paul Christophe et AS468 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Marine Brenier. L'amendement AS43 est défendu.

M. Paul Christophe. En matière de dispositifs médicaux comme sur bien d'autres sujets, le respect du libre choix des personnes est essentiel. L'amendement AS155 a pour objet d'éviter que les personnes concernées puissent se voir imposer le choix d'un dispositif médical faisant l'objet d'une remise en état, et même qu'elles subissent des pressions en ce sens. C'est un vrai sujet, auquel nous ne pouvons nous dispenser de réfléchir.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'alinéa 47 de l'article 28 ne porte pas tant sur le principe même de la consigne que sur la nécessité de garantir le libre choix de la personne en la matière. J'estime important d'écrire dans le texte que personne ne sera obligé de choisir un matériel remis en état plutôt qu'un matériel neuf : tel est l'objet de l'amendement AS468.

M. le rapporteur général. J'ai déjà répondu au sujet de la consigne.

Pour ce qui est du libre choix, c'est compliqué, car cela reviendrait à réduire à néant le dispositif prévu par le texte... Si vous dites à une personne qu'elle a le choix entre un fauteuil roulant flambant neuf et un autre reconditionné

et remis aux normes, que croyez-vous qu'elle choisisse, à moins d'avoir des convictions très ancrées en la matière ? Je suis défavorable à ces amendements visant à garantir le libre choix car, si ce principe était posé, cela reviendrait à reconnaître qu'il n'y a pas de place dans notre pays pour le matériel reconditionné. Or je maintiens que si, qu'il est possible de prévoir la mise en place d'une filière dédiée, sous réserve de revoir l'écriture des dispositions correspondantes.

La commission rejette l'amendement AS43.

Puis elle rejette les amendements identiques AS155 et AS468.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS862 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. L'amendement vise à ce que les personnes touchées par un handicap permanent, tout en s'engageant à restituer le matériel, ne soient pas soumises à l'obligation de consignation.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS45 de Mme Marine Brenier.

Mme Marine Brenier. Cet amendement rédactionnel a pour but de renforcer l'information donnée aux usagers au sujet des dispositifs médicaux qu'ils utilisent – certains d'entre eux ont en effet rencontré des difficultés causées par ces dispositifs.

M. le rapporteur général. Je donnerai tout à l'heure un avis favorable à un amendement visant à renforcer la sécurité sanitaire des dispositifs médicaux. Je n'en dis pas plus pour le moment – pardon pour le *teasing* –, mais, dans l'immédiat, j'émetts un avis défavorable à cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS863 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Je retire l'amendement AS863, qui me paraît similaire à celui qui vient d'être rejeté.

L'amendement AS863 est retiré.

Puis la commission examine l'amendement AS611 de M. Jean-Hugues Ratenon.

M. Jean-Hugues Ratenon. L'amendement résulte d'une proposition de l'observatoire de la transparence dans les politiques du médicament, visant à concrétiser la résolution sur la transparence prise par la France en mai dernier à l'OMS. La mise en place d'une telle transparence permettra de documenter

l'illégitimité des prix des médicaments et donc de gagner en puissance dans les négociations avec les industriels.

Cet amendement propose justement de rappeler la possibilité de la licence d'office pour faire baisser ces prix. En effet, en cas de surcoût pour l'assurance maladie et d'impossibilité à obtenir des informations sur le financement du développement du produit de santé par le fabricant, la possibilité de recourir à la licence d'office et à une version générique doit être systématiquement prise en considération.

M. le rapporteur général. Il existe déjà suffisamment de mécanismes de nature à permettre au Comité économique des produits de santé (CEPS) de fixer directement des prix en cas d'échec des négociations, et ces mécanismes ont d'ailleurs été renforcés l'année dernière, à l'issue d'un débat. Je suis donc défavorable à l'amendement.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS610 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. À plusieurs reprises, l'article 28 fait référence au « surcoût non justifié pour l'assurance maladie » en matière de prix du médicament et des dispositifs médicaux. Ce surcoût ne pouvant être analysé qu'au regard des informations précitées qui doivent donc être systématiquement disponibles publiquement, l'amendement vise à ce que les informations sur le financement, détaillé ligne par ligne, de la recherche et du développement du produit de santé, mais aussi sur le montant de la contribution publique, sur les brevets liés au produit de santé et sur la provenance des principes actifs et leur prix dans les autres pays, soient à disposition.

M. le rapporteur général. Nous avons déjà débattu de cet amendement l'année dernière. Comme je vous l'avais dit, je le trouve intéressant et j'en ai donc parlé cette année au CEPS lors de son audition. Malheureusement, cette proposition serait très compliquée, sinon quasiment impossible à mettre en œuvre pour les médicaments : il faudrait remonter jusqu'à la bourse de recherche attribuée au chercheur qui a découvert telle ou telle molécule. Or, c'est surtout pour les médicaments que votre proposition serait intéressante ; pour les dispositifs médicaux, cela me semble à la fois moins intéressant et très compliqué à mettre en place.

Je vous assure que nous avons passé beaucoup de temps en audition à essayer de trouver un moyen de mettre en œuvre cette proposition, mais cela semble bel et bien impossible, comme vous pourrez en obtenir confirmation auprès du CEPS si vous procédez vous-même à son audition.

Mme Caroline Fiat. Allons, monsieur le rapporteur général, impossible n'est pas français ! Quand on veut, on peut... Je maintiens mon amendement.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS254 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Les alinéas 63 à 69 de l'article 28 prévoient des dispositions imposant à tout exploitant ou fournisseur de distributeurs au détail de produits et prestations inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables de déclarer au CEPS le prix de vente de chaque produit ou prestation, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, ce qui revient à s'auto-incriminer. L'amendement AS254 vise à supprimer cette obligation de s'auto-incriminer, mais je souhaite surtout que vous nous fassiez part de votre avis sur ce point, monsieur le rapporteur.

M. le rapporteur général. L'article 28 prévoit une obligation de déclaration des prix de vente par les exploitants et fournisseurs aux distributeurs en détail, similaire à celle existant pour les médicaments. Le CEPS a besoin de cette disposition afin de pouvoir disposer d'informations sur le marché et sur la répartition de la valeur ajoutée entre fabricants, par exemple – car le dispositif médical payé par un établissement ou un consommateur est parfois très éloigné du prix auquel le distributeur l'a lui-même acheté au fabricant. C'est plutôt bien pour la filière que de telles informations puissent être connues ; c'est pourquoi je vous invite à retirer votre amendement, et émettrai à défaut un avis défavorable.

L'amendement AS254 est retiré.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS148 de M. Paul Christophe et AS359 de M. Bertrand Bouyx.

M. Paul Christophe. L'amendement AS148 vise à renforcer la transparence des données relatives à la vente des produits ou prestations par les exploitants ou les fournisseurs de distributeur au détail, en organisant la transmission d'informations par les représentants des exploitants ou fournisseurs de distributeurs au détail, que nous jugeons plus à même de s'acquitter de cette tâche que les pharmaciens.

Mme Carole Grandjean. L'amendement AS359 est défendu.

M. le rapporteur général. En le rendant optionnel, vous supprimez de fait le dispositif. Je souhaite donc le retrait de ces amendements, faute de quoi j'émettrai un avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette l'amendement AS61 de M. Paul Christophe.

Elle examine ensuite l'amendement AS253 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. L'article 28 prévoit que certains dispositifs médicaux puissent être remis en bon état d'usage et rend possible leur prise en charge par l'assurance maladie.

Si la mesure apparaît louable dans son intention, le mécanisme proposé laisse en suspens de nombreux points d'interrogation sur la façon dont il s'articule avec d'autres dispositions en vigueur, ce qui n'est pas acceptable compte tenu des enjeux de sécurité sanitaire – notamment lorsque la remise en état est effectuée par un organisme tiers aux fabricants – et de responsabilité qui en découlent. Il convient également de se demander quels sont les risques, en termes de soins et de qualité de vie, pour le patient bénéficiant d'un dispositif non neuf ; or ce n'est à aucun moment mentionné.

La mesure ne précisant pas le champ des produits pouvant être concernés, dans l'attente d'une concertation sur ce sujet avec l'ensemble des acteurs de la chaîne permettant de faire un état des lieux de l'existant et d'explorer les mesures qu'il conviendrait de prendre, l'amendement vise à supprimer la mesure visée.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie des amendements identiques AS44 de Mme Marine Brenier, AS156 de M. Paul Christophe, AS174 de M. Gilles Lurton, AS330 de Mme Jeanine Dubié, AS420 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS864 de M. Joël Aviragnet.

Mme Marine Brenier. L'amendement AS44 est défendu.

M. Paul Christophe. L'amendement AS156 également.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS174 vise à remplacer les mots « peut être » par le mot « est » afin de garantir le meilleur état d'usage des dispositifs médicaux, notamment parce que les dispositifs médicaux visés par ces dispositions sont utilisés par des personnes particulièrement fragiles, en situation de handicap, d'un âge avancé ou souffrant de maladies chroniques.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS330 vise à garantir le meilleur état d'usage possible des dispositifs médicaux, en indiquant que la réalisation de la remise en bon état d'usage doit toujours être subordonnée au respect des critères de qualité et de sécurité sanitaire d'emploi du dispositif médical et à une procédure d'homologation. En d'autres termes, il s'agit d'instaurer une obligation qui s'appliquera concrètement.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'amendement AS420 est rédactionnel...

M. Joël Aviragnet. L'amendement AS864 est défendu.

M. le rapporteur général. Parce que « est » vaut toujours mieux que « peut être », je dis un grand oui à ces amendements !

La commission adopte les amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS251 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. L'amendement AS251 propose de fixer la date d'application du codage individuel des dispositifs médicaux inscrits sous description générique au 1^{er} juillet 2020. Les codes LPP actuels et les codes individuels pourront ainsi coexister jusqu'à cette date.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 28 modifié.

4. Réunion du mercredi 16 octobre 2019 à 15 heures (après l'article 28 à article 64 inclus)

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.8254318_5da7125f2a46d.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2020-su-16-octobre-2019

Après l'article 28

La commission examine les amendements identiques AS772 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS983 de M. Paul Christophe.

M. Francis Vercamer. Ces amendements identiques seront excellemment défendus par mon collègue M. Christophe...

M. Paul Christophe. Je me dois de répondre à l'injonction de M. Vercamer...

Ces amendements tendent à appliquer les enseignements du rapport de Franck Von Lennep, Dominique Polton et Bernard Bégaud sur les données de vie réelle, remis à la ministre de la santé en décembre 2017. Au-delà de l'intégration d'une évaluation des médicaments innovants sur la base de ce recueil de données de santé en vraie vie dans le but d'affiner la mesure de l'efficacité des traitements à un niveau de personnalisation par stratégie thérapeutique et par patient, il importe de tirer les conséquences de cette évaluation dynamique sur le plan de la tarification des médicaments.

Lors des débats en séance publique relatifs au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2019 à l'Assemblée nationale, le 18 octobre 2018, la ministre de la santé avait affirmé souscrire aux conclusions du rapport sur

l'évaluation par les données de vie réelle, mais elle estimait prématurée la transition vers des accords de prix différenciés qui en résultait. Ces amendements visent donc à passer de la politique traditionnelle de fixation d'un prix de référence par le Comité économique des produits de santé (CEPS) à une pratique consistant à fixer un prix différencié sur la base de l'efficacité constatée en vie réelle pour chaque traitement. Pour permettre au CEPS de se préparer à cette transition vers une évaluation dynamique des médicaments innovants, l'amendement propose dans un premier temps d'intégrer les infrastructures de données de vie réelle existantes au Health Data Hub.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je me réjouis que vous souleviez cette question car elle est importante. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 prévoit déjà que le remboursement par l'assurance maladie des médicaments, des dispositifs médicaux et des prestations associées peut être conditionné à la transmission de données de vie réelle. Par ailleurs, la loi sur la santé de juillet 2019 a ouvert le champ du système national des données de santé à l'ensemble des données cliniques obtenues dans le cadre des soins remboursés par la sécurité sociale. On peut donc se donner un peu de temps avant d'aller plus loin, d'autant que les données auxquelles vous faites référence n'existent pas encore, et ne peuvent donc pas être exploitées par la Haute Autorité de santé. Pour ces raisons, je vous propose de retirer ces amendements.

M. Paul Christophe. Une fois de plus, je vais me laisser convaincre par M. Véran...

M. Francis Vercamer. Et moi aussi !

Les amendements sont retirés.

La commission examine ensuite l'amendement AS96 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Les investissements réalisés par les industries, notamment pour la recherche et développement et pour la production, peuvent être pris en compte dans la définition du prix des médicaments. Afin d'éviter que le contribuable ne paye deux fois – une première à travers le financement public de la recherche et développement biomédicale, une seconde dans le prix final élevé du médicament remboursé par l'assurance maladie –, il convient de prendre en compte, dans la définition du prix, les financements publics qui ont contribué à la mise au point d'un médicament. En effet, l'État contribue très largement, que ce soit de façon directe ou indirecte, au développement des médicaments arrivant sur le marché : d'abord, par le financement d'un système d'enseignement supérieur d'excellence, formant les scientifiques et chercheurs ; ensuite, par l'octroi de subventions aux entreprises telles que le crédit d'impôt recherche, le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi, ou encore le crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires ; enfin, par l'investissement dans la recherche publique et le

partage des découvertes scientifiques. Cet amendement vise donc à compléter les critères de détermination des prix, à nos yeux insuffisants.

M. le rapporteur général. J'ai répondu tout à l'heure, juste avant la pause déjeuner, à propos d'un amendement similaire qui émanait du groupe La France insoumise, en expliquant que ce serait extrêmement compliqué, même si la démarche était intéressante. Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Nous trouverions pourtant notre compte à pousser plus loin la réflexion sur cette question, car il y a des points aveugles. On ne saurait se contenter, pour fixer le prix d'un médicament, de s'appuyer sur le service rendu : si l'on ne prend pas en compte les véritables coûts de production, on crée des niches à dividendes et, au bout du compte, c'est la sécurité sociale qui paie. D'ailleurs, les chiffres exorbitants des profits de Sanofi devraient nous conduire à nous interroger, d'autant plus qu'ils s'accompagnent de choix contestables. Ainsi, lorsque les industriels viennent discuter avec le CEPS, ils disent souvent : « Vous comprenez, cela nous a demandé beaucoup d'investissements dans la recherche, et il faut que nous puissions continuer à investir », alors même qu'ils ferment des laboratoires. Il y a un moment où, si on s'en tient au service attendu, on se fait avoir – l'État, les contribuables, tout le monde.

La commission rejette l'amendement.

Elle est alors saisie de l'amendement AS1022 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Cet amendement s'inspire des travaux de France Assos Santé. Une version différente en avait été déposée l'année dernière par les groupes de la Gauche démocrate et républicaine, Socialistes et apparentés et UDI, Agir & Indépendants, qui proposaient d'introduire une évaluation obligatoire du prix des médicaments tous les cinq ans. Comme je l'avais dit l'année dernière, cet amendement n'était pas adoptable dans la rédaction proposée, car il introduisait des délais susceptibles d'avoir des effets inverses de l'objectif escompté : il aurait pu permettre à certains laboratoires d'attendre cinq ans avant de réviser leurs prix, alors même que parfois le CEPS était amené à réviser annuellement le prix de certains médicaments, y compris à la baisse. Je vous propose donc une rédaction différente, qui permet une révision systématique, quoi qu'il arrive, cinq ans après la première inscription du médicament au remboursement, mais sans préjudice des dispositions réglementaires ou conventionnelles qui peuvent conduire à tout moment à une révision des conditions de prix du produit. Cela veut dire que le CEPS conservera toute latitude et toute légitimité pour réviser quand il le souhaite le prix des médicaments ; mais, quoi qu'il arrive, celui-ci devra être révisé au bout de cinq ans. J'appelle votre attention sur le fait que certains médicaments ne voient pas leur prix révisé pendant plus d'une décennie, voire deux.

J'en profite pour indiquer que plusieurs amendements visant à introduire dans le CEPS un représentant des usagers avec voix délibérative avaient été déposés. Ces amendements émanaient de différents groupes politiques, et j'en avais moi-même rédigé un, mais ils ont été considérés comme irrecevables au titre de l'article 40 de la Constitution – comme quoi cela arrive aussi à des rapporteurs vigilants. Le débat sur la question est ancien. Je m'étais laissé convaincre de faire entrer un représentant des usagers avec voix délibérative, pour que ces derniers ne soient pas simplement observateurs, mais qu'ils soient aussi amenés à participer aux décisions. Ces amendements avaient réussi à passer sous les fourches caudines de l'article 40 l'année dernière, mais pas cette année ; c'est ainsi. Nous ne pouvons donc pas avoir de débat sur la question, et j'en suis désolé.

La commission adopte l'amendement.

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS121 de M. Pierre Dharréville et AS586 de Mme Ericka Bareigts.

M. Pierre Dharréville. Dans son rapport de septembre 2017 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes recommandait de renforcer le dispositif de révision du prix des médicaments en France. En effet, si les critères de révision sont définis depuis la LFSS 2017, il n'existe pas d'obligation de procéder à cette révision. L'amendement AS121 s'inscrit dans la logique de l'amendement précédent de M. Véran.

M. le rapporteur général. En effet !

M. Pierre Dharréville. J'en resterai donc là.

Mme Gisèle Biémouret. Je retire l'amendement AS586.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Monsieur Dharréville, en faites-vous de même pour le vôtre ?

M. Pierre Dharréville. Oui, madame la présidente, et je vais réfléchir à cosigner celui de M. Véran en vue de la séance...

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Ce serait très fort !

M. le rapporteur général. Cela va faire jaser...

Les amendements sont retirés.

Puis la commission examine, en discussion commune, les amendements AS32 de M. Paul Christophe et AS584 de Mme Ericka Bareigts.

M. Paul Christophe. La rénovation prochaine de l'accord-cadre sur les dispositifs médicaux va permettre de structurer la vie conventionnelle du secteur en donnant davantage de transparence au fonctionnement du système et en permettant l'introduction de nouveaux mécanismes complémentaires de régulation

fondés sur une approche de maîtrise médicalisée et de pertinence des soins. Les objectifs à atteindre pour ce nouvel accord-cadre doivent ainsi s'inscrire clairement dans la lignée des orientations données par le Président de la République dans le cadre de la réforme « Ma Santé 2022 ». Toutefois, ces objectifs ne pourront être atteints si l'on ne donne pas explicitement au CEPS, dans la loi, la mission de réaliser des économies structurelles reposant sur une maîtrise médicalisée des dépenses à travers les négociations avec les fabricants ou les prestataires de services à domicile, et ce en lien étroit avec la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM). Aussi l'amendement AS32 a-t-il pour objet de doter formellement le CEPS de cette compétence.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement AS584 vise à prendre en compte les investissements publics. Actuellement, les investissements réalisés par les industries, notamment pour la recherche et développement et pour la production, peuvent être pris en compte dans la redéfinition du prix, selon l'article du 18 de l'accord-cadre du 31 décembre 2015 entre le CEPS et Les Entreprises du médicament. Cet amendement propose, réciproquement, de prendre également en compte les investissements réalisés par l'État. Cela permettrait de faire en sorte que le prix du médicament soit fixé de manière plus juste.

M. le rapporteur général. Le CEPS ne saurait avoir vocation à faire de la maîtrise médicalisée ; il a énormément de travail et ne dispose d'ores et déjà que de cinq équivalents temps plein travaillé pour gérer 6 milliards d'euros de chiffre d'affaires. La mission supplémentaire que vous souhaitez lui confier, monsieur Christophe, est effectuée par l'assurance maladie, guidée par la Haute Autorité de santé (HAS). Avis défavorable.

Quant à la prise en compte de la R & D publique, nous avons déjà eu le débat. Encore une fois, j'y suis très favorable sur le principe, car il est effectivement tout à fait rageant de voir que certains médicaments innovants, ayant bénéficié de la recherche publique, sont commercialisés à un prix exorbitant, par exemple à la suite d'une succession d'OPA de gros groupes sur de petites start-up, notamment dans la génomique. Nous avons eu un cas emblématique cette année, dans le domaine de la thérapie génique : après un développement public à travers le Généthon, une thérapie a été commercialisée au prix de 2 millions d'euros pour le patient. Cela dit, il faut savoir que ce critère ne pourrait pas, de toute façon, être déterminant dans la négociation conventionnelle avec le CEPS. Par ailleurs, cela obligerait à remonter très loin : comme je le disais tout à l'heure, il faudrait inclure dans la recherche publique la bourse du thésard qui a participé à l'étude de preuve de concept. Autrement dit, ce serait extrêmement compliqué. Il n'en demeure pas moins qu'il faudra probablement faire évoluer le dispositif pour une meilleure prise en compte de cet aspect, ou encore pour rendre davantage publique la participation à la R & D.

Cela dit, en l'état, l'amendement ne tourne pas ; je le regrette. Je propose à ses auteurs de bien vouloir le retirer. À défaut, avis défavorable.

Mme Gisèle Biémouret. Je maintiens l'amendement AS584, car Mme Bareigts n'est pas là.

M. Paul Christophe. Je maintiens moi aussi l'AS32.

M. Pierre Dharréville. J'entends bien, monsieur le rapporteur général : vous constatez des problèmes, comme je peux le faire moi-même. La question mérite vraiment, me semble-t-il, que nous menions une réflexion.

M. le rapporteur général. Bien sûr !

M. Pierre Dharréville. C'est aussi pour cela que nous avons proposé de réfléchir à la création d'un pôle public du médicament : cela ne réglerait pas tous les problèmes, mais ce serait un moyen d'intervention dont nous ne disposons pas actuellement.

Par ailleurs, je voudrais rappeler que, dans mon souvenir, la Cour des comptes avait souligné la faiblesse des effectifs du CEPS au regard des missions qui lui incombent. J'ai dit ce que je pensais du rôle confié au CEPS mais, de fait, au-delà de ces considérations, il ne dispose pas d'effectifs suffisants pour y faire face. Or le contrôle des prix est quand même un enjeu important. Je ne sais pas de quelle façon il serait possible d'intervenir – au-delà de ce que nous proposons dans nos amendements –, mais c'est un enjeu important.

La commission rejette successivement les amendements.

Article 29

Prise en charge de médicaments particuliers

La commission examine les amendements identiques AS19 de M. Gilles Lurton, AS170 de M. Ian Boucard, AS306 de Mme Béatrice Descamps et AS618 de M. Paul Molac.

M. Gilles Lurton. L'alinéa 10 de l'article 29 prévoit de supprimer l'article L. 5125-23-3 du code de la santé publique, lequel dispose : « *Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 5125-23, le pharmacien peut délivrer, par substitution au médicament biologique prescrit, un médicament biologique similaire* », dès lors qu'un certain nombre de conditions, énumérées par la suite, sont remplies. Les modalités d'application de l'article, « *notamment les conditions de substitution du médicament biologique et d'information du prescripteur à l'occasion de cette substitution de nature à assurer la continuité du traitement avec le même médicament, sont précisées par décret en Conseil d'État* ». Dès lors, je considère que l'alinéa 10 déboucherait sur une absence de cadre réglementaire clair, préjudiciable pour tout le monde. C'est pourquoi je vous propose de supprimer l'alinéa 10.

M. Alain Ramadier. L'amendement AS170, dont le premier signataire est notre collègue Ian Boucard, s'appuie sur les mêmes arguments ; il est défendu.

M. Francis Vercamer. Comme ceux de mes collègues, notre amendement AS306 vise à clarifier le cadre réglementaire de la substitution des médicaments biologiques.

M. Philippe Vigier. L'amendement AS618 est lui aussi défendu.

M. le rapporteur général. C'est une question complexe. Comme les auteurs de ces amendements, je souhaite que les médicaments biosimilaires se développent par tous les moyens, et je fais confiance aux pharmaciens pour prendre les bonnes décisions. Cela étant, je suis aussi un peu pragmatique. Or j'observe que, depuis 2016 et le vote de la disposition visée, il n'a pas été possible de sortir un décret car c'est très compliqué. De fait, il y a des oppositions nombreuses dans le corps médical, mais aussi parmi les usagers de santé, qui sont extrêmement inquiets parce qu'un biosimilaire, ce n'est évidemment pas comme un générique : quand on change de type de produit, des fluctuations dans les doses, mais aussi dans la tolérance, sont beaucoup plus importantes ; cela pose beaucoup de difficultés. En revanche, le travail sur les biosimilaires n'est pas abandonné puisque, à l'article 43, une expérimentation encourage leur prescription à l'hôpital : il s'agit à la fois de lever les réticences des patients et de garantir des conditions de sécurité adéquates. À regret, j'émet un avis défavorable – à regret, parce que je partage l'idée selon laquelle il aurait été préférable de poursuivre sur la voie ouverte en 2016 ; mais, trois ans plus tard, force est de constater que nous ne sommes pas en état de le faire.

La commission rejette les amendements.

Elle est alors saisie des amendements identiques AS316 de M. Gilles Lurton et AS415 de M. Jean-Pierre Door.

M. Gilles Lurton. Le prix de vente au public des médicaments est fixé par convention entre l'entreprise et le CEPS en prenant en considération divers critères, dont l'amélioration du service médical rendu, les résultats de l'évaluation médico-économique, le volume de vente prévu ou constaté, ainsi que les conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament. Mon amendement AS316 vise à aborder la question de la place du patient dans le système de santé, ce qui me paraît particulièrement important, voire essentiel. Il propose d'introduire la qualité et l'expérience du patient comme critère de fixation du prix du médicament. Ce nouveau critère, dénommé « intérêt qualité patient », est inspiré du critère d'intérêt de santé publique mis en place par la HAS pour évaluer l'amélioration du service médical rendu.

M. Jean-Pierre Door. L'amendement AS415 est défendu.

M. le rapporteur général. Pendant votre présentation, monsieur Lurton, je me demandais à quoi pouvait correspondre la qualité de l'expérience du patient, s'agissant d'un médicament... Déterminer le prix d'un médicament en fonction de ce critère, j'avoue ne pas voir comment cela peut se faire. Avis défavorable, mais je veux bien que nous en parlions ultérieurement, si vous le souhaitez.

La commission rejette les amendements.

Ensuite de quoi elle examine l'amendement AS280 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Les médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique sont ceux qui sont utilisés exclusivement dans les établissements de santé et collectivités. Leurs conditions d'achat sont définies par les règles de la commande publique ou par le code de commerce. Le contrôle des dépenses associées à ces produits est à ce jour assuré par la concurrence, dans le cadre des marchés publics, ainsi que par le contrôle des dépenses des hôpitaux et les mesures d'optimisation de leurs achats.

La fixation unilatérale d'un prix maximal de vente aux établissements pour ces produits, comme le propose le projet de loi, alors que la fixation des prix des produits remboursables repose soit sur la définition de marchés publics soit sur des négociations conventionnelles, n'ajouterait aucune protection financière pour l'assurance maladie ; en revanche, elle comporte le risque de limiter l'accès à ces produits, en particulier dans le cas où le prix fixé serait incompatible avec les problématiques industrielles. L'assimilation du caractère coûteux d'un produit à un surcoût non justifié est par ailleurs hasardeuse. Si la mesure devait être conservée, il conviendrait de s'assurer que la fixation des prix intervenant dans ce cadre demeure dans le domaine conventionnel.

M. le rapporteur général. Dix produits sont concernés, monsieur Christophe. Ils sont, de fait, en situation de quasi-monopole dans le cadre de la distribution hospitalière, et leur prix a flambé, augmentant parfois de plus de 400 % d'une année sur l'autre, alors qu'ils sont déjà commercialisés. Face à cette situation, les établissements se trouvent dépourvus. La disposition, exceptionnelle, vise à répondre à une situation tout aussi exceptionnelle. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle est alors saisie de l'amendement AS278 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. L'article 29 vise à instaurer une régulation des achats qui étaient jusqu'à présent gérés par les établissements de santé. Le nombre de produits concernés est extrêmement important et un tel dispositif ne se justifie que pour des produits dont le prix d'achat élevé a un réel impact sur les finances hospitalières. Aussi est-il proposé de fixer un seuil de prix en dessous duquel cette mesure ne peut s'appliquer.

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

La commission adopte ensuite l'amendement de précision AS1027 du rapporteur général.

Elle en arrive alors à l'amendement AS578 de M. Pierre Dharréville.

M. Alain Bruneel. Cet amendement propose de rendre publiques les conventions signées par le CEPS avec l'industrie pharmaceutique, y compris pour ce qui touche aux remises accordées. Actuellement, seul le prix facial des médicaments est publié au *Journal officiel* : les informations sur ce qui est réellement payé par le système de santé ne sont pas disponibles. Pourtant, les prix des produits de santé ont un impact direct sur l'accès aux soins des patients. L'absence de transparence en la matière est donc un problème démocratique et sanitaire. L'accès à une information complète, notamment sur les différences entre prix facial et prix réel à la suite de diverses remises – taux L, clauses et remises spécifiques, dispositifs alternatifs de conventions, contrats de performance, etc. – donnerait une image claire aux parlementaires et à la société civile des finances publiques et de la politique publique du médicament. Il s'agit donc, par cet amendement, d'organiser la transparence sur les prix et de renforcer notre démocratie en matière de questions de santé et d'accès aux soins par un renforcement du droit à l'information des citoyens.

M. le rapporteur général. Avis défavorable, comme pour les trois amendements suivants, qui traitent à peu près de la même question, ou en tout cas du même principe : en raison du secret des affaires, on ne peut pas rendre publics tous les résultats d'une négociation de prix entre un industriel et une autorité d'État qui va être amenée à le rembourser ; c'est absolument impossible.

J'ai dit tout à l'heure que j'étais favorable à l'introduction d'un représentant des usagers avec voix délibérative au sein du CEPS. Malheureusement, nous n'avons pas pu adopter cette disposition, tout au moins en commission – peut-être tenterons-nous à nouveau de le faire en séance, si l'article 40 le permet ; à défaut, ce sera pour l'année prochaine. Par ailleurs, le CEPS publie chaque année un rapport très détaillé qui précise notamment le montant global des remises accordées aux fabricants. Quand on s'intéresse à cette affaire de près, on y trouve déjà beaucoup d'informations. Cela dit, je doute que ce rapport soit beaucoup lu, parce qu'il est technique et fastidieux. Avis défavorable, ainsi qu'aux trois suivants.

La commission rejette l'amendement.

Puis la commission rejette successivement les amendements AS606 et AS599 de Mme Ericka Bareigts ainsi que l'amendement AS787 de M. Joël Aviragnet.

Enfin, la commission adopte l'article 29 modifié.

Après l'article 29

La commission examine l'amendement AS528 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il s'agit toujours des biosimilaires, qui pourraient être source de 300 millions d'euros d'économies – excusez du peu. Je suis d'avis qu'il faudrait repenser complètement la loi de 2016 : au bout de trois ans, le décret d'application n'a toujours pas été pris, ce qui montre bien qu'il y a un problème. Cela dit, nous ne pouvons pas nous passer de la possibilité d'une substitution par des biosimilaires. En la matière, perdre encore quelques années, ou même quelques mois, serait dommageable. Je propose donc que la substitution d'un groupe biologique similaire spécifique soit autorisée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) pour un certain groupe de produits. Nous pourrions ainsi gagner un peu de temps.

M. le rapporteur général. Même argumentation que tout à l'heure, madame Firmin Le Bodo – et par voie de conséquence, même avis : défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Cela représenterait pourtant une économie de 300 millions d'euros !

La commission rejette l'amendement.

Elle est alors saisie de l'amendement AS726 de M. Stéphane Viry.

M. Stéphane Viry. Cet amendement est dans la même veine que les précédents : il s'agit de chercher des économies tout en garantissant un traitement de qualité aux patients. Pour ce faire, je vous propose une simplification s'agissant de l'utilisation des médicaments biosimilaires. Je considère effectivement qu'il y a un certain nombre de blocages, peut-être culturels, et qu'il conviendrait de lever les freins au développement des médicaments biosimilaires en facilitant leur délivrance en officine, contrairement à ce qui se passe actuellement. Non seulement cela permettrait de favoriser l'accès à ces médicaments pour des patients, mais l'assurance maladie réaliserait des économies importantes – notre collègue Agnès Firmin Le Bodo vient d'avancer le chiffre de 300 millions d'euros.

La difficulté tient au fait que, depuis le 1^{er} janvier 2015, la prescription d'une spécialité pharmaceutique est obligatoirement exprimée selon la dénomination commune internationale (DCI). Le droit européen a toutefois, pour certains types de médicaments et uniquement dans le cadre de prescriptions transfrontalières établies à la demande du patient, rendu obligatoire, en plus de la DCI, la mention du nom de marque du médicament. Tout cela est bigrement compliqué et surabondant. Nous proposons donc, tout simplement, de supprimer un certain nombre de dispositifs afin de fluidifier la délivrance de ces médicaments, tout en renforçant la confiance des patients dans leur traitement.

M. le rapporteur général. C'est un amendement très malin... Mais si on l'adoptait, pour le coup, la question de la substitution par le pharmacien ne se poserait même plus, puisqu'il n'y aurait plus qu'un seul produit biosimilaire. Pour les mêmes raisons que celles que j'ai évoquées tout à l'heure à propos de la

modification de l'ordonnance et de la substitution, mon avis est nécessairement défavorable.

M. Stéphane Viry. Vous avez motivé votre réponse, monsieur le rapporteur, en relevant la malice de mon amendement.

M. le rapporteur général. Mais non, pas seulement !

M. Stéphane Viry. Si, vous l'avez dit.

M. le rapporteur général. C'était un compliment !

M. Stéphane Viry. Eh bien, je vous prends au mot, monsieur le rapporteur général : il me semble que, dans votre rôle de rapporteur général, quand il s'agit de mesures destinées à bénéficier à la collectivité nationale, à maîtriser les comptes sociaux et à améliorer les traitements thérapeutiques, la malice et l'audace doivent être de mise. Cherchez donc un autre raisonnement ; en attendant, je maintiens mon amendement.

M. Philippe Vigier. Je souhaiterais que le rapporteur général, au-delà de la malice qu'il a évoquée et des troubles occasionnés pour les patients, nous explique vraiment le fondement de son raisonnement. On ne peut pas expliquer à la représentation nationale qu'il faut faire des économies, qu'on a des difficultés à déployer de l'argent pour l'aide à domicile et pour les urgences, et puis, dès que se présente une possibilité d'en faire vraiment, qui plus est avec des produits ayant la même efficience, dire que ce n'est pas possible. Le traitement proposé est-il efficace ? C'est la seule chose qui doit nous importer – et nous rassembler. On se fiche de l'emballage. L'important, c'est le principe actif, c'est la DCI. À partir de là, je pense que le choix s'impose de lui-même ; ou alors, d'une certaine manière, on se fait complice d'un système.

Mme Stéphanie Rist. En tant que rhumatologue, je connais bien ces médicaments, dont l'efficacité est reconnue. Néanmoins, les patients se sont prononcés contre la possibilité de substitution, car les biosimilaires sont des traitements lourds. En outre, ayant plusieurs noms différents, ceux-ci sont susceptibles d'être modifiés tous les mois. D'ici à son examen en séance, nous devons améliorer ce texte en tenant compte des communautés professionnelles territoriales de santé et du rapport entre les établissements hospitaliers et les médecins de ville. L'ANSM a précisé dans son rapport que ces traitements posaient un réel problème de traçabilité.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Vous irez expliquer cela à l'AP-HP, qui utilise régulièrement et avec succès les biosimilaires ! Est-ce à dire que ce qui est possible à l'hôpital ne le serait pas en ville ?

M. le rapporteur général. Une mesure proposée à l'article 43 du présent PLFSS vise à encourager la prescription hospitalière de ces médicaments. De plus, certaines pratiques se situent en dehors du champ législatif : tel est le cas des

protocoles de la CNAM concernant les rhumatologues de ville, qui encouragent la prescription de biosimilaires. Plusieurs dispositifs, législatifs, réglementaires ou conventionnels, permettent ainsi d'encourager la prescription, le renouvellement et parfois l'échange de biosimilaires.

La raison pour laquelle la disposition législative ne trouve pas de décret n'est pas nouvelle. Déjà en 2014 –j'étais alors rapporteur du PLFSS – nous avons eu un débat particulièrement complexe à ce sujet.

M. Francis Vercamer. C'est un aveu !

M. le rapporteur général. Certes, j'ai contribué à introduire ce point dans la loi à cette époque, mais je vous explique aujourd'hui qu'il est inapplicable. Avoir une règle unique d'application permettant de substituer n'importe quels biosimilaires entre eux, dans toutes les pathologies et pour tous les patients, effraie ces derniers et mobilise une grande partie de la communauté scientifique. J'entends les propos des professionnels de santé, des agences sanitaires et des associations de patients, qui sont confrontés à ces sujets au quotidien : ils nous disent qu'un cadre trop général peut nuire à la distribution et à la répartition des biosimilaires. Nous avançons, et plutôt bien, sur cette question, mais une disposition trop générale risquerait de nuire au dispositif dans son ensemble. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS1003 de M. Belkhir Belhaddad.

M. Belkhir Belhaddad. Je suis très attaché aux évaluations. Celle que propose mon amendement concerne notamment les préparations homéopathiques.

La fin progressive de la prise en charge des médicaments et préparations homéopathiques a été décidée par voie réglementaire ; je ne conteste pas cette décision. En revanche, le choix du déremboursement de ces médicaments semble devoir aller au-delà d'une estimation scientifique du service médical rendu et appeler d'autres questions pareillement importantes : leur prescription massive par les médecins généralistes et les sages-femmes libérales, la moindre consommation d'antibiotiques et d'antidépresseurs qu'ils entraînent et le caractère marginal de leur prise en charge par l'assurance maladie – 0,29 % des dépenses liées au remboursement des médicaments. Le report massif des patients sur un traitement allopathique risquerait de multiplier les effets secondaires. Le présent amendement vise la production de rapports devant la représentation nationale, dès lors que les conditions de prise en charge par l'assurance maladie sont modifiées.

M. le rapporteur général. Vous demandez une preuve, mais nous avons inversé la charge de la preuve. En effet, dans le rapport de la HAS ayant conduit au déremboursement, la décision est motivée notamment par l'absence de démonstration de l'impact des médicaments homéopathiques sur la santé publique, en particulier s'agissant de leur intérêt dans la réduction de la consommation

d'autres médicaments. De plus, le recours à l'homéopathie n'induit pas de baisse des dépenses de santé ; par conséquent, la suppression du remboursement n'a aucune raison d'induire une hausse... Avis défavorable.

M. Belkhir Belhaddad. Je ne suis pas tout à fait convaincu par cet argument. Je vais retirer mon amendement, mais je souhaite que nous puissions intégrer cette évaluation dans le cadre du Printemps de l'évaluation.

Nous devrions plutôt nous attaquer aux dépenses les plus coûteuses pour la société ; vous connaissez à cet égard mon attachement à la pratique d'une activité physique adaptée pour accompagner les personnes en affection de longue durée, mais cela suppose d'investir des montants très importants, de l'ordre du milliard d'euros. Ne nous trompons pas de cible. C'est la raison pour laquelle je tiens à ce que l'impact du déremboursement des médicaments et préparations homéopathiques fasse l'objet d'une évaluation.

L'amendement est retiré.

La commission en vient à l'amendement AS721 de M. Véran.

M. le rapporteur général. Cet amendement vise à ouvrir une expérimentation de prise en charge de l'usage médical du cannabis. Dix-sept pays de l'Union européenne ont déjà autorisé cet usage sous différentes formes ; un certain nombre de pays, en dehors de l'Union européenne, l'ont déjà autorisé depuis longtemps. En 2014, la France a modifié le droit, de manière à permettre de commercialiser et d'accorder une autorisation de mise sur le marché (AMM) sous condition aux médicaments contenant des dérivés du cannabis. Outre les deux principaux dérivés, le cannabidiol (CBD) et le tétrahydrocannabinol (THC), d'autres dérivés peuvent également être intéressants du point de vue médical.

La possibilité de mener cette expérimentation découle directement des travaux d'une commission *ad hoc* de l'ANSM, qui s'est prononcée sans réserve en sa faveur. Cette expérimentation aurait une durée de deux ans ; si les résultats intermédiaires étaient excellents, il n'y aurait pas lieu de la poursuivre et elle pourrait alors être généralisée. L'expérimentation porterait sur 3 000 patients et, pour en assurer le cadrage, sur des indications particulières : les douleurs neuropathiques et les douleurs en lien avec les cancers ou certaines maladies neurologiques, comme la spasticité dans la sclérose en plaques. Cette expérimentation serait menée dans plusieurs centres hospitaliers, en particulier des centres de référence pour les pathologies concernées. Une prescription initiale hospitalière serait effectuée par un médecin spécialiste des disciplines concernées – neurologues et médecins de la douleur notamment –, ce qui permettrait de suivre en vie réelle l'effet positif et les éventuels effets indésirables de ces traitements sur les malades concernés.

L'ANSM s'est prononcée en faveur de modalités d'administration assez larges ; le cannabis pourrait ainsi prendre la forme de fleurs séchées, d'huiles et éventuellement de tisanes. Les différentes posologies pourront intégrer des

rapports entre CBD et THC très variables : le CBD est considéré comme ayant des vertus myorelaxantes, alors que le THC a des effets psychoactifs permettant de mieux supporter des états de douleur.

Je quitte quelques instants l'écharpe tricolore pour endosser ma blouse de praticien : en tant que neurologue au centre hospitalier universitaire (CHU) de Grenoble, je reçois en consultation des patients souffrant de douleurs neuropathiques. J'ai réalisé qu'ils ne tenaient le coup que grâce à la consommation clandestine de dérivés du cannabis, CBD ou THC. Cette consommation s'ajoute aux traitements que j'ai prescrits, quand ils ne les remplacent pas. Ces traitements, à base de produits morphiniques, d'antidépresseurs tricycliques, d'antiépileptiques et autres joyusetés, permettent à peine aux patients de supporter leurs douleurs et leur coupent généralement l'appétit ; et leurs effets indésirables n'ont rien à envier à ceux, potentiels, du cannabis.

Face à des patients qui vous déclarent que la consommation de dérivés de cannabis leur permet d'aller bien, on se sent très dépourvu lorsqu'on doit leur répondre que le cadre légal ne permet pas de leur en fournir. Plus précisément, la loi m'autorise à en prescrire ; mais les médicaments correspondant sont introuvables en France, ce qui contraint les patients à se rendre aux Pays-Bas, par exemple, avec leur ordonnance pour en acheter, au risque d'être arrêtés à la frontière. Heureusement, ils sont peu ou pas condamnés, en vertu d'une certaine tolérance. Toutefois, une telle situation est inadmissible et nous ne pouvons continuer à nous voiler la face. Ainsi, une femme de 67 ans souffrant d'un cancer métastasé avait témoigné à l'Assemblée nationale : elle cultivait un pied de marijuana sur sa terrasse, tremblant de peur à l'idée que la police intervienne... Bref, il y a encore beaucoup d'hypocrisie. Nous devons nous appuyer sur l'expertise des patients, dont certains sont consommateurs de cannabis depuis plusieurs années. C'est ce que nous ferons dans le cadre de cette expérimentation, que je vous propose d'adopter par le biais de cet amendement.

M. Jean-Pierre Door. Nous parlons de ce sujet depuis un certain temps, mais en restant très frileux et sans ouvrir le débat. À titre personnel, j'estime que nous pouvons soutenir cet amendement dès l'instant où il se limite à une expérimentation.

Nous connaissons les pathologies hyperalgiques, que nous ne parvenons pas à calmer, à moins de prescrire aux patients des opiacés, dont progressivement l'excès finit par entraîner des effets secondaires. Des pratiques telles que celles prévues dans l'expérimentation existent à l'étranger : pourquoi ne pas les expérimenter en France, d'autant qu'un décret de 2013 donne la possibilité d'utiliser le cannabis sous forme médicamenteuse.

Il est nécessaire d'ouvrir le débat et de lancer cette expérimentation.

M. Boris Vallaud. Quelles précautions la puissance publique pourrait-elle être amenée à prendre vis-à-vis de certains intérêts privés ? Je pense aux alcooliers

et aux cigarettiers, qui pourraient voir dans les brèches ouvertes par de telles expérimentations thérapeutiques l'occasion de se refaire, si vous me permettez cette expression. Si une manne existe, je préférerais qu'elle demeure autant que possible publique.

M. Adrien Quatennens. Au-delà de l'usage strictement médical du cannabis, la diabolisation et la sévère répression de son usage général en France empêchent de mener une véritable réflexion sur ce sujet. Qui plus est, cette spécificité française a montré sa totale inefficacité. Nous savons désormais que c'est d'abord le mode d'administration du cannabis qui constitue un danger : ainsi, fumer le cannabis est plus toxique que le produit lui-même, en particulier si celui-ci est administré par d'autres moyens tels que ceux évoqués par M. le rapporteur.

M. le rapporteur général. Des moyens prescrits sur ordonnance !

M. Adrien Quatennens. En France, des malades se procurent du cannabis sous une forme non médicamenteuse dans le circuit illégal, ce qui est très facile. Or ces produits ne font l'objet d'aucun contrôle de composition ou de qualité. Il est par conséquent nécessaire de légiférer à ce sujet. Ce faisant, comprenez que nous ouvrons évidemment une boîte de Pandore : dès lors que la consommation de cannabis à usage médical sera autorisée dans le cadre d'un circuit légal, se posera inévitablement la question de sa production. Avez-vous entamé une réflexion à ce sujet ?

Le groupe de La France insoumise soutiendra cet amendement.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Une mission d'information commune sera prochainement lancée à l'Assemblée nationale pour étudier les différents usages du cannabis. Cet amendement ne se limite qu'à une expérimentation.

M. Paul Christophe. Nous nous réjouissons que cette proposition n'ait pas eu à passer sous les fourches caudines de l'article 40 et n'ait pas non plus été considérée comme un cavalier, ce qui nous aurait privés de ce débat.

Notre groupe soutient cet amendement. Cela étant, il convient bien évidemment d'encadrer cette expérimentation et de faire preuve de vigilance. À cet égard, le terme « cannabis thérapeutique » n'est pas nécessairement le plus approprié ; nous y reviendrons certainement. Nous nous réjouissons que les conclusions du comité d'experts permettent de trouver une issue, sous la forme d'une expérimentation. Nous serons au rendez-vous pour la présentation de ses conclusions.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. À propos de l'utilisation du terme de cannabis, j'ai récemment vécu une expérience assez intéressante : alors que j'étais en déplacement dans un collège, on m'a gentiment soufflé que nous allions légaliser l'usage du cannabis... Je m'interroge donc sur l'utilisation des termes d'usage médical du cannabis : les gamins ne retiennent que le mot « cannabis »,

pas « usage médical »... Cela pose un petit problème de dénomination. Mais l'expérimentation n'est pas inintéressante en soi.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Cet amendement est intéressant d'un point de vue médical. Toutefois, la présidente l'a rappelé, une mission d'information commune est prévue à ce sujet : ne devrions-nous pas attendre ses conclusions avant de procéder à cette expérimentation ? Pour ma part, je m'abstiendrai, car, tout comme ma collègue Firmin Le Bodo, je m'interroge sur le message : comment expliquer tout à la fois que le cannabis présente un intérêt du point de vue médical et, aux jeunes, qu'il est mauvais pour eux ? Il va falloir travailler sur les termes et la communication, car ce double message est difficilement compréhensible par les jeunes.

M. Stéphane Viry. Il va de soi que, dans le cadre nos travaux, l'approche doit être médicale. Ces derniers mois, nous avons reçu des éléments d'information relatifs à l'impact thérapeutique de la prescription des substances issues du cannabis. J'accueille donc favorablement l'idée d'expérimenter, dans un cadre clair et précis et pour une durée limitée, la prescription et l'utilisation de cette substance, à deux réserves près.

La première touche à la précipitation. On l'a dit à plusieurs reprises, une mission d'information commune à ce sujet est prévue et nous apportera des éclaircissements. Sur un sujet aussi délicat, peut-être serait-il judicieux de surseoir quelque temps ?

Ma seconde réserve rejoint la préoccupation exprimée par notre collègue Quatennens : dès lors que le cannabis est prescrit, il doit être produit : *quid* de la fourniture ? Irons-nous vers une production d'État pour alimenter des laboratoires ? Intellectuellement, je peux accepter cet amendement, à ces réserves près. J'ai besoin d'avoir plus d'informations. La question de la production notamment est essentielle.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Je voterai en faveur de cet amendement. Néanmoins, nous devons en effet faire preuve de vigilance, notamment s'agissant de la transparence des lobbies liés à ces nouvelles formes thérapeutiques. À ce jour, la loi ne prévoit pas de transparence spécifique, puisque l'usage du cannabis n'est pas reconnu en France, mais nous devrions être amenés à légiférer prochainement. Le tabac est soumis à des règles de transparence, qui diffèrent de celles s'imposant aux alcooliers. Il serait judicieux d'anticiper les règles de transparence qui s'appliqueraient à ces produits, si cette expérimentation se concrétisait.

M. Alain Bruneel. Ce débat est intéressant, en particulier concernant la production. Toutefois, des patients consomment d'ores et déjà du cannabis sous forme non médicamenteuse, et cela leur procure véritable soulagement. Le rapport de confiance entre le patient et le médicament est central. La consommation illégale est une réalité : autant le faire légalement, d'autant qu'il suffit au patient

de passer la frontière pour en acheter. La proposition du rapporteur général devrait recueillir une large majorité. Au-delà, la question de la dépendance se pose, comme pour tout médicament : les patients qui ont d'ores et déjà recours au cannabis en deviennent dépendants, puisqu'ils l'utilisent régulièrement. Quoi qu'il en soit, je suis favorable à cette expérimentation, malgré les différentes questions qui ont été soulevées.

M. Jean-Carles Grelier. Je suis dubitatif. Je mesure bien l'opportunité politique qu'il y a à proposer une telle mesure au sein d'un PLFSS. Toutefois, n'étant pas médecin, j'admire les certitudes dont ont fait preuve certains de mes collègues quant au soulagement apporté par l'usage du cannabis, mais je ne peux ni les partager ni les contredire. Je note que M. le rapporteur, pour justifier son amendement, s'est cru obligé d'enlever son écharpe tricolore pour réenfiler sa blouse blanche de praticien... Les arguments médicaux sont parfaitement recevables, mais je ne sais pas les apprécier. Pour me prononcer, j'aurais besoin de disposer de davantage d'informations. Il serait judicieux d'attendre quelque temps, en particulier les résultats des travaux de la mission d'information commune évoquée par Mme la présidente. Ainsi, cet amendement pourrait réapparaître à l'occasion d'une discussion en seconde lecture du PLFSS, si nous disposions des rapports d'ici à cette échéance. Il est difficile de se prononcer sur le principe d'un cannabis thérapeutique en n'étant pas praticien. Pourquoi pas ? Mais pour pouvoir bien décider, encore faut-il être bien informé et je considère que tel n'est pas le cas aujourd'hui.

M. Philippe Vigier. Paul Christophe remarquait, non sans malice, que cet amendement avait franchi le cap de l'article 40. Pourtant, il est question dans l'exposé des motifs de coûts afférents à la mise en place de ce protocole thérapeutique.

Je ne suis pas opposé au principe de cette expérimentation. Cependant, la principale problématique est celle de la maîtrise de la production : envisagez-vous de recourir aux productions de pays voisins, dont les procédés de fabrication et le degré de pureté diffèrent ? Vous devez nous apporter davantage de précisions à ce sujet. Ainsi, vous évoquez les évaluations de toutes les étapes, à l'exception de celle-ci qui semble pourtant essentielle. Vous évoquez également l'autoproduction du cannabis et son acquisition dans des officines à l'étranger : ces pratiques seront-elles davantage prohibées ? Enfin, quelles sont les garanties pour le Parlement d'être au cœur de cette expérimentation ?

M. le rapporteur général. Voulez-vous y participer... ?

M. Adrien Quatennens. Comme la temporalité des rapports à venir, la sécurisation des patients ayant d'ores et déjà recours au cannabis de manière illégale est problématique. En effet, le cannabis produit dans le cadre du trafic, pour un usage non médical, est parfois coupé avec des produits hautement toxiques ou modifié pour en décupler les effets psychoactifs : en tout état de cause, il n'est pas adapté à un usage médical. Plus tôt cette expérimentation sera

autorisée, plus tôt des patients auront accès à un cannabis dont la qualité est contrôlée, au lieu d'un cannabis illégal dont le contenu est inconnu.

Mme Michèle Peyron. Pour ma part, et cela ne vous étonnera pas, je voterai des deux mains cet amendement. Je préfère qu'un patient qui souffre achète du cannabis thérapeutique plutôt que d'aller se fournir auprès d'un dealer. Cela étant, je partage les réserves qui ont été exprimées au sujet de l'appellation utilisée. En outre, différentes sécurisations pourront être apportées au cours de cette expérimentation, concernant la production et la vente du cannabis.

M. le rapporteur général. Dans le cadre de cette expérimentation, l'ANSM sera chargée de se procurer les quantités nécessaires de produit selon les dosages prévus. La distribution initiale se fera dans le cadre des pharmacies intra-hospitalières, sur ordonnance sécurisée et individualisée, issue de la prescription hospitalière d'un médecin spécialisé. Autrement dit, c'est ceinture et bretelles... Il n'y a pas d'association entre cette expérimentation et l'incitation à développer une filière de production de cannabis, fût-elle locale : on gèrera un cannabis considéré comme un médicament dans les pays desquels il sera issu. Au total, 3 000 malades sont concernés : nous sommes loin d'un réseau de patients qui s'échangeraient des sacs de cannabis dans le cadre d'un marché clandestin qui n'a pas besoin de cela pour se porter fort bien. En aucun cas l'incitation à la production ne constitue l'objet de cette expérimentation.

Concernant l'appellation, j'utilisais à l'origine celle de « cannabis thérapeutique ». L'Académie de pharmacie désapprouve cette appellation, davantage pour éviter l'usage du cannabis que pour des préoccupations de terminologie. Je propose donc de parler d'usage médical du cannabis. Si nous changeons à nouveau de formulation, autant cesser de parler des opiacés, de la codéine, de la morphine et de tous les produits de la pharmacopée française dont les effets indésirables sont beaucoup plus forts que ceux du cannabis. Souvenons-nous que la morphine a été développée pendant la guerre entre la France et la Prusse : auparavant, c'était de l'héroïne que l'on injectait aux soldats pour les soulager. Ses effets indésirables étant beaucoup trop forts, on l'a modifié chimiquement pour en faire de la morphine. De l'opium, on tire aussi la codéine, ce qui ne semble pas poser problème, alors même que nous sommes le pays champion de sa prescription... Sans parler des somnifères, hypnotiques et autres benzodiazépines, qui sont très répandus en France alors que les effets indésirables de ces molécules sont intenses. Il faut appeler un chat un chat : les enfants, les mineurs et les adolescents n'ont pas attendu que nous évoquions l'usage médical du cannabis pour s'intéresser, hélas ! à cette plante. Encore une fois, en tant que neurologue, je sais que les troubles du développement cérébral chez les consommateurs mineurs sont une autre paire de manches : soyez donc assurés de ma forte sensibilité à ce sujet.

La mission d'information parlementaire ira par ailleurs bien au-delà de l'usage médical du cannabis : elle traitera notamment de son usage récréatif et de la notion de bien-être. Je salue à cet égard, même s'ils ne sont pas tous

commissaires aux affaires sociales, plusieurs de nos collègues qui travaillent sur ces questions : Emmanuelle Fontaine-Domeizel, Michèle Peyron, qui est présente, Caroline Janvier, Jean-Baptiste Moreau et Ludovic Mendes. Leur démarche est cependant distincte du sujet dont nous débattons.

Il ne faut pas, au motif de l'existence de cette mission d'information, retarder l'expérimentation en question. Vous n'imaginez pas le nombre de personnes, de malades et de patients qui depuis que nous l'avons envisagée, et même auparavant, attendent de trouver enfin une solution à la prise en charge de leur douleur. Certains n'ont pas franchi le pas de l'automédication, faute de savoir quel type de molécule leur conviendrait, en l'absence totale tant de conseils que d'orientation ; d'autres vivent une situation insupportable de clandestinité qu'ils jugent injuste, alors que partout ailleurs, hors de nos frontières, ils seraient accompagnés médicalement.

Monsieur Grelier, vous avez abordé la question de l'information. Celle-ci, même si vous n'en disposez pas, existe : j'ai évoqué tout à l'heure le groupe d'experts mis en place le 28 juin dernier par la HAS. Des conclusions ont par ailleurs été rendues par l'ANSM. J'ai d'ailleurs été moi-même auditionné par ce groupe d'experts, composé de professeurs de médecine, de spécialistes de la douleur, de neurologues, d'oncologues et de cancérologues. Tous ont été unanimes à souhaiter que cette expérimentation puisse démarrer dans les meilleurs délais. Il faudra seulement prendre le temps de régler précisément la question de l'approvisionnement et de la formation, car chaque médecin qui prescrira du cannabis médical devra auparavant avoir reçu une formation continue spécifique : cette expérimentation pourra donc, je l'espère, débiter d'ici à la fin du premier semestre 2020. Je vous en conjure : pensez aux milliers de gens qui attendent, et soyez certains qu'il ne s'agit pas d'une voie d'entrée vers une autre forme de consommation de cannabis.

Monsieur Vallaud, j'ai refusé de rencontrer dans le cadre parlementaire les nombreux lobbies ainsi que les différents acteurs de ce secteur qui ont voulu saisir cette opportunité de se faire entendre, ce qui peut se comprendre.

Une étude de suivi en vie réelle sera en outre menée.

En définitive, la seule raison pour laquelle l'usage médical du cannabis n'est pas reconnu dans notre pays est qu'il est dans le domaine public et qu'aucun laboratoire pharmaceutique important n'avait donc intérêt à développer une recherche avant étude de mise sur le marché, hormis dans le cas de maladies de niche comme les épilepsies rares et réfractaires.

Rappelons enfin que le cannabis médical ne constitue pas la panacée ni une martingale, et que son usage ne marquera pas la fin des douleurs. Il ne soulagera pas tout le monde sans conditions et pour toutes les maladies, mais seulement dans le cadre d'indications et de dosages précis, avec des risques d'échec, mais aussi des possibilités de succès, en espérant que les succès seront les

plus nombreux possibles et que l'on pourra enfin apporter une réponse aux malades qui attendent de nous que nous leur apportions une solution.

Mme Brigitte Bourguignon, présidente. Absolument.

La commission adopte l'amendement.

Article 30

Sécurisation et imputation (pluriannuelle) des mesures de paiement des remises ATU/post ATU

La commission examine l'amendement AS819 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement porte sur les autorisations temporaires d'utilisation (ATU). Le groupe Socialistes et apparentés soutient bien évidemment les mesures visant à maîtriser et donc à sauvegarder le dispositif d'accès précoce aux médicaments spécifiques en France. L'ATU est néanmoins régulièrement utilisée par certains industriels comme un outil pour peser dans les négociations de prix. Les nouveaux critères d'octroi concernant les ATU nominatives risquent en outre de limiter l'accès à certains médicaments. Notre amendement vise donc tout simplement à mieux garantir la soutenabilité financière du dispositif ATU afin de permettre à nos concitoyens un meilleur accès aux médicaments innovants.

M. le rapporteur général. Cher collègue, votre amendement traduit à mon sens une légère confusion : il ne s'agit pas de renoncer à ces ATU nominatives, car elles peuvent être extrêmement utiles dans certains cas ponctuels, mais de réserver leur utilisation au cas où elles sont nécessaires et d'empêcher ainsi les abus de certains laboratoires.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS416 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Depuis un an, c'est-à-dire à partir du moment où l'on a pu faciliter leur inclusion en raccourcissant la procédure normale d'AMM, les ATU se sont améliorées. Si elle a permis de lancer plusieurs opérations, cette évolution a cependant suscité quelques critiques : l'ANSM décide de l'inclusion d'un produit dans la liste des ATU, tandis que la HAS l'évalue, à plusieurs mois de distance. D'où un manque de cohérence, qui peut poser difficulté. Mon amendement vise donc à instaurer une codécision entre l'ANSM et la HAS quant à l'utilité et à l'éligibilité d'un médicament sur la liste des ATU.

M. le rapporteur général. Monsieur Door, vous souhaitez que la HAS décide de la délivrance ou non des ATU aux côtés de l'ANSM. Mais l'ANSM est dans son rôle lorsqu'elle juge de la sécurité d'un médicament en vue de délivrer une AMM ou une ATU, alors que la HAS a pour mission d'évaluer un médicament du point de vue médico-économique ; or la question du coût d'un

médicament n'intervient qu'après. Je vous propose donc de retirer votre amendement ; à défaut, j'y serais défavorable.

La commission rejette l'amendement.

La commission est ensuite saisie des amendements identiques AS282 de M. Paul Christophe et AS705 M. Jean-Carles Grelier.

M. Paul Christophe. J'ai, depuis le début de mon mandat, axé – pour partie tout du moins – mon travail sur la mise à disposition des médicaments innovants. Si l'on observe que le délai de mise sur le marché avoisine encore, effectivement, 500 jours, ce qui me semble excessivement long, il existe ce dispositif dit des ATU, accordées avant les AMM. Mais on peut se retrouver obligé de prolonger exceptionnellement une ATU après une AMM, faute d'avoir pu se mettre d'accord sur un prix. Rappelons également que les ATU intéressent à peu près 10 % des patients concernés, ce qui permet également de raisonner en termes de perte de chances.

Mon amendement AS282 vise avant tout à vous sensibiliser sur le fait que, tel que proposée dans le texte, la fixation d'un montant indicatif reviendrait à permettre au CEPS de fixer un prix unilatéral des remises et pourrait dissuader les entreprises pharmaceutiques d'avoir recours au dispositif ATU et donc de retarder la mise à disposition des médicaments concernés, ce qui ne laisse pas de m'interroger.

Je rappelle également que nous avons il y a maintenant un an adopté une mesure instaurant des ATU avec des extensions d'indications ; un an plus tard, on n'est toujours pas capable de la mettre en place car deux arrêtés n'ont pas été pris. Peut-être pourriez-vous faire passer un message à cet égard, monsieur le rapporteur général ? Nous sommes véritablement dans l'attente de ces dispositions pour les cinq médicaments concernés.

M. Jean-Carles Grelier. Au mois de juillet 2018, le Premier ministre, devant le Conseil stratégique des industries de santé, s'était engagé à simplifier la procédure des ATU. Je fais appel aux souvenirs que vous avez pu garder de nos débats de l'an passé, tant en commission qu'en séance publique : tout le monde s'était alors plaint de l'extrême complexification des dispositifs ATU dans les textes produits par le ministère : sept pages parfaitement illisibles et incompréhensibles, y compris pour les premiers concernés.

Or nous sommes de nouveau en présence d'une mesure qui va complexifier encore un peu la procédure et qui traduit une sorte de défiance à l'égard des laboratoires ; or, s'ils ne sont pas, loin s'en faut, exempts de reproches, ceux-ci restent les principaux acteurs de l'innovation thérapeutique. Cette dimension ne doit pas non plus être négligée.

Mon amendement AS705, identique à celui de mon collègue Paul Christophe, tend à simplifier et à laisser de la place à la négociation

conventionnelle, et surtout à ne pas dissuader l'industrie pharmaceutique de s'engager dans ces processus d'innovation.

Nous parlions tout à l'heure des patients en attente de cannabis thérapeutique ; il y a aussi des patients pour lesquels le pronostic est fatal, sauf s'ils peuvent bénéficier d'un dispositif innovant. Les ATU le permettent aujourd'hui : simplifions donc le dispositif autant que faire se peut.

M. le rapporteur général. Tout d'abord, monsieur Christophe, le décret a été, même si cela a pris longtemps, publié cet été.

M. Paul Christophe. Oui, mais pas les arrêtés.

M. le rapporteur général. Cela va venir : tout vient à point à qui sait attendre, même si, en l'occurrence, il a fallu s'armer de patience. J'évoquais tout à l'heure le cas emblématique de ce médicament de thérapie génique à 2 millions d'euros : nous n'avons aucune envie que ce type de cas se multiplie, d'autant plus qu'il pourrait, pour les malades, constituer des freins en matière d'accès à certains traitements. Tout cela pèsera demain très, très lourd dans l'enveloppe médicamenteuse, et nous nous retrouverons tous, à l'occasion de l'examen d'un autre PLFSS, pour trouver des solutions visant à financer à la fois les anciens traitements et les nouveaux.

Si la prudence s'impose, cet article étend le nouveau mécanisme, adopté l'année dernière, applicable aux ATU nominatives. Je suis donc défavorable à ces deux amendements.

La commission rejette les amendements.

Elle examine ensuite les amendements AS227 et AS228 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Ces deux amendements visent tous deux à apporter quelques modifications techniques à l'alinéa 16.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette successivement les amendements.

Puis elle est saisie de l'amendement AS180 de M. Philippe Berta.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Les ATU permettent, dès lors que l'état de santé des patients le nécessite, d'accéder à un médicament avant qu'il ne soit mis sur le marché. Elles représentent donc, pour nos concitoyens atteints d'une maladie rare ou grave pour laquelle aucun traitement approprié n'existe sur le marché, une chance importante de bénéficier d'un accès précoce aux médicaments innovants.

Cet amendement vise à maintenir la possibilité d'ATU nominatives pour les nouvelles indications, dans la mesure où des repositionnements de molécules

sont actuellement à l'étude pour le traitement de plusieurs maladies rares et pourraient donc bénéficier à des patients actuellement en impasse thérapeutique.

Opportunité économique, ces ATU ne présentent pas, pour l'assurance maladie, de risque de dérapage dans la mesure où celle-ci dispose de moyens de contrôle : une enveloppe de 10 000 euros par patient et le reversement de la totalité de la différence avec le prix déterminé par le CEPS.

M. le rapporteur général. Chère collègue, je vous propose, pour les raisons évoquées tout à l'heure, de retirer votre amendement : les alinéas 17 et 18 apportent en effet deux précisions de bon sens permettant de mieux réguler la délivrance des ATU nominatives.

Mme Michèle de Vaucouleurs. S'agissant d'un amendement de mon collègue Philippe Berta, je le maintiens.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine les amendements AS1023 et AS1024 de M. le rapporteur général.

M. le rapporteur général. L'amendement AS1023 tend à supprimer l'alinéa 36, c'est-à-dire une disposition prévoyant une communication par le ministre chargé de la sécurité sociale du prix des ATU. Si cette disposition permettant de donner au laboratoire concerné une visibilité me semble intéressante, quelle est la valeur juridique d'une telle communication ? Est-il nécessaire de la mentionner dans la loi ? Cette mention pourrait même s'avérer contre-productive.

L'amendement AS1024 porte, lui, sur l'alinéa 42 et vise à combler un vide juridique portant sur l'application des dispositions relatives à la régulation des ATU nominatives aux ATU déposées avant le 1^{er} mars 2020 : il s'agit d'un amendement de précision.

La commission adopte successivement les amendements.

Enfin, elle adopte l'article 30 modifié.

Article 31

Transfert du financement de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et de l'Agence nationale de santé publique à l'assurance maladie

La commission est saisie de l'amendement de suppression AS946 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Non seulement le Gouvernement a décidé de ne plus compenser les exonérations sociales décidées par l'État, mais il transfère le

financement des agences dont les crédits étaient inscrits au budget général au budget de la sécurité sociale ! Si l'on peut éventuellement comprendre que l'ANSM pourrait être financée par cette dernière, l'Agence nationale de santé publique « Santé publique France », dont la mission se résume à la prévention, notamment du tabagisme chez les jeunes, n'a aucun rapport ni avec les cotisations sociales ni avec le travail – rappelons que la sécurité sociale est financée, de mémoire à hauteur de 61 %, par le travail ; le Gouvernement exagère quelque peu lorsque sa lutte contre le déficit du budget de l'État l'amène à faire supporter le financement de ces agences par celui de la sécurité sociale... C'est la raison pour laquelle je propose, par cet amendement, la suppression de l'article 31.

M. le rapporteur général. Je suis défavorable à la suppression de cet article qui vise à transférer le financement de l'ANSM et de l'ANSP de l'État à l'assurance maladie, dans la mesure où ce transfert s'accompagne en effet d'un transfert de fonds qui le rendra totalement indolore.

M. Jean-Carles Grelier. J'abonde dans le sens de notre collègue Francis Vercamer. Je copréside, avec notre collègue Cyrille Isaac-Sibille, le groupe d'études « Prévention santé » ; or nous nous sommes aperçus au cours de nos travaux que se faisait jour, en matière de prévention et d'éducation à la santé, une véritable problématique de gouvernance. Peut-être une évolution logique conduira-t-elle un jour Santé publique France à travailler de façon interministérielle afin de pouvoir gérer, contrôler et animer l'ensemble des réseaux de prévention et d'éducation à la santé gérés par les différents ministères ; dans une telle perspective, faire financer cet opérateur par l'assurance maladie paraît quelque peu surprenant : je livre ces éléments de réflexion à votre sagacité.

M. Philippe Vigier. J'apporte également mon soutien à Francis Vercamer.

Je ne comprends pas pourquoi nous avons tout à l'heure rejeté – malheureusement – un amendement qui nous aurait permis de réaliser 300 millions d'euros d'économies et d'améliorer ainsi l'efficacité de la sécurité sociale, puis adopté un autre qui nous embarque, nonobstant l'intérêt qu'elle présente, dans une expérimentation massive des produits dérivés du cannabis dans le cadre de certaines pathologies, sans en connaître véritablement la dimension financière.

Il s'agit en l'espèce d'un transfert pur et simple, alors même que les politiques de prévention ne relèvent par définition pas de la sécurité sociale, mais de politiques régaliennes qui ne procèdent que de l'État. Chacun répète à l'envi que les sommes consacrées à la prévention représentent autant d'économies à l'avenir en traitements curatifs : un tel amalgame ne me semble donc pas de bon aloi, car l'on voit bien que toute cette manœuvre n'a d'autres buts que de masquer quelques économies. C'est dommage, car ce sera en fin de compte autant de crédits en moins pour l'assurance maladie, dans la mesure où nous restons à enveloppe budgétaire quasi constante : même si l'objectif national de dépenses

d'assurance maladie (ONDAM) baisse, le compte n'y sera pas dans certains secteurs.

M. Pierre Dharréville. L'article 31 pose une question de fond : pourquoi cette disposition ? Pour l'instant, la seule réponse que l'on nous donne est la suivante : parce que nous voulons simplifier le financement de ces agences, etc. Or on voit très bien qu'à travers ce transfert, c'est la raison d'être de ces deux agences que l'on cherche à modifier, et peut-être, pour partie, celle de la sécurité sociale.

Une telle évolution nous renvoie à la discussion que nous avons eue au tout début de l'examen de ce projet de loi, c'est-à-dire à la question : quel est le partage des tâches ? Elle se pose en l'occurrence pour ces deux agences, la première chargée de la sécurité du médicament, la seconde, Santé publique France, de fonctions de contrôle et de prévention - au nom de la puissance publique, car elles sont des outils de l'État, et non de la sécurité sociale.

Quelle logique d'organisation de ces différents acteurs sous-tend cette proposition ? Je crois la comprendre, mais je ne suis pas sûr que cela me convienne... Le sujet mérite un débat de fond, qui aille au-delà d'une simple affaire de tuyauterie.

Enfin, si se peut évidemment qu'à terme, dans la mesure où le financement de ces agences s'avère d'ores et déjà insuffisant, on fasse supporter à la sécurité sociale des charges supplémentaires - ce qui alimentera un débat que nous avons déjà eu.

M. le rapporteur général. Cela n'arrivera pas...

M. Joël Aviragnet. J'irai dans le même sens : le fait que ce transfert s'accompagnera d'un transfert de fonds correspondant ne saurait constituer en soi une réponse satisfaisante. Vous ne manquerez pas de nous expliquer, monsieur le rapporteur général, qu'il n'est pas possible de procéder autrement en application du principe de l'annualité budgétaire ; mais ce transfert ne vaudra que pour cette année, on ignore ce qu'il en adviendra par la suite. J'abonde dans le sens de mon collègue Pierre Dharréville : c'est, une fois de plus, une question de choix politique, pas une question technique ni une question financière, mais bien le fruit d'une volonté délibérée du Gouvernement. Assumez-la !

M. Jean-Pierre Door. Chat échaudé craint l'eau chaude... On a bien identifié, au début de l'examen de ce PLFSS, ce problème de transfert entre l'État et la sécurité sociale : ne revenons pas sur l'article 3. Mais dans le cas présent, ce transfert s'accompagne d'une compensation d'un montant de 270 millions d'euros. Sera-t-elle ou non pérenne ? Si la question est posée, aurons-nous la réponse avant de voter ?

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. J'ai toujours cru que chat échaudé craignait l'eau froide...

M. le rapporteur général. Je n'ai jamais compris cette expression : les chats craignent l'eau en général...

Je suis surpris, chers collègues, par vos réactions sur le transfert du financement de l'ANSM et de Santé publique France de l'État à la sécurité sociale.

M. Francis Vercamer. Peut-être levons-nous des lièvres ?

M. le rapporteur général. Pour commencer, toutes les agences de son périmètre sont désormais financées par la sécurité sociale, à l'exception de l'Institut national du cancer (INCa) et de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES).

Ensuite il ne s'agit pas – c'est très bien spécifié dans le texte – d'une compensation, mais d'un transfert de recettes de TVA pérennes, à l'euro près. Une telle évolution fait par ailleurs sens, dans la mesure où ces deux agences interagissent très fortement avec les autres politiques de santé que nous évoquons chaque année lors de l'examen du PLFSS. Elle nous permettra en outre chaque année, au moment de l'examen du PLFSS, des débats approfondis tant sur le financement que sur leurs missions, ce qui restait jusqu'à présent l'apanage du projet de loi de finances : reconnaissons que les commissaires aux finances ne sont pas les plus légitimes à s'occuper de l'ANSM et de l'ANSP. Nous sommes plutôt en train de renforcer le périmètre du PLFSS, dans la suite logique des débats que nous avons eus hier. Dans la mesure où il s'agit d'un transfert de TVA et non d'une compensation, j'ai toute assurance que la sécurité sociale n'y perdra pas au change. Et ce mouvement fait également sens en termes d'organisation globale des agences de santé. Je suis par conséquent défavorable à l'amendement.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 31 sans modification.

Article 32

Lissage de la fin de droit à la protection complémentaire en matière de santé

La commission examine les amendements AS823 et AS824 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. La couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) fusionneront au 1^{er} novembre 2019 dans la complémentaire santé solidaire dont nous souhaitons supprimer la référence à l'âge des bénéficiaires. Tel est en effet l'objet de l'amendement AS823.

Nous avons déjà, de mémoire, défendu le même amendement l'an dernier : il tendait également à supprimer la référence à l'âge dans la fixation du tarif de contrat de la complémentaire santé solidaire. Cet article prévoit en effet

que la participation financière des bénéficiaires variera en fonction de leur âge, ce qui nous paraît discriminant dans la mesure où ce sont les personnes les plus âgées qui ont besoin des soins les plus importants. Nous considérons que cette disposition du projet de loi répond à une logique assurantielle privée et non à une logique de solidarité entre les générations.

L'amendement AS824 vise à substituer à la notion d'âge la notion de revenus, même si la disposition concerne des publics à faibles revenus : il nous semble en effet qu'un tel critère serait plus juste.

M. le rapporteur général. Monsieur Aviragnet, je suis d'accord avec vous : la sélection des risques en fonction de l'âge ou des revenus n'est pas judicieuse. Il s'agit néanmoins en l'espèce d'un dispositif de contrat de sortie reposant sur un choix individuel.

La notion de sélection des risques existe de fait dans l'ensemble des contrats : si vous supprimez une telle possibilité dans le cadre des contrats de sortie, vous priveriez un certain nombre de personnes de la possibilité d'en bénéficier.

Je vous propose donc de retirer ces deux amendements. À défaut, j'y serais défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle adopte l'article 32 sans modification.

Article 33

Prise en charge intégrale des frais liés à la contraception pour l'ensemble des mineures

La commission adopte l'article 33 sans modification.

Article 34

Renforcement du dispositif en matière de prévention et de lutte contre les ruptures de stocks de médicaments

La commission commence par examiner l'amendement AS235 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. La lutte contre les ruptures de stocks de médicaments est fondamentale : nous sommes tous, me semble-t-il, partisans de trouver une solution adaptée. Nous avons bien vu ce qui se passait ici ou là dans les territoires lorsque certains médicaments faisaient défaut dans les pharmacies. Cela étant, il apparaît irréaliste d'imposer la constitution d'un stock de sécurité national composé de l'ensemble des médicaments car cela poserait problème. Aussi mon amendement vise-t-il à faire préciser par décret la liste des

médicaments indispensables sur laquelle pèserait cette obligation. Effet, on ne saurait envisager un éventail trop large de médicaments ; ajoutons que les entreprises concernées ont besoin de connaître la liste des médicaments à fournir obligatoirement.

M. le rapporteur général. Je considère que votre amendement est satisfait : lors de leur audition, les représentants de la direction générale de la santé nous ont en effet d'ores et déjà en effet précisé que cette obligation s'appliquerait aux médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, sauf si ceux-ci ne peuvent être stockés, ce qui est le cas de certains médicaments biologiques, de certains vaccins, de certaines pilules contraceptives et de certains solutés majeurs. Je vous propose donc de retirer votre amendement.

L'amendement AS235 est retiré.

La commission examine ensuite les amendements identiques AS413 de M. Jean-Pierre Door et AS585 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Jean-Pierre Door. Je pense que vous allez également, monsieur le rapporteur général, me faire retirer l'amendement AS 413 : il traite du problème des vaccins, dont le stockage est compliqué.

Chacun sait comment on fabrique un vaccin, et le temps qu'il faut pour en mettre un au point : un tel processus implique en effet de connaître tout à la fois les souches et les résultats concernés, ce qui peut demander de nombreux mois. Il faut également prendre en compte la variabilité : un vaccin peut en effet varier en fonction du temps et de nombre d'autres facteurs. Comment par conséquent peut-on, compte tenu de toutes ces contraintes, stocker des vaccins ? L'amendement propose qu'ils restent bien entendu disponibles, mais en se voyant exclus du stock de sécurité destiné au marché national. Les stocker dans une simple boîte ou dans un tiroir me paraît en effet impossible.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. La spécificité même du produit vaccin nécessite que l'article 34 qui nous est proposé prévoie son exclusion du stock de sécurité : tel est l'objet de l'amendement identique AS585.

M. le rapporteur général. J'ai répondu tout à l'heure à la question portant sur les vaccins, et je réponds à présent par anticipation au stock de médicaments dérivés du plasma : certains d'entre eux pourront être conservés, d'autres pas forcément, et l'obligation de conservation dans le cadre du stock de sécurité ne vaudra que pour les premiers. La direction générale de la santé a répondu très clairement sur ce point au cours des auditions. Je propose à leurs auteurs de retirer ces deux amendements identiques. À défaut, j'y serais défavorable.

M. Philippe Vigier. Monsieur le rapporteur général, vous allez un peu vite en besogne : si vous aviez visité une unité de fabrication de vaccins afin de

prendre conscience de toutes ses problématiques, vous répondriez de façon un peu moins caricaturale.

M. le rapporteur général. Caricaturale ?

M. Philippe Vigier. Nos expériences sont différentes ; souffrez que nous puissions, à un moment ou à un autre, confronter nos idées. Ou alors, passons directement à l'amendement suivant...

Si nous appelons votre attention sur ce point, c'est parce qu'à l'instant présent, la production de certains vaccins est en cours, qui seront livrés dans deux mois, alors que d'autres ont été fabriqués il y a déjà cinq mois. Vous ne pouvez donc imposer cette obligation de constituer quatre mois de stock pour les vaccins, car elle est incompatible avec leur spécificité. Ou alors, je le dis très librement, on se retrouverait à devoir ouvrir la porte à la production de vaccins à l'étranger, dans des conditions qu'il ne nous sera pas toujours possible de maîtriser.

Je crois qu'il faut simplement être prudent. Je me permets d'insister, monsieur le rapporteur général : il s'agit d'un véritable problème ; on ne cherche pas à défendre un tel ou un tel. Cette question se pose dans ces termes, compte tenu des contraintes de production.

M. Gilles Lurton. La réponse du rapporteur général me conduit à présenter d'emblée mon amendement AS615, qui viendra prochainement en discussion et qui concerne les médicaments dérivés du plasma. Pour ceux-ci, il me paraît illusoire de prétendre constituer des stocks d'une durée de quatre mois. En effet, on manque totalement de ce type de médicaments, qui sont très difficiles à obtenir. La France a cruellement besoin. C'est pourquoi il faudrait instituer dans le texte une exception en leur faveur. Tel est l'objet de mon amendement AS615, qui aura pour objet d'insérer, à l'alinéa 4, les mots : « à l'exception des médicaments dérivés du plasma », comme M. Door suggérait de le faire à propos des vaccins.

M. le rapporteur général. Il est un peu caricatural d'imaginer que l'État va contraindre des industries à stocker des produits indisponibles.

Il faut rappeler d'où l'on part : à l'heure actuelle, des ruptures de stocks surviennent sur des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur. Malgré toutes les dispositions qui ont été prises par voie conventionnelle, contractuelle, en dépit de toutes les menaces et de toutes les discussions, des incitations et des dispositions coercitives adoptées à l'adresse des laboratoires et de l'industrie, on manque de plus en plus de médicaments en France et en Europe. Parfois, des stocks produits sur le territoire partent directement par camion vers l'aéroport pour alimenter d'autres sites de distribution.

L'idée n'est pas d'imposer quoi que ce soit. J'ai du mal à concevoir qu'on fasse la loi en écrivant, noir sur blanc, qu'on ne pourra pas stocker tel ou tel type de médicament – à moins d'établir une liste exhaustive des produits concernés. J'ai conduit une mission sur la filière du sang et sur les médicaments dérivés du

plasma, et je peux vous assurer que certains produits peuvent être conservés. On ne peut pas imaginer une seconde que la direction générale de la santé, l'ANSM ou l'État français exigent des laboratoires qu'ils réalisent l'impossible. Ou alors, il faut faire une liste exhaustive des produits ne devant pas être stockés, et prévoir de la réviser tous les ans : car une fois que c'est dans la loi, on ne peut plus revenir en arrière. En l'occurrence, la loi renvoie au décret le soin de définir les médicaments, les produits concernés ou non.

M. Philippe Vigier. Dans cette même pièce, il y a une dizaine d'années, on nous soutenait qu'il fallait acheter en urgence 90 millions de doses de vaccin que l'on serait amené à délivrer, ce qu'on n'a jamais su faire. Je vous renvoie aux travaux de la commission d'enquête parlementaire sur la manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A (H1N1). Le ministre de l'époque, à qui nous avons opposé moult arguments, nous avait dit qu'il fallait absolument le faire pour des raisons sanitaires. Jean-Pierre Door, qui était présent, s'en souvient : cela a été ressenti, sur tous les bancs, comme un échec terrible, sans même parler de l'organisation du système de vaccination. Si nous vous disons cela pour les vaccins, c'est parce que cela traduit une réalité. Autant nous ne voyons aucun inconvénient au stockage des autres médicaments, autant il est à craindre que, pour les vaccins, vous ouvriez la porte à des marchés sur lesquels vous n'aurez jamais la même qualité de production.

La commission rejette les amendements.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS615 de M. Gilles Lurton et AS740 de M. Stéphane Viry.

M. Gilles Lurton. J'ai déjà défendu l'amendement AS615. Je ne comprends vraiment pas quel problème créerait l'exclusion des médicaments dérivés du plasma du champ de cet article.

M. Stéphane Viry. Il s'agit, par l'amendement AS740, d'exempter de sanctions des entreprises qui n'auraient pas en stock un certain nombre de produits, notamment, comme M. Lurton l'a dit, des médicaments dérivés du plasma. La distribution de ces produits se caractérise en effet par des tensions liées, d'une part, à l'accroissement considérable, à l'échelle mondiale, de la demande de ces médicaments et, d'autre part, à la rareté de la matière première qui les compose, en l'occurrence le plasma sanguin. Les entreprises productrices de ces médicaments essentiels pour la santé font d'ores et déjà l'objet d'une vigilance spécifique des autorités sanitaires, compte tenu de la pénurie du produit ; au regard du contexte international et des difficultés de notre filière pharmaceutique, on pourrait accorder une tolérance aux entreprises du médicament, afin qu'elles échappent aux sanctions si, d'aventure, elles ne respectaient pas, pour ce qui concerne les médicaments dérivés du plasma, les règles fixées.

M. le rapporteur général. Mon avis est toujours défavorable.

La commission rejette les amendements.

Puis elle se saisit de l'amendement AS1025 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. L'article 34 permettra de lutter efficacement contre la rupture de stocks d'un grand nombre de médicaments – difficulté régulièrement évoquée en commission et lors des auditions, à l'égard de laquelle les Français sont de plus en plus vigilants et inquiets. Il s'agit notamment d'obliger les laboratoires à stocker certains médicaments pendant quatre mois. Toutefois, l'article ne dit rien de l'endroit où ils doivent être conservés. Je propose donc de préciser par amendement que ces stocks doivent être réalisés en France ou, à défaut, sur le territoire européen : si un laboratoire américain a des stocks en Chine, ce n'est pas une garantie suffisante pour le marché français.

La commission adopte l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS1013 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Cet amendement vise à allonger la durée de stockage des médicaments de quatre à six mois. La multiplication des scandales sanitaires et des pénuries de médicaments rend urgente l'instauration d'une politique publique ambitieuse en la matière. En 2019, plus de 1 200 médicaments d'intérêt thérapeutique majeur sont concernés par des tensions ou une rupture d'approvisionnement, contre 800 en 2018 et seulement 44 dix ans plus tôt. On connaît les raisons de cette situation : la délocalisation des sites de production de médicaments vers les pays d'Asie, qui se poursuit, les comportements des grossistes-répartiteurs qui préfèrent vendre leurs stocks de médicaments aux pays plus offrants, ainsi que des tensions d'approvisionnement volontairement créées par les laboratoires pour jouer sur les cours. Les autorités publiques ont la responsabilité de garantir l'accessibilité universelle aux soins de santé et aux médicaments. Dans cet esprit, notre amendement a pour objet d'obliger les industriels à constituer des stocks permettant de couvrir durant six mois, au lieu de quatre, les besoins en médicaments de la population.

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

Elle passe aux amendements identiques AS412 de M. Jean-Pierre Door et AS583 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Jean-Pierre Door. Mon amendement AS412 précise que le décret sera pris en Conseil d'État après une consultation préalable des acteurs concernés. Il est impératif d'engager une concertation avec l'ensemble des acteurs de la chaîne d'approvisionnement, ainsi que le prévoit la feuille de route de la ministre des solidarités et de la santé. Il faudrait aussi attendre les conclusions de la mission confiée à M. Jacques Biot, chargé d'analyser les causes profondes de cette situation, s'agissant notamment des choix industriels. Enfin, la pilule de la sanction financière est un peu difficile à avaler. Si sanctions il devait y avoir, il faudrait savoir qui les déterminerait : la ministre des solidarités et de la santé, Bercy, l'ANSM ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Mon amendement AS583 va dans le même sens que celui de M. Door. Nous savons tous que les ruptures de stock de médicaments, dont les effets peuvent être assez dramatiques, ont des causes multifactorielles. Entrer par le prisme du stock me paraît une réponse pour le moins hasardeuse. Par ailleurs, je m'étonne qu'on commence à proposer des mesures sans attendre les résultats de la mission qui a été lancée. Enfin, s'il est décidé d'établir des sanctions financières, la question est de savoir qui va les prononcer et de déterminer si elles abonderont les recettes du PLFSS.

M. le rapporteur général. Une concertation supplémentaire, on n'en a pas le temps. Les ruptures de stocks, ça suffit ! Cela devient l'enfer pour les pharmacies, les patients, les hôpitaux – CHU et centres hospitaliers. On veut avancer. Une concertation a déjà été engagée et la commission des affaires sociales du Sénat a publié un rapport d'information extrêmement clair sur les raisons de cette crise.

Vous demandez qui déterminerait le montant des sanctions financières, si elles devaient être décidées, et si cela se révélait nécessaire : ce sera le directeur général de l'ANSM, et non un responsable politique.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Monsieur Véran, je n'ignore pas que le Sénat a conduit une mission d'information mais, en réponse à une question que je lui ai posée en mai dernier, la ministre a annoncé la création d'une mission, qui conduit ses travaux actuellement. Même si la disposition en discussion fera certainement partie des propositions de la mission, il me semble étrange d'en avoir choisi une parmi tant d'autres, alors que, on le sait bien, les raisons de ces difficultés sont multiples. En tout état de cause, on ne demande pas une nouvelle mission, car la ministre en a créé une, qui est actuellement à l'œuvre.

La commission rejette les amendements.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette ensuite l'amendement AS582 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Puis elle examine l'amendement AS613 de M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Bien que je me doute un peu de l'issue qui sera réservée à cet amendement, je vais néanmoins le défendre.

Les médicaments dérivés du plasma sont des spécialités pharmaceutiques spécifiques, en raison de leur matière première, le plasma sanguin : cet élément humain ne peut être synthétisé dans un laboratoire et constitue une ressource naturellement limitée. Ces médicaments biologiques uniques sont indispensables à de nombreux patients atteints de maladies rares et graves, telles que les déficits immunitaires, les neuropathies périphériques ou encore l'angio-œdème héréditaire, pour lesquelles il n'existe pas d'alternative thérapeutique. Face à l'augmentation croissante de la demande en médicaments dérivés du plasma à l'échelle mondiale, la France peine, depuis plusieurs années, à assurer l'accès des

patients à leur traitement en quantité suffisante. En raison du contexte mondial marqué par d'importantes tensions d'approvisionnement et du caractère unique de ces médicaments, les entreprises pharmaceutiques qui les produisent peuvent se trouver dans l'incapacité de fournir une alternative médicamenteuse aux traitements. Afin de tenir compte de cette spécificité, l'amendement vous propose d'introduire une exception au mécanisme d'importation obligatoire pour les médicaments dérivés du plasma.

M. le rapporteur général. Défavorable, ainsi que sur les amendements AS616 de M. Lurton et AS743 de M. Viry, qui ont trait aux médicaments dérivés du plasma. Je vous ai lu, tout à l'heure, la déclaration du directeur général de la santé et le contenu de l'article de loi prévoyant qu'un décret en Conseil d'État définirait les classes thérapeutiques qui ne pourront pas faire l'objet de stocks. Si vous voulez connaître par avance le contenu du décret, plutôt que d'inscrire par avance dans la loi certaines classes thérapeutiques, vous pouvez poser la question à la ministre la semaine prochaine...

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette l'amendement AS621 de M. Gilles Lurton.

Elle se saisit alors des amendements identiques AS616 de M. Gilles Lurton et AS743 de M. Stéphane Viry.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS616 est défendu.

M. Stéphane Viry. Je souhaiterais réagir aux propos du rapporteur général. Pour tout argument, monsieur Véran, vous nous expliquez qu'un décret est en cours de préparation. Toutefois, dans la hiérarchie des normes, le décret est subordonné à la loi, dont il assure l'application. Je considère que c'est à nous qu'il revient de poser le cadre, en notre qualité de législateurs. L'exécutif pourra, par la suite, préciser un certain nombre de dispositions. Compte tenu de la spécificité des médicaments issus du plasma, il nous appartient de définir des règles. C'est la raison pour laquelle je maintiens mon amendement AS743. Je n'approuve pas le décalage dans le temps qui nous est proposé et cette soumission à un décret que pourrait prendre Mme la ministre.

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

Puis elle adopte l'article 34 modifié.

Article 35

Bilan de santé obligatoire pour les entrées dans l'aide sociale à l'enfance

La commission examine l'amendement AS408 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

Mme Nathalie Elimas. L'amendement AS408 vise à préciser que le bilan de santé créé par l'article 35 doit également comprendre un volet consacré à la prévention. En effet, les enfants et adolescents pris en charge au titre de la protection de l'enfance constituent une population particulièrement vulnérable, souffrant d'un état de santé dégradé et souvent issue d'un milieu peu favorisé. Il apparaît ainsi nécessaire, pour améliorer leur état de santé global, que le bilan de santé comprenne un volet dédié à la prévention afin qu'on puisse leur inculquer les bons comportements en matière de santé.

M. le rapporteur général. C'est un amendement de précision utile. Avis favorable.

La commission adopte l'amendement.

Elle en vient aux amendements AS752 et AS753 de Mme Martine Wonner.

Mme Martine Wonner. L'amendement AS752, purement rédactionnel, a pour objet de remplacer le mot « médical » par les mots « somatique et/ou psychique », afin de reprendre la terminologie employée à l'alinéa suivant.

L'amendement AS753 est de même nature. Il vise à remplacer les mots « pour l'enfant » par les mots « de l'enfant ».

M. le rapporteur général. Avis défavorable sur ces deux amendements.

Le premier est satisfait par le droit existant, l'objet du bilan de santé étant d'améliorer la santé physique et psychique de l'enfant. Par ailleurs, cet amendement rédactionnel ne serait pas sans conséquences : la notion de suivi médical régulier et coordonné renvoie au parcours que doit suivre l'enfant entré dans le dispositif de l'aide sociale à l'enfance par la suite.

S'agissant du second amendement, le projet « de » l'enfant existe déjà.

Les amendements sont retirés.

La commission adopte l'article 35 modifié.

Article 36

Mesures en faveur de l'installation des jeunes médecins

La commission examine l'amendement AS1031 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Cet amendement vise à inscrire une règle qui devrait être couramment respectée mais qui ne l'est, hélas ! pas suffisamment, comme beaucoup d'élus m'en font part : les agences régionales de santé (ARS) doivent être obligatoirement consultées pour la détermination des zones sous-denses donnant droit à la prise en charge des cotisations sociales des jeunes médecins venant s'y installer. J'ai pu constater à de multiples reprises, sur le

terrain, que leur avis n'était pas toujours recueilli en amont de la détermination du zonage. Il faut ensuite renouveler la consultation pratiquement en temps réel, car certains zonages peuvent devenir obsolètes un ou deux ans après leur établissement, ce qui pose de nombreux problèmes pour l'implantation de maisons médicales dans les territoires.

M. Philippe Vigier. Cet amendement me paraît très important. Comme vous, je suis toujours un peu surpris que ces périmètres soient élaborés sans même que les ARS n'aient été consultées.

Je voudrais revenir sur ce que j'ai dit ce matin. La modification de certaines zones sous-denses nécessite un travail d'au moins deux années. Or, en quelques mois, un territoire qui présente une densité médicale convenable peut se muer en un quasi-désert médical. Il faut donc permettre l'adaptation du périmètre. Je citerai un exemple qui n'a rien à voir avec le domaine de la santé – il concerne l'urbanisme –, mais qui est très illustratif : la révision d'un plan local d'urbanisme exige deux à trois années, tandis qu'une modification simple requiert trois ou six mois. On y reviendra en séance, mais c'est un sujet sur lequel on doit être réactifs et souples. Une sous-densification constatée un jour peut laisser place, peu après, à une situation normale. Le contraire peut se produire, avec des concurrences à quelques kilomètres de distance. J'ai à l'esprit le cas de communes distantes de 3 kilomètres qui se trouvent sur des territoires faisant l'objet de classements différents, ce qui entraîne une mise en concurrence des médecins qui n'est pas tolérable.

La commission adopte l'amendement.

Elle passe à l'amendement AS1026 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Le projet de loi propose d'exonérer du paiement des cotisations sociales pendant une durée de deux ans tout jeune médecin qui s'installe dans une zone sous-dotée. Il faut saluer cette disposition, qui complète l'arsenal visant à inciter les médecins à exercer dans certains territoires. Toutefois, une précision manque : il faut que le médecin s'engage à exercer au moins deux ans sur place. Actuellement, compte tenu de la rédaction actuelle du texte, rien ne l'empêcherait de s'installer deux mois dans une zone sous-dotée, puis de s'établir ailleurs pendant les vingt-deux mois suivants, sans payer de charges. Cet amendement de précision vise à rendre le dispositif pleinement fonctionnel.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 36 modifié.

Après l'article 36

La commission en vient, en discussion commune, aux amendements AS125 de M. Pierre Dharréville et AS830 et AS852 de M. Joël Aviragnet.

M. Pierre Dharréville. La désertification médicale ne cesse de s'étendre, malgré l'existence de nombreuses mesures incitatives, telles que les aides à l'installation ou le développement de maisons pluriprofessionnelles de santé. Ces dispositifs, que le Gouvernement entend renforcer dans le cadre de son plan d'accès aux soins, se sont révélés insuffisants. Afin de lutter efficacement contre les déserts médicaux, l'amendement AS125 vise à étendre aux médecins libéraux un dispositif de régulation à l'installation qui s'applique déjà à plusieurs professionnels de santé. Il prévoit que, dans les zones définies par les ARS, en concertation avec les syndicats médicaux, qui se caractérisent par une offre de soins fortement excédentaire, un nouveau médecin libéral ne pourra s'installer en étant conventionné à l'assurance maladie que lorsqu'un médecin libéral de la même zone cesse son activité. C'est un principe de régulation assez simple, un conventionnement sélectif qui pourrait nous permettre de lutter contre les déserts médicaux.

M. Joël Aviragnet. Vous allez penser que je me répète, mais il se trouve que j'ai tenu récemment une conférence de presse au cours de laquelle des journalistes m'ont demandé comment on pouvait faire en sorte que les médecins s'installent là où on en manque. C'est dire combien ce sujet importe aux gens. Vous le connaissez bien, monsieur le rapporteur général, vous qui aviez fait des propositions en la matière dans un excellent rapport, et il reste extrêmement prégnant. À chaque fois que l'on en parle dans une réunion publique, l'assentiment est général : je pense donc qu'on en viendra, d'une manière ou d'une autre, au conventionnement territorial, tant les gens sont à bout, et la situation désespérée. Il n'y a rien de pire pour un habitant que d'être privé de l'accès à un médecin référent. Quand vous avez fait le tour de plusieurs cabinets médicaux sans trouver personne, vous sentez l'angoisse monter. Si l'on ne parvient pas à instituer des aménagements réels – et non des mesures à la marge –, il faudra réguler, d'une manière ou d'une autre. Cela s'imposera, comme ce fut le cas l'an dernier. Mon amendement AS852 poursuit la même finalité que l'amendement AS830, mais selon des modalités différentes.

M. le rapporteur général. Avis défavorable, comme en 2017 et en 2018. Je suis défavorable à l'idée même d'un conventionnement sélectif, car il en découlerait une médecine à deux vitesses. Ce serait de surcroît inefficace, car on fait face à une pénurie globale, que l'on doit gérer en ville comme à l'hôpital. On fait le pari de donner l'envie aux jeunes professionnels de s'installer, par différentes mesures. Par ailleurs, nous avons supprimé le *numerus clausus*, ce qui permettra, d'ici à quelques années, d'augmenter l'offre médicale. Nous faisons aussi le choix de la réforme structurelle, avec des maisons médicales, des regroupements de médecins, les infirmières en pratique avancée, les assistants médicaux, ainsi que par l'ensemble des mesures qui composent les pactes d'offre

de soins et d'accès aux soins que nous adoptons, année après année. Cela n'a d'ailleurs pas commencé avec nous, mais avec la majorité précédente. Nous continuons sur cette ligne incitative, qui porte ses fruits partout où elle a été appliquée, alors que la ligne coercitive nuit aux patients comme aux professionnels.

Mme Gisèle Biémouret. Nous sommes d'accord avec vous, monsieur le rapporteur général : toutes ces mesures vont dans le bon sens. Il n'y a pas de raison de ne pas les soutenir à ceci près que nous rencontrons tous, dans nos territoires, un grave problème, que j'illustrerai en prenant l'exemple de mon département. Dans le Gers, seules deux zones fragiles ont été retenues, qui couvrent une très petite surface. Tout le reste du département en a été exclu. Un médecin va s'installer dans la commune sélectionnée, alors qu'il devait s'installer dans une autre commune. On en arrive à des situations incroyables, où les communes se « piquent » les médecins. La situation est inextricable. Les gens sont extrêmement inquiets. Dans certaines zones, des médecins vont partir à la retraite cette année ou l'année prochaine sans être remplacés. Le département du Gers a mis en place l'action « Dites 32 », qui est devenue « Dites 32 à 2 », parce qu'il faut trouver du travail pour les conjoints. Nous faisons des efforts depuis de nombreuses années, qui n'en demeurent pas moins limités : des médecins viennent s'installer, mais ils choisissent évidemment la zone la plus proche de Toulouse... Dans les territoires beaucoup plus ruraux, on attend.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Nous partageons tous, me semble-t-il, les mêmes constats sur la désertification médicale. Cela étant, je voulais revenir sur les propos de M. Aviragnet relatifs au désarroi des patients à la recherche d'un médecin dans les territoires. Il me semblait que, lors de l'examen de la proposition de loi portant mesures d'urgence contre la désertification médicale, défendue par M. Garrot au début de l'année, nous avons adopté un amendement qui obligeait les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) à accompagner les patients dans la recherche d'un médecin référent, afin qu'ils ne se trouvent pas isolés dans cette entreprise difficile.

M. Pierre Dharréville. Je ne désespère absolument pas de provoquer une évolution de la position de M. le rapporteur général – même s'il a fait preuve de constance sur le sujet – et du législateur. Je crois qu'il faut mobiliser tout un ensemble de solutions pour faire face aux déserts médicaux. Un certain nombre d'outils incitatifs existent d'ores et déjà, qui me paraissent tout à fait nécessaires, mais on voit bien que ça ne suffit pas. Il faut trouver des instruments nouveaux. C'est pourquoi nous avons mis en débat l'idée de conditionner l'installation dans les zones surdenses au départ d'un médecin. Cette mesure relativement simple et modeste constituerait un outil supplémentaire au service d'une stratégie de lutte contre la désertification médicale.

Vous craignez, monsieur le rapporteur général, que cette mesure n'instaure une santé à deux vitesses : il faudrait m'expliquer pourquoi. Il me semble qu'au contraire, cet outil permettrait de lutter contre une médecine inégalitaire. Quant au

numerus clausus, non seulement il faudra un peu de temps avant d'en constater les effets, mais cette mesure est, à elle seule, insuffisante : il faut aussi créer des postes de professeurs de médecine, et se donner les moyens de former davantage de médecins. Pour l'instant, la démonstration ne nous est pas apportée, notamment à travers Parcoursup, que des places supplémentaires aient été créées.

M. Joël Aviragnet. Monsieur le rapporteur général, vous m'avez expliqué l'inverse de ce que vous préconisiez il y a quelques années dans votre rapport !

M. le rapporteur général. Montrez-le moi ! Je suis constant depuis dix ans sur le sujet ! Au mieux, c'est une erreur !

M. Joël Aviragnet. Je le retrouverai ! Il me semble même que vous avez voté un amendement dans ce sens ! Nous en avons déjà discuté, et vous savez très bien de quoi je parle. Que vous m'expliquiez l'inverse de ce que vous préconisiez, soit ! Mais personne n'est dupe... Essayons de regarder les choses en face, d'autant que nous savons que les mesures financières créent des effets d'aubaine. Vu la situation et le manque absolu de médecins, cela ne résout en rien la question.

Quant au rôle des caisses d'assurance maladie dans le choix du médecin traitant, cela permettait d'apporter une réponse immédiate. Mais, la situation se dégradant, les cabinets médicaux reçoivent des appels téléphoniques auxquels ils ne peuvent pas répondre, ce qui ne résout pas non plus la question. S'il manque des médecins dans les territoires ruraux, il en manque aussi à l'hôpital. Nous en sommes même à fermer des lits en gériatrie, parce qu'on ne trouve plus de gériatres. On peut trouver le conventionnement territorial délirant, mais tant qu'il n'y aura pas une mesure qui reviendra sur la régulation pour rassurer les gens, l'angoisse demeurera, et cela va mal finir !

Mme Caroline Fiat. Comme je l'ai dit ce matin, la fin du numerus clausus n'a eu aucun effet positif. Une université ne se construit pas en six mois. Si vous voulez des places supplémentaires pour recevoir les étudiants, déjà serrés comme des sardines dans les amphithéâtres, il va bien falloir construire, ce qui va prendre du temps ! Parce que si c'est pour rajouter dix places dans des amphithéâtres déjà bourrés, ce sera difficile de suivre le cursus... Qui plus est, aucun poste d'enseignant n'a été ouvert, alors que les candidats sont facilement trouvables.

Pour ce qui est du choix du médecin référent par l'assurance maladie, tout le monde n'est pas véhiculé ou n'a pas la santé nécessaire pour aller chez un médecin à 5, 10, 15 ou 20 kilomètres de chez lui. Je rappelle qu'on a supprimé quasiment tous les bons de transport et que pour y avoir droit et être remboursé, c'est le parcours du combattant. N'oubliez pas enfin qu'il y a parfois des accidents de la vie : vous vous cassez un genou – je sais de quoi je parle –, vous n'avez plus moyen de vous véhiculer, et c'est là que vous rendez compte que vous êtes éloigné. C'est quand même dommage d'avoir à proximité de chez vous une

maison médicale prête à recevoir un médecin, qui reste vide, alors que dans le village d'à côté il y a des docteurs, parce qu'il y a une école. Les exemples de ce genre sont légion. Nous parlons de la santé des gens. Il n'y a pas de raisons qu'en fonction de l'endroit où vous habitez vous ayez un accès facile ou difficile aux soins.

M. Philippe Vigier. Je ne crois pas que nous ayons le temps de mener un débat sur la désertification médicale et l'accès aux soins, et ce d'autant moins quand on regarde le PLFSS 2020... En dehors de la refonte des quatre mesures d'installation en une seule, je ne vois pas grand-chose arriver. Dans le cadre d'une commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français, nous avons présenté vingt-quatre propositions à la quasi-unanimité, à l'exception de trois qui étaient des mesures coercitives. Or une seule a été mise en place : le cumul emploi-retraite ! Nous proposons, pour les médecins de plus de 67 ans, de faire passer le seuil d'exonération sociale du cumul emploi-retraite à 80 000 euros.

Cela étant, grâce au contrat d'engagement de service public et à la procédure d'autorisation d'exercice, sur laquelle nous avons mis l'accent et à propos de laquelle je ne vois rien venir, un département comme la Saône-et-Loire vient de salarier quarante-cinq médecins, et des centres de santé se créent un peu partout. Mais on ne peut pas continuer à se voiler la face ! Arrêtons aussi de dire que le numerus clausus a été supprimé. C'est faux : il a été relevé. Les médecins ne seront pas disponibles avant dix ans. Ce sujet doit être pris très au sérieux. Or je ne vois pas, dans le PLFSS 2020, une inflexion majeure, pourtant attendue par nos compatriotes.

M. Jean-Pierre Door. Si la question des déserts médicaux revient éternellement dans le débat, il faut bien se rendre compte qu'il y a aussi moins de médecins dans les villes, que ce soit Paris, Lyon, Bordeaux ou Orléans. Par ailleurs, toutes les procédures de conventionnement sélectif ont déjà été expérimentées à l'étranger, où elles se sont toutes révélées contreproductives. Ce n'est donc pas la peine de se lancer dans des opérations qui ne feront qu'envoyer un signal, sans pouvoir espérer le moindre résultat. Il vaut mieux continuer à travailler, comme nous le faisons, avec les maisons de santé, les regroupements de professionnels, les médecins assistants, avec tout ce qui a été proposé dans le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, et aller beaucoup plus loin. Grâce au relèvement du numerus clausus, nous pouvons espérer des résultats dans quelque temps. Mais il peut aussi arriver de bonnes choses : dans ma circonscription, trois médecins viennent de s'installer dans un territoire fragile.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Je ne me permets pas souvent d'intervenir dans les débats, mais je voulais également aller en ce sens. Je suis très concernée par le sujet, dans la mesure où ma circonscription est rurale. On peut dire ce qu'on veut, mais les choses bougent, et j'aimerais que nous soyons un peu positifs. Ce n'est certes pas l'effet de ces deux dernières années, mais de cinq, six

ou dix ans de politique de santé. Des choses se passent dans les territoires. L'intelligence collective est à l'œuvre sur le terrain.

Des jeunes médecins reviennent faire des stages. Chez moi, il y en a eu quatre en trois ans. J'en ai été la première étonnée : je n'y croyais pas trop. Disons-le quand c'est positif. Il y a des choses qui bougent, presque naturellement, grâce au système que nous sommes en train de mettre en place. Les stages ont été recréés il y a trois ans, et cela fonctionne : nous sommes passés de 30 % de stages à 100 %. Les stagiaires osent venir faire des stages dans des maisons de santé pluridisciplinaires et parfois dans des cabinets. Sachons dire les choses positives, parce que les jeunes n'ont pas envie d'entendre des discours misérabilistes sur la ruralité. Cela ne leur donne pas envie de venir chez nous.

Évidemment, il y a des tas de difficultés à surmonter, nous en sommes tous conscients. Personne n'a la solution, mais tout le monde a ajouté une petite pierre à l'édifice, chacun y est allé de sa mesure, si bien qu'au bout de dix ans, cela commence à prendre, et l'aménagement du territoire suit. Je suis optimiste !

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle examine les amendements AS836 et AS833 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Amendements défendus : c'est le même principe du conventionnement territorialisé.

Madame la présidente, des stagiaires sont également revenus dans mon territoire. Nous avons même une association pour les accueillir. Nous faisons des soirées avec eux, nous leur donnons du foie gras, du porc noir de Bigorre, nous les accompagnons sur le terrain. Mais pas un seul n'est venu s'installer !

M. Jean-Pierre Door. C'est que le pâté n'était pas bon !

M. Joël Aviragnet. Enfin, plus exactement, deux sont venus s'installer, mais à mi-temps. Il y avait quatre stagiaires ; il n'y a plus qu'un médecin !

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. On peut toujours voir le verre à moitié vide ; j'essaie de le voir à moitié plein...

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette successivement les amendements.

Article 37

Faciliter l'accès aux soins pour les femmes enceintes les plus éloignées des maternités

La commission examine l'amendement de suppression AS529 de M. Adrien Quatennens.

M. Jean-Hugues Ratenon. L'article 37 instaure un dispositif inhumain et totalement déconnecté des réalités que vivent les femmes parturientes. Nous voulons limiter, le plus possible, les contraintes pour les femmes. Or cet article propose de mettre à disposition des hébergements non médicalisés – des chambres d'hôtel au sein des établissements de santé –, afin de pallier le manque d'unités médicalisées et la fermeture massive d'établissements sur l'ensemble du territoire. Cela aurait pour effet de rapprocher les femmes des unités médicalisées avant leur accouchement, mais aussi de les arracher à leur foyer. Cela ressemble à une parodie ; ce n'en est malheureusement pas une. Nous demandons la suppression de cet article.

M. le rapporteur général. Avis défavorable. L'article 37 prévoit de restaurer l'égalité dans l'accès aux soins pour les femmes enceintes qui habiteraient trop loin d'un établissement et auxquelles on a tendance à proposer de venir très tôt à la maternité. Nous proposons une prise en charge complète des nuitées et du transport. C'est un bon complément pour tenir compte de certaines contraintes géographiques.

M. Jean-Carles Grelier. De manière totalement anecdotique, avec malice et sans faire référence à un débat récent, je note qu'il n'y a pas de prise en charge de l'hébergement pour le père...

Mme Caroline Fiat. C'est vraiment un sujet important. Pour une femme primipare célibataire, tout va bien. Mais pour une femme qui a des enfants ? Le baby-sitting et l'accompagnement des enfants à l'école seront-ils pris en charge ? S'il y a bien une chose sur laquelle on n'a aucune certitude, c'est la date d'un accouchement. Entre celles qui accouchent prématurément et celles qui accouchent après terme, la prise en charge sera bien longue ! Certains accouchements ont lieu dix jours après la date prévue. Prendra-t-on en charge pendant douze jours les frais d'hôtel ? Et qui va s'occuper des enfants ? À moins de partir du principe qu'on déclenchera l'accouchement, ce qui requiert l'accord de la maman, ce dispositif me semble dangereux et profondément inquiétant.

M. Alain Bruneel. Je comprends bien qu'il faille essayer d'aider les mamans à se rendre le plus tôt possible à la maternité. Mais votre proposition fait suite à la fermeture de plus en plus de maternités pour faire des usines à bébés. La maternité de Creil, par exemple, où avaient lieu 1 500 accouchements par an, a été déménagée à quelques kilomètres, dans une autre maternité qui en fait désormais 3 000 accouchements. On ferme la maternité de Tourcoing et celle du Blanc. On nous parle de 45 minutes de trajet ; mais des études ont montré qu'au-delà de 30 minutes, on met en danger la maman et l'enfant. La suppression de cet article nous invite à relancer la réflexion sur les maternités. En 1975, la France comptait 1 369 maternités ; il n'y en a plus que 500 environ. Autrement dit, deux tiers des maternités ont été fermées alors que le nombre d'accouchements – 800 000 par an – reste constant.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Dans les conditions nécessaires et indispensables à la sécurité des mères et des enfants, c'est avant tout la qualité du service dans lequel la mère va être prise en charge qui importe. Arrêtons de faire peur aux citoyens sur ces questions de délai maximal ; le véritable enjeu n'est pas là, mais dans la qualité de l'accueil. Si vous voulez une sécurité maximale, l'enjeu majeur pour l'enfant, c'est la réanimation pédiatrique. Si vous voulez être sûrs que ces femmes et leurs bébés ne courent aucun risque, ce n'est pas l'hôpital de proximité qu'il faut, mais un service de réanimation pédiatrique. N'inventons pas des angoisses là où elles n'ont pas lieu d'être et travaillons ensemble à la sécurité et à la qualité du soin que nous devons à ces mamans et à leurs enfants.

M. Joël Aviragnet. Nous entendons bien votre argument, qui est évident. Mais il y a aussi des réalités territoriales, des temps de déplacement, de l'isolement, que l'on ne peut nier. Il est possible de prendre des mesures de ce type, mais je ne vois pas trop comment expliquer à la population que les femmes prêtes à accoucher pourront s'installer dans un hôtel à proximité d'une maternité. J'ai l'impression que ce n'est vraiment pas la question. La vraie question, c'est d'avoir partout des soins de qualité, pour réduire le temps de déplacement. Pensez à ce que cela donne en montagne quand il y a de la neige ! Comment faut-il vous le dire ?

La commission rejette l'amendement.

Elle passe ensuite à l'examen de l'amendement AS532 de M. François Ruffin.

Mme Caroline Fiat. Il est proposé dans l'article 37 que le Conseil d'État fixe un seuil à partir duquel les établissements publics et privés de santé devront proposer aux femmes des prestations d'hébergement. Faire peser une telle contrainte sur ces établissements nous semble une aberration. Dans un souci de transparence, nous proposons que les établissements rendent publiques les informations cartographiées sur les zones concernées par le dépassement de ces seuils.

Effectivement, les services de néonatalité et de réanimation néonatale sont très importants. Encore aurait-il fallu les maintenir ! Et surtout, il aurait également fallu cesser de supprimer les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), comme à Rouen, pour permettre à ces petits bambins qui ont besoin d'aller en « réa-néonatal » de profiter d'un service adapté avec un véhicule adapté. C'est le métier des SMUR, ils savent faire.

Nous allons nous retrouver à devoir gérer déclenchement sur déclenchement, parce qu'aucun hôpital ne voudra supporter ces prestations d'hébergement, qui vont leur coûter un bras, pendant plus de trois, quatre ou cinq jours.

Par ailleurs, l'hôpital de Mont-Saint-Martin étant toujours sur la sellette, les femmes vont aller accoucher en Belgique. Qu'a-t-on prévu avec la Belgique

pour accueillir les mamans à l'hôtel ? L'Europe va devoir se saisir rapidement de cette question, pour éviter toute discrimination.

M. le rapporteur général. Avis défavorable, ainsi que pour l'amendement suivant, qui relève du même esprit.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS534 de M. François Ruffin.

Mme Caroline Fiat. Nous proposons qu'une cartographie des zones sous-dotées en établissements disposant d'unités adaptées de gynécologie obstétrique soit établie et transmise à la Cour des comptes. Cela permettra d'évaluer les nécessaires ajustements devant faire suite à une politique territoriale catastrophique ces dernières années dans le secteur. Nous proposons également que le Conseil d'État mette en place un seuil à partir duquel les établissements publics et privés de santé devront proposer aux femmes des prestations d'hébergement. Faire peser sur ces établissements une telle contrainte nous semble une aberration, alors qu'on n'a de cesse de demander aux hôpitaux de faire des économies. Ce dispositif est anxiogène et cynique.

M. Jean-Carles Grelier. Rappelons, pour préciser le rôle des institutions de la République, ce n'est pas le Conseil d'État qui décide de fixer un seuil. L'expression « décret en Conseil d'État » signifie que le décret est pris après avis du Conseil d'État, lequel est tout à la fois le conseil juridique du Gouvernement et la plus haute juridiction de l'ordre administratif. Ce n'est jamais le Conseil d'État qui décide.

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

Enfin, elle adopte l'article 37 sans modification.

La réunion, suspendue à dix-sept heures vingt, est reprise à dix-sept heures trente-cinq.

Après l'article 37

La commission examine les amendements AS402 et AS342 de Mme Barbara Bessot Ballot.

Mme Barbara Bessot Ballot. Ces deux amendements ont la même finalité. Actuellement, une femme enceinte qui souhaite renouveler son arrêt de travail avant ou après l'accouchement ne peut pas le demander à une sage-femme : dès lors qu'il s'agit de prescrire le renouvellement d'un congé pathologique pré ou post-natal aux femmes qui subissent des complications médicales, seuls les médecins généralistes ou les gynécologues peuvent le faire. Or les sages-femmes connaissent très bien leurs patientes. La femme enceinte qui a besoin de cet arrêt,

souvent dans l'urgence, se retrouve obligée d'aller voir son médecin en plus de la sage-femme. Mes amendements visent à simplifier ce dispositif.

M. le rapporteur général. Je comprends votre volonté. Malheureusement, votre amendement AS402 ne tourne pas : il ne précise pas que la sage-femme ne peut prolonger la prescription que dans la limite de sa compétence professionnelle – je pourrais moi-même me faire prescrire un arrêt de travail par une sage-femme, ce qui pourrait surprendre ! Le sujet est intéressant, mais je manque de données. Par exemple, je ne sais pas combien de femmes vont faire renouveler leur arrêt chez leur médecin traitant ou leur gynécologue-obstétricien ou ce que cela peut représenter en matière de dépenses. Si vous en êtes d'accord, engageons ce débat la semaine prochaine avec la ministre dans l'hémicycle. Je vous suggère de retirer vos amendements.

M. Philippe Vigier. Le rapporteur général dit ne pas connaître le montant des coûts induits. Mais j'imagine qu'il n'y en a pas, faute de quoi ces amendements n'auraient pas franchi le seuil de l'article 40.

Je vis dans un territoire où la maternité a été fermée pour être remplacée par un centre périnatal. Comment cela se passe-t-il pour les femmes enceintes qui demandent un arrêt de travail, si le gynécologue ne vient pas ? Leur imposer de faire 50 kilomètres à l'aller, 50 kilomètres au retour, ce n'est pas leur rendre service. Si l'on regarde la somme des coûts agrégés, je ne suis pas persuadé que ce soit une économie.

Enfin, vous savez très bien, monsieur le rapporteur général, qu'un droit de prescription a été accordé aux sages-femmes. Si elles renouvellent un arrêt de travail, ce ne peut être qu'en accord avec le médecin qui suit la patiente. L'extension me paraît donc tout à fait souhaitable.

Les amendements sont retirés.

La commission passe à l'examen de l'amendement AS1028 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. J'ai fait adopter le même amendement, rédigé à l'identique, il y a cinq ans, afin d'expérimenter les hôtels hospitaliers, pour offrir des solutions d'hébergement à des patients qui ne sont hospitalisés que parce qu'ils habitent trop loin de la structure hospitalière dans laquelle ils reçoivent des soins, mais qui n'ont pas besoin de surveillance médicale, notamment la nuit. Une nuit à l'hôpital coûte cher, sur le plan financier comme sur le plan humain. Beaucoup de ces patients, s'ils habitaient à une poignée de kilomètres de l'hôpital, rentreraient chez eux et viendraient dans la journée pour recevoir leurs soins. Mon amendement avait alors été adopté à l'unanimité moins une voix.

Vous allez me demander pourquoi je le propose de nouveau. Pour commencer, le décret d'application avait un peu tué dans l'œuf l'expérimentation, en la dotant, pour toute la France, de seulement 1 million d'euros. À titre

d'exemple, pour la seule région d'Île-de-France, l'ARS avait sélectionné vingt-trois projets, dont aucun n'a pu être financé. Ensuite, la direction générale de l'offre de soins et l'assurance maladie se renvoient la balle pour savoir à qui revient la prise en charge des nuitées. L'idée est qu'il n'y ait évidemment aucun reste à charge pour les malades concernés.

Si la disposition a été écrasée par l'article 51 du décret d'application, je redépose mon amendement pour remettre le dispositif au goût du jour et inciter le ministère et les agences nationales en charge de la santé à encourager ces structures, parce que la France est très en retard et que beaucoup de très beaux projets se développaient dans tous les territoires. Le pied est sur le frein depuis cinq ans. Or, en termes médico-économiques, le bénéfice est incomparable, tout comme en matière de satisfaction des usagers, puisque les expérimentations menées montraient 95 % d'usagers satisfaits.

Mme Caroline Fiat. Monsieur le rapporteur général, l'idée est bonne. En revanche, y a-t-il des hôtels à côté de tous les hôpitaux ? Allez-vous fixer des seuils ? Par exemple, une personne souffrant de démence ou d'une autre pathologie aurait peut-être bénéficié d'une aide à domicile la nuit. Tout cela est-il pris en compte ?

M. le rapporteur général. Non !

Mme Caroline Fiat. Sur le principe, je ne suis pas contre – vous voyez, je fais des efforts ! Mais il faut que ce dispositif soit encadré pour éviter que des personnes qui auraient besoin d'une aide, ne serait-ce que pour se lever et aller aux toilettes, se retrouvent seules à l'hôtel.

M. Jean-Carles Grelier. C'est plus cher...

Mme Michèle de Vaucouleurs. Je soutiendrai cet amendement, pour avoir reçu les sages-femmes en audition. Il serait également intéressant de favoriser davantage les accouchements à domicile. Cela mériterait d'en débattre.

La commission adopte l'amendement.

Article 38

Financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des établissements à l'étranger accueillant des adultes handicapés français

La commission est saisie de l'amendement AS986 de M. Marc Delatte.

M. Marc Delatte. L'amendement concerne la prise en charge des personnes en situation de handicap au sein d'établissements de santé situés à l'étranger et propose un rapport d'évaluation sur ce sujet majeur, à l'heure où l'accès à la prévention et au soin sur notre territoire pour ces personnes est une priorité.

M. le rapporteur général. Avis favorable.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 38 modifié.

Après l'article 38

La commission examine l'amendement AS536 de M. François Ruffin.

Mme Caroline Fiat. Le manque de places dans les structures médico-sociales est un problème bien connu. On estime qu'il manque jusqu'à 50 000 places pour les personnes en situation de handicap, qui se retrouvent ainsi contraintes à bricoler comme elles le peuvent : quelques heures de prise en charge dans un hôpital de jour, des gardes, l'hôpital psychiatrique, ou l'obligation de rester à la maison... Ou alors, elles partent en Belgique, ce qui les sépare de leurs familles de plusieurs centaines de kilomètres. Peut-on s'en satisfaire ? Par ailleurs, une enquête du journal *Libération* a montré que certains établissements privilégiaient la réduction des charges au bon traitement des personnes accueillies.

La CNSA est censée développer le nombre de places en France, mais en pratique les choses ne vont pas assez vite. Nous demandons donc un rapport sur le nombre de places en France et ce qui peut être mis en œuvre face à l'absurdité de la situation.

Monsieur le rapporteur, je sais que vous n'aimez pas les rapports, mais si jamais il y avait un peu d'argent à dépenser pour l'accueil des personnes en situation de handicap, disposer d'un rapport permettrait déjà de savoir combien de places il faut créer – et, en tout état de cause, il alerterait sur la situation. Tel est l'objet de l'amendement.

M. le rapporteur général. J'ai bien compris le sens de votre demande de rapport, madame Fiat, mais l'article 38 prévoit déjà qu'il soit procédé à une évaluation. S'il y a, dans le cadre d'une convention, une prise en charge des séjours à l'étranger des personnes en situation de handicap, on développe aussi des places en France, notamment dans les trois régions les plus concernées par les tensions. Il est également prévu d'effectuer une évaluation, afin de pouvoir réaliser une cartographie nationale des besoins. En cette occasion, je rappelle que 90 millions d'euros sur trois ans ont été investis pour la mise en œuvre de nouvelles solutions d'accueil.

Je vous invite à retirer cet amendement, et émettrai à défaut un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS867 de M. Joël Aviragnet.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement du groupe Socialistes et apparentés, issu d'une proposition de l'APF France Handicap, vise à préciser que l'activité d'un établissement social ou médico-social ne peut être appréciée au regard du seul indicateur de taux d'occupation.

La mesure prévue à l'article 38 du présent projet de loi a pour objectif d'encadrer le financement de l'offre belge tout en augmentant les efforts pour trouver des solutions aux familles sur le territoire national. En réalité, elle ne fait qu'organiser le transfert du financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) des établissements à l'étranger accueillant des adultes handicapés français.

Un des leviers de l'amélioration de la réponse sur le territoire consiste à accélérer la transformation de l'offre en proposant des solutions d'accompagnement personnalisées et modulaires au regard des attentes et des besoins des personnes concernées.

M. le rapporteur général. Avis favorable.

Mme Gisèle Biémouret. Pardon ?

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. M. le rapporteur a bien émis un avis favorable à votre amendement, madame Biémouret, j'en suis témoin...

M. le rapporteur général. Je précise à l'intention du groupe Les Républicains que j'avais également prévu de donner un avis favorable à un amendement similaire déposé par Mme Brenier.

La commission adopte l'amendement.

Article 39

Recentralisation des centres de lutte contre la tuberculose et des centres de lutte contre la lèpre

La commission adopte l'article 39 sans modification.

Après l'article 39

La commission examine l'amendement AS336 de Mme Delphine Bagarry.

Mme Martine Wonner. L'article 59 de la LFSS 2019 a permis aux pharmaciens d'effectuer des vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Si l'écriture réglementaire découlant de cette disposition a permis de généraliser l'expérimentation de la vaccination antigrippale par les pharmaciens, elle a également limité son accès aux personnes ciblées par les recommandations vaccinales en vigueur. Dans un objectif de santé

publique, l'amendement vise à y remédier en ouvrant la vaccination contre la grippe saisonnière en pharmacie à toutes les personnes majeures.

M. le rapporteur général. Cet amendement est dans l'air du temps et je n'ai rien contre son principe, mais je vous ferai à son sujet la même réponse que l'année dernière –réponse confirmée par la ministre –, à savoir que la HAS a été saisie afin de faire évoluer tous les cadres d'extension de la vaccination par les pharmaciens, non seulement pour les publics ciblés par la vaccination antigrippale, mais également en dehors de ce cadre. Cette mission ayant été conférée, notamment par le Parlement, à la HAS, il me paraît compliqué de remettre cette attribution en question. En l'état actuel des choses, j'émet un avis défavorable, mais sans doute pourrions-nous interroger la ministre en séance publique la semaine prochaine, afin qu'elle nous dise où en est le travail de la HAS sur ce point.

L'amendement AS336 est retiré.

La commission se saisit des amendements AS840, AS843, AS832, AS831 et AS844 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. L'obligation de généraliser le tiers payant a été supprimée il y a deux ans, Mme la ministre ayant affirmé à l'époque que la mise en place de cette mesure était encore impossible pour des raisons techniques : si l'assurance maladie était prête, d'autres opérateurs, notamment ceux de la mutualité, ne l'étaient pas. Nous avons rencontré la mutualité et les autres opérateurs, et il semble qu'ils soient désormais tous en mesure de mettre en place le tiers payant.

C'est une mesure de justice sociale qui aiderait un grand nombre de familles, et vous serez sans doute d'accord avec moi sur ce point, monsieur le rapporteur, puisque je crois me souvenir que vous l'étiez il y a deux ans.

M. le rapporteur général. Vous vous étiez trompé tout à l'heure...

M. Joël Aviragnet. J'ai dû voir double... Tournez-vous vers votre gauche, et discutez-en !

Je précise que l'amendement AS840 vise à la généralisation du tiers payant pour tous, et que les amendements AS843, AS832, AS831 et AS844 constituent des déclinaisons de la même proposition selon des modalités différentes.

M. le rapporteur général. J'étais effectivement favorable au tiers payant généralisable, c'est-à-dire à ce qu'il soit progressivement rendu généralisable pour les professionnels, sous réserve que les conditions techniques soient totalement réunies. Pour moi, un dispositif de tiers payant généralisable parfaitement efficient représente un gain de temps potentiel pour les professionnels – ce qui est un gage

de leur adhésion, comme la mise en œuvre de la carte Vitale l'a montré en son temps.

L'année dernière en séance publique, Mme la ministre nous avait indiqué espérer que les freins techniques soient levés pour la fin de l'année 2019 : nous lui demanderons donc la semaine prochaine où nous en sommes sur ce point. Dans l'immédiat, je vous invite à retirer ces amendements ; à défaut, j'émettrais un avis défavorable

M. Jean-Pierre Door. Je ne suis pas certain que ces amendements soient justifiés aujourd'hui. Il semble en effet que les représentants des syndicats médicaux soient disposés à appliquer très prochainement la généralisation du tiers payant, et qu'ils soient actuellement en train d'en discuter avec la CNAM. Laissons-les y travailler.

M. Joël Aviragnet. J'entends ce que vous dites, monsieur Door, mais il me semble que lorsqu'on a un objectif, il est bon de s'assigner également une échéance pour y parvenir. Par ailleurs, si j'ai bonne mémoire, cette mesure faisait l'unanimité quand elle a été lancée par Marisol Touraine et son cabinet, dont faisaient alors partie Gabriel Attal et Benjamin Griveaux. Cela dit, je suis d'accord pour retirer mes amendements, monsieur le rapporteur général, puisque vous vous êtes engagé à ce que nous puissions avoir un débat sur ce point dans l'hémicycle – et je compte sur vous pour y défendre la position qui a été la vôtre jusqu'à présent.

Les amendements sont retirés.

La commission examine les amendements AS568, AS580 et AS591 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'amendement AS568, que nous avons déjà présenté l'année dernière, vise à la réalisation d'une expérimentation de la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV). Alors que cette expérimentation était jusqu'à présent limitée aux filles, nous souhaitons cette année proposer et rembourser le vaccin HPV aux garçons et filles dans trois régions tests afin d'en évaluer les bienfaits et d'envisager éventuellement sa généralisation.

Il convient également d'améliorer la communication sur ce vaccin auprès de la population et des professionnels de santé car, à l'heure actuelle, 50 % des jeunes femmes et trois parents sur cinq ne se sont pas vu proposer le vaccin par leur médecin.

L'amendement AS580 a pour objet de réaliser une étude d'impact sur le remboursement généralisé du vaccin antigrippal, notamment sur l'intérêt que cette mesure pourrait représenter pour les finances de la sécurité sociale au regard du coût annuel de la grippe, estimé à 50 millions d'euros par million de cas de grippe, du fait des remboursements de prestations maladie et des indemnités journalières. Et si l'on peut désormais se faire vacciner en pharmacie, ce sera parfait !

Enfin, l'amendement AS591, qui concerne la vaccination contre les méningites bactériennes de séro groupe B, consisterait à expérimenter le remboursement de la vaccination dans les zones à forte prévalence – on en compte encore quelques-unes en France – afin d'évaluer les conséquences d'une généralisation et d'un remboursement de la vaccination.

M. le rapporteur général. Je suis défavorable aux amendements portant sur la vaccination antigrippale et contre le méningocoque B. La vaccination contre la grippe est déjà prise en charge à 100 % pour les populations à risque, qui reçoivent de la part de l'assurance maladie une invitation à se faire vacciner. Pour les personnes souhaitant se faire vacciner par ailleurs, l'assurance maladie prend en charge à 65 %, le reste étant pris par les complémentaires santé. Par ailleurs, les campagnes de vaccination contre la grippe font déjà l'objet d'une abondante publicité par l'assurance maladie.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Non, monsieur le rapporteur, la vaccination contre la grippe n'est pas remboursée pour la majeure partie de la population ! L'idée de notre amendement est justement de mettre en balance le coût du remboursement du vaccin antigrippal et ce que l'épidémie de grippe coûte chaque année à la sécurité sociale. Quand on fait une bonne grippe à 40 ans et qu'on est arrêté pour une semaine, il me semble que cela coûte bien plus cher que les 11 euros de la vaccination – sans même parler du fait qu'en se vaccinant, on protège aussi les autres. Dès lors, il ne serait pas inintéressant de procéder à une étude d'impact sur ce point.

M. le rapporteur général. Je vous répète et confirme que le vaccin antigrippal est pris en charge à 100 % pour tous les publics fragiles, pour lesquels il y a une recommandation de vaccination, et à 65 % par la sécurité sociale pour tous les autres, le reste étant pris en charge par les complémentaires santé.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Non !

M. le rapporteur général. Je vous assure que c'est pourtant le cas...

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Mais non !

M. le rapporteur général. Quoi qu'il en soit, je suis défavorable à cet amendement, ainsi qu'à celui portant sur la vaccination contre le méningocoque B.

En revanche, pour ce qui est de la question absolument essentielle de la vaccination contre le papillomavirus – qui a donné lieu à une expérimentation, décidée dans le cadre de la LFSS 2019, à l'initiative de Jean-Louis Touraine –, je suis favorable à l'expérimentation étendue que vous proposez dans votre amendement AS568, sous réserve du débat qui aura lieu la semaine prochaine en présence de la ministre.

La commission adopte l'amendement AS568.

Puis elle **rejette** successivement les amendements AS580 et AS591.

Chapitre III

Renforcer la qualité, la pertinence et l'efficacité des soins

Article 40

Mise en place d'un parcours de soins global après le traitement d'un cancer

La commission est saisie de l'amendement AS927 de Mme Nathalie Elimas.

Mme Nathalie Elimas. L'amendement AS927 précise que le parcours d'accompagnement post-cancer débute au plus tard un an après la fin du traitement d'un cancer. C'est en effet une condition de l'efficacité de ce parcours, puisque plus la prise en charge est précoce, plus l'impact sera positif sur la qualité de vie des anciens patients, et permettra de limiter le risque de rechute ou de complications.

M. le rapporteur général. Avant de répondre à Mme Elimas sur son amendement, je dois faire mon *mea culpa* vis-à-vis de Mme Firmin Le Bodo...

Mme Agnès Firmin Le Bodo. C'est quand même mon métier, monsieur le rapporteur !

M. le rapporteur général. C'est le fait que vous présentiez conjointement trois amendements différents qui m'a induit en erreur, et j'en suis confus. En fait, la vaccination antigrippale est bien prise en charge à 100 % pour les publics à risque, et prise en charge la plupart du temps par les complémentaires pour les autres publics, mais sans intervention du régime obligatoire de l'assurance maladie.

Pour ce qui est de l'amendement AS927, je vous invite au retrait, madame Elimas, car la rédaction que vous proposez est moins sécurisée juridiquement que le texte. Ainsi, votre amendement précise que le parcours d'accompagnement débute au plus tard un an après la fin du traitement d'un cancer, mais n'indique pas ce qui se passe en cas de rechute ou de récurrence, ou si le traitement se prolonge dans le temps, notamment s'il est fractionné : dans tous ces cas, les patients concernés risquent de se trouver pénalisés et de ne plus pouvoir bénéficier du parcours de soins.

Le parcours d'accompagnement post-cancer prévu par l'article 40 constitue une disposition extrêmement importante du texte. Il prévoit, dans le cadre d'un parcours de santé organisé, un bilan des besoins en fonction duquel les patients pourront bénéficier d'une prise en charge de soins de réadaptation, hors soins courants, visant à favoriser le retour à un meilleur état de santé et de bien-être.

Mme Nathalie Elimas. Monsieur le rapporteur, j'ai peut-être mal compris ce que vous avez dit, mais je vous ai entendu évoquer la notion de rechute. Or mon amendement vise à mettre en œuvre le parcours d'accompagnement post-cancer le plus rapidement possible, et en tout état de cause au plus tard un an après la fin du traitement, justement afin d'éviter la rechute.

M. le rapporteur général. Entre la vaccination et le cancer, la discussion va un peu vite et sans doute me suis-je mal exprimé. En fait, le Conseil d'État a supprimé la disposition que vous proposez d'ajouter par voie d'amendement par le fait qu'elle posait un problème d'ordre juridique. Cependant, l'idée de l'article 40 est bien de faire commencer le parcours d'accompagnement le plus tôt possible après l'arrêt des traitements aigus contre le cancer, afin d'accompagner le patient dans sa guérison et d'améliorer la qualité de vie des malades. L'étude d'impact précise que l'accompagnement proposé doit être prescrit de préférence dès l'annonce de diagnostic du cancer, afin que l'accompagnement global soit mis en place dès l'arrêt des traitements. Votre rédaction est moins sécurisée juridiquement, ce qui explique que le Conseil d'État ait souhaité sa suppression.

L'amendement est retiré.

La commission examine ensuite l'amendement AS776 de Mme Nathalie Elimas.

Mme Nathalie Elimas. Cet amendement et celui qui va suivre traitent tous deux d'un sujet qui me tient particulièrement à cœur, celui des cancers pédiatriques.

Les pathologies cancéreuses touchent chaque année 3 400 nouveaux enfants, adolescents et jeunes adultes en France. La cohorte de patients traités pour un cancer à l'âge pédiatrique est progressivement croissante, ce qui entraîne l'émergence de nouvelles problématiques, tant sur le plan médical que psychosocial. La prise en charge de certaines séquelles, notamment sur le plan médical, doit être mieux appréhendée, notamment *via* un suivi sur le long terme de chaque ancien patient ayant été traité pour un cancer pédiatrique.

C'est pourquoi cet amendement propose que le parcours de soins global après le traitement d'un cancer comporte également un volet spécifique s'adressant aux enfants, ainsi qu'aux adultes ayant souffert d'un cancer dans leur enfance. Il est notamment essentiel de mettre en place une consultation systématique dite de transition avec un oncologue pédiatre, dans les cinq ans suivant le dernier épisode de la maladie. Il s'agira alors d'identifier les potentiels problèmes et pathologies, très divers, auxquels l'ancien patient aura à faire face, de l'orienter vers les médecins de l'adulte compétents, dans une logique de coordination, et *in fine*, de le prendre en charge dans les meilleures conditions.

M. le rapporteur général. Vous soulevez avec cet amendement la question des cancers pédiatriques et de leur suivi, sujet sur lequel je salue votre engagement et qui, je le reconnais, a été peu abordé durant nos auditions.

Vous proposez de prévoir une consultation spécifique à destination des enfants soignés pour un cancer. Cette consultation de transition permettrait d'aborder des questions spécifiques sur les conséquences du cancer pour les enfants – ou les adultes atteints d'un cancer lorsqu'ils étaient enfants.

Je salue cette proposition, mais elle me paraît assez largement satisfaite par le droit existant, dans la mesure où des consultations de suivi sont déjà proposées à échéance régulière après la fin des traitements. Je sais que vous travaillez sur ce sujet et je pense que nous devrions avoir un débat avec Mme la ministre, bien plus compétente que moi pour vous répondre. Dans l'immédiat, je vais émettre un avis de sagesse, à moins que vous ne souhaitiez retirer votre amendement.

Mme Nathalie Elimas. Il serait effectivement intéressant de débattre de ce sujet avec Mme la ministre. Cela dit, comme vous le savez, je mène régulièrement des auditions et je m'entretiens avec des médecins sur cette question, ce qui me permet de vous confirmer que la consultation de transition n'est pas du tout systématique à l'heure actuelle. Un certain nombre de patients entrés dans l'âge adulte sont d'ailleurs « perdus des radars », ce qui me porte à considérer que cette consultation est particulièrement importante. Je maintiens donc mon amendement.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS926 de Mme Nathalie Elimas.

Mme Nathalie Elimas. Alors que les causes des cancers des adultes sont assez bien identifiées, on ne sait toujours pas pourquoi les enfants tombent malades, ce qui est aujourd'hui le cas de 2 250 enfants chaque année, dont 500 ne survivent pas. L'INCa a récemment mis en place un groupe de travail afin d'intervenir en amont et ainsi de mieux prévenir les cancers et les maladies graves de l'enfant. Pour soutenir cette démarche, il paraît essentiel de proposer systématiquement aux familles d'enfants diagnostiqués pour un cancer pédiatrique de participer à une étude épidémiologique à travers un questionnaire portant sur les conditions de vie, l'environnement, ou le travail de la mère durant la grossesse et depuis la naissance de l'enfant. Des analyses effectuées sur les principaux lieux de vie depuis la naissance – au sein de l'habitation, mais aussi de l'école – pourraient également être effectuées, ainsi que des prélèvements biologiques destinés à évaluer le taux de toxiques et de polluants de tous ordres présents dans les cheveux et dans le sang.

Ce sont potentiellement 12 500 enfants et adolescents qui seraient susceptibles de participer à une étude de cette ampleur, qui pourrait servir à consolider les théories environnementales régulières évoquées notamment par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Les pouvoirs publics pourraient ainsi mettre en place des mesures concrètes lorsque cela est nécessaire.

À l'heure actuelle, ce type d'études ne serait proposé qu'à deux familles sur dix seulement, alors qu'une recherche des causes pour chaque patient pourrait permettre de repérer les facteurs de risque au cas par cas, de sensibiliser les familles, d'améliorer la détection précoce et in fine, de réduire le nombre d'enfants diagnostiqués.

Il s'agit ici, monsieur le rapporteur, de faire preuve de volonté politique pour renforcer la lutte contre les cancers pédiatriques *via* la prévention, qui a d'ailleurs prouvé son efficacité pour les cancers des adultes. Les équipes de chercheurs et les équipes médicales accomplissent un travail remarquable mais force est de constater que, depuis plusieurs années, le nombre de décès d'enfants ne recule presque plus. Or, les marges sont importantes en matière de prévention : il est donc de notre devoir de ne pas négliger cette voie.

M. le rapporteur général. Cet amendement et le précédent ont tous deux franchi le filtre de l'article 40 – ce qui est un peu étonnant compte tenu de leur coût, mais il ne m'appartient pas de porter un jugement sur ce point... Cela dit, si je comprends parfaitement l'intérêt de disposer d'une étude épidémiologique pour tout cas de cancer pédiatrique, il me semble que la réalisation d'une véritable étude de cohorte comprenant des recueils systématiques, des données épidémiologiques et des études scientifiques sur des cancers touchant plusieurs milliers d'enfants chaque année, nécessite une structuration extrêmement lourde, complexe et onéreuse.

Par ailleurs, l'aspect systématique de l'étude me gêne un peu, car s'il est des cancers pour lesquels il n'y a pas d'explication à l'heure actuelle, d'autres ont des causes bien identifiées.

Pour ces deux raisons, j'émets un avis défavorable à votre amendement.

Mme Nathalie Elimas. Monsieur le rapporteur, j'insiste sur le fait que ma proposition est fondée sur un travail extrêmement sérieux effectué par l'INCa. Cependant, j'entends votre critique portant sur le caractère systématique de l'étude dont je suggère la mise en œuvre ; je propose de revoir la rédaction de mon amendement en vue de la séance publique.

L'amendement est retiré.

La commission examine ensuite l'amendement AS771 de Mme Martine Wonner.

Mme Martine Wonner. L'article 40 est remarquable en ce qu'il prévoit une prise en charge globale des personnes atteintes de cancers, incluant notamment une activité sportive. L'amendement AS771 se borne à le compléter en ajoutant à l'alinéa 7, après le mot : « nutritionnels », les mots : «, physiologiques ». Le but est de faire en sorte que, dans le cadre du parcours envisagé pour les personnes atteintes d'un cancer, les consultations et le suivi prennent en compte l'état physiologique des individus, et notamment l'impact

éventuel du sport sur d'autres pathologies chroniques dont ils souffriraient, telles que le diabète ou l'hypertension.

M. le rapporteur général. Je comprends maintenant où vous voulez en venir... Le forfait de prise en charge est pluridisciplinaire et fait déjà une place à l'activité physique au sein de l'évaluation médicale globale. Je vous invite par conséquent à retirer cet amendement, faute de quoi j'émettrai un avis défavorable.

Mme Martine Wonner. Soit, mais je pense vraiment qu'il est important que l'incidence des activités sportives sur les pathologies chroniques autres que le cancer soit prise en compte dans le cadre de l'accompagnement post-cancer. Cela dit, je prends note de vos observations, monsieur le rapporteur, et je retire mon amendement.

L'amendement est retiré.

Puis la commission est saisie de l'amendement AS1005 de M. Belkhir Belhaddad.

M. Belkhir Belhaddad. Comme vient de le dire notre collègue Martine Wonner, cet article 40 est extrêmement important. Je suis très attaché à la promotion des activités physiques comme moyens thérapeutiques innovants non médicamenteux pour des personnes atteintes notamment d'affections de longue durée, en l'occurrence d'un cancer. Cet amendement traduit dans le code de la santé publique les intentions évoquées dans l'exposé des motifs de l'article 40, en lien notamment avec la mise en œuvre d'un forfait de prise en charge des individus ayant eu un cancer.

S'il appartient naturellement au pouvoir réglementaire de déterminer le montant et les modalités pratiques de la mise en œuvre de ce forfait issu de la répartition du fonds d'intervention régional, cet amendement propose simplement d'en inscrire l'existence dans le marbre de la loi.

Je rappelle que le réseau des villes Sport-Santé du réseau des villes françaises de l'Organisation mondiale de la santé et le collectif national des structures sport-santé sont bien entendu disponibles pour expérimenter le forfait complémentaire ainsi créé.

Suivant l'avis favorable du rapporteur général, la commission adopte l'amendement.

Elle étudie ensuite l'amendement AS930 de Mme Nathalie Elimas, qui fait l'objet du sous-amendement AS1032 du rapporteur général.

Mme Nathalie Elimas. La mise en place du parcours de soins global après le traitement d'un cancer est une mesure innovante constituant une avancée majeure pour les patients. Il apparaît donc nécessaire de procéder à une évaluation de ce dispositif pour en tirer des enseignements et l'améliorer si nécessaire.

M. le rapporteur général. Avis favorable, sous réserve de l'adoption du sous-amendement AS1032 portant d'un à deux ans le délai de remise du rapport d'évaluation ; un an, c'est vraiment trop court.

La commission adopte le sous-amendement, puis elle adopte l'amendement ainsi sous-amendé.

Enfin, elle adopte l'article 40 modifié.

Après l'article 40

La commission examine les amendements identiques AS18 de M. Gilles Lurton, AS169 de M. Ian Boucard, AS614 de M. Paul Molac et AS739 de Mme Carole Bureau-Bonnard.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS18 concerne les personnes qui souffrent de diabète et qui subissent une amputation d'un membre inférieur – orteil, pied, jambe et parfois même cuisse. Chaque année, 20 000 personnes sont hospitalisées pour une plaie du pied. La qualité de vie du patient diabétique est alors largement détériorée : la pratique d'une activité physique – qui fait partie intégrante du traitement du diabète au même titre que l'alimentation et les traitements médicamenteux – devient plus difficile alors que, lorsqu'on est bien soigné, tout pourrait se passer correctement.

Sans cette pratique régulière du sport, le diabète est moins stable, d'autres complications se développent, détériorant ainsi un peu plus une qualité de vie déjà dégradée ; des coûts supplémentaires évitables viennent en outre alourdir les dépenses de l'assurance maladie. Ces complications représentent un véritable coût également pour cette dernière : quand les dépenses moyennes d'un patient diabétique s'élèvent à 6 730 euros, celles d'un patient pris en charge pour une amputation atteignent 63 830 euros ; 1 % des patients diabétiques représentent dès lors 8 % des dépenses totales.

Il est donc nécessaire de trouver une prise en charge adaptée pour la qualité de vie du patient mais, aussi, pour l'efficacité de notre système de soins.

Cet amendement vise à créer un mode de financement dédié à la prise en charge de telles complications. Les équipes éligibles seraient déterminées par un cahier des charges.

M. Alain Ramadier. L'amendement AS169 de notre collègue Boucard vise à permettre une prise en charge par l'assurance maladie de l'activité physique adaptée pour les personnes diabétiques. M. Lurton vient d'en exposer les motivations.

M. Philippe Vigier. L'amendement AS614 est défendu.

Mme Carole Bureau-Bonnard. M. Lurton a exposé l'ensemble des motifs de mon amendement AS739, identique.

M. le rapporteur général. Nous avons tous envie que les malades chroniques bénéficient de forfaits de prise en charge ville-hôpital : tel est l'objectif des transformations du système de santé. L'article 38 de la LFSS 2019 avait déjà mis en place des forfaits pour la prise en charge des patients diabétiques et des complications de la maladie, mais seulement en milieu hospitalier, sans lien avec la médecine de ville. Or cette affaire s'est révélée assez complexe, des problèmes se posent notamment sur le montant des forfaits ; la réalisation de la réforme a dû être reportée en 2020 – toujours pour le secteur hospitalier. Dans ces conditions, il me paraît un peu prématuré, et croyez bien que je le regrette, de l'appliquer à la médecine de ville. Enfin, l'article 51 autorise parfaitement l'expérimentation de forfaits ville-hôpital, c'est même sa raison d'être que de ne pas en appeler à la loi chaque fois que l'on souhaite expérimenter des prises en charge au forfait ou au parcours pour des maladies complexes qui intégreraient tout à la fois la médecine de ville et l'hôpital.

Je vous propose de retirer ces amendements ; sinon, avis défavorable, quoiqu'à regret.

L'amendement AS739 est retiré.

La commission rejette les amendements identiques AS18, AS169 et AS614.

Elle examine ensuite l'amendement AS1030 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Cet amendement ne coûte pas très cher et fait un peu écho à ce que nous avons dit sur les psychologues cliniciens et la prise en charge des patients.

Les personnes atteintes de maladies chroniques neurologiques assez sévères comme la sclérose en plaques sont souvent assez jeunes – 18 à 30 ans –, elles peuvent avoir des enfants ou une activité professionnelle. Un accompagnement psychologique pendant au moins deux ou trois consultations leur est, la plupart du temps, extrêmement bénéfique.

Il est donc proposé d'expérimenter en secteur hospitalier et en centre de référence la prise en charge de consultations de psychologues cliniciens pour accompagner ces malades car, aujourd'hui, il n'existe pas de grille tarifaire et l'on en arrive à des situations abracadabrantesques où des laboratoires financent des postes de psychologues à travers des associations de médecins, etc.

M. Pierre Dharréville. Existe-t-il une raison particulière d'en rester à une expérimentation ?

M. le rapporteur général. L'article 40.

M. Pierre Dharréville. C'est bien ce qu'il me semblait, car vos arguments plaidaient pour une généralisation...

Mme Martine Wonner. Je soutiens cet amendement qui me paraît tout à fait intéressant et qui témoigne une fois de plus que, dans certaines situations, l'accompagnement psychologique peut être le fait de professionnels psychologues et non de médecins psychiatres. Je remercie le rapporteur général de l'avoir déposé.

La commission adopte l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS998 de M. Belkhir Belhaddad.

M. Belkhir Belhaddad. Dans la continuité de l'amendement que j'ai présenté tout à l'heure, celui-ci propose une expérimentation visant à mettre en place un parcours d'accompagnement comprenant un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des consultations de suivi nutritionnels et psychologiques pour les personnes atteintes de diabète de type 2 ou d'hypertension artérielle. Il s'agit donc d'étendre le dispositif proposé pour le cancer à ces deux affections.

L'article 40 du projet de loi propose en effet la mise en place d'un parcours d'accompagnement pour les seules personnes ayant subi un traitement contre le cancer. Or, d'autres pathologies chroniques ont des niveaux de prévalence comparables voire supérieurs à celui du cancer. Pour ces deux maladies chroniques, les effets positifs, significatifs et rapides de l'activité physique adaptée au traitement sont reconnus de manière incontestée par la littérature médicale et scientifique – je vous renvoie à une étude récente de l'INSERM. L'activité physique adaptée permet ainsi de diminuer le coût de la prise en charge, notamment grâce à la baisse de la consommation de médicaments.

L'expérimentation proposée vise en conséquence à permettre à ces patients un meilleur accès à l'activité physique adaptée à leur pathologie grâce à la réalisation d'un bilan qui permettra, le cas échéant, de les orienter vers les maisons sport-santé qui vont voir le jour : cent maisons sont d'ores et déjà prévues cette année.

M. le rapporteur général. Cet amendement va dans le bon sens, mais il faut examiner son impact et sa faisabilité. J'hésitais entre un avis de sagesse et un avis favorable, mais sa dynamique étant bonne, j'émet un avis favorable, sous réserve évidemment du débat que nous aurons la semaine prochaine avec la ministre.

La commission adopte l'amendement.

Elle étudie ensuite l'amendement AS920 de Mme Audrey Dufeu Schubert.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Cet amendement a pour but de demander, une fois de plus, un rapport d'évaluation, mais sur les différences de coûts de prise

en charge par radiothérapie entre les praticiens conventionnés en secteur 1 et les praticiens conventionnés effectuant des dépassements d'honoraires en secteur 2.

Le coût de la prise en charge de ce type de traitement dépend du nombre de séances. Il serait opportun de s'assurer à travers ce rapport d'évaluation que les modalités d'application de dépassement d'honoraires en secteur 2 n'affectent pas la pertinence du nombre de séances alors prescrites. Ce rapport pourrait également évaluer l'opportunité d'une évolution de financement au forfait pour les traitements par radiothérapie.

Il est très important de s'interroger sur cette question dans ce chapitre III du projet de loi, intitulé « Renforcer la qualité, la pertinence et l'efficacité des soins ».

M. le rapporteur général. Même sans rapport, madame Dufeu Schubert, nous connaissons la réponse quant aux différences de coût et de rémunération entre secteur public et privé. Votre question est légitime, mais peut-être n'est-il pas nécessaire qu'il lui soit répondu sous la forme d'un rapport gouvernemental remis au Parlement. Par ailleurs, l'article 27 que nous venons de voter prévoit une révision complète de la classification commune des actes médicaux pour la valeur des actes en médecine de ville.

Nous pouvons travailler sur cette question, peut-être dans le cadre de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) ; le format « rapport remis au Parlement » me paraît un peu excessif sur ce qui reste un sujet de niche, aussi intéressant soit-il – et je vous remercie de l'avoir soulevé. Avis défavorable.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Je retire mon amendement, mais je crois vraiment que la MECSS devrait identifier le coût induit par le financement des parcours de radiothérapie par la tarification à l'activité.

L'amendement AS920 est retiré.

Article 41

Simplification des règles applicables à la présentation de certificats médicaux d'absence de contre-indication à la pratique sportive

La commission examine les amendements de suppression AS120 de M. Pierre Dharréville, AS379 de Mme Jeanine Dubié, AS708 de M. Jean-Carles Grelier, AS792 de M. Joël Aviragnet et AS957 de M. Francis Vercamer.

M. Alain Bruneel. L'article 41 supprime le certificat médical obligatoire exigé pour la pratique sportive des jeunes en club ou au sein d'une fédération sportive.

Sous prétexte de simplification et d'économies budgétaires, le Gouvernement supprime ainsi une protection indispensable pour les enfants :

détection des problèmes cardiaques, de l'asthme ou de problèmes osseux. Cet examen médical est indispensable et devrait à l'inverse être renforcé pour qu'il soit toujours correctement effectué car il peut permettre d'éviter des accidents et des drames et il ne constitue en aucun cas une barrière à la pratique sportive.

L'accès à un médecin pour les enfants est devenu de plus en plus difficile en raison de la désertification médicale et de l'absence de médecine scolaire. Or le certificat médical obligatoire permet l'accès remboursé à un médecin. Plutôt que de remédier à ces problèmes de fond, le Gouvernement préfère limiter encore plus l'accès à la médecine. C'est pourquoi notre amendement AS120 propose de supprimer l'article 41.

M. Philippe Vigier. Comme celui de mon collègue, notre amendement AS379 vise à supprimer cet article dont chacun connaît la raison d'être : la désertification médicale, donc la difficulté d'accès aux praticiens. La délivrance des certificats médicaux autorisant la pratique du sport en est une victime collatérale. Or il me semble que l'on prend les choses à l'envers.

Une autre question se pose, celle de la responsabilité des clubs sportifs. Que se passera-t-il si, demain, les diagnostics ne sont pas posés alors que seules trois visites sont obligatoires entre 6 et 18 ans ? On se bagarre pour 30 millions d'euros alors qu'une visite médicale préalable à la pratique d'un sport permet de déceler une maladie, une anomalie qui pourraient engendrer brutalement des catastrophes. Je ne suis donc pas favorable à la disparition de ce certificat.

Enfin, faute d'avoir lancé un plan d'envergure pour lutter contre une désertification médicale qui ne fera que s'accroître dans les cinq à dix prochaines années, d'autres champs se trouvent affectés.

M. Jean-Carles Grelier. J'avoue ne pas avoir bien compris l'intérêt d'une telle mesure, hors le gain de temps médical, argument avancé par le Gouvernement. Depuis 2016, la validité des certificats de pratique sportive a été étendue à trois ans, une partie du problème du temps médical a ainsi été réglée. Ajoutons, et nous le savons tous, que les visites périodiques ne fonctionnent pas aussi bien qu'elles le devraient et qu'un certain nombre d'enfants passent à travers les mailles du filet. Parfois, la visite préalable à la pratique sportive était le moyen, pour le médecin, de procéder à certains dépistages, ce qui présentait un intérêt évident. Enfin, j'ai cherché vainement dans l'étude d'impact les réactions des fédérations sportives. Chacune d'entre elles a recours à des contrats d'assurance groupe associés aux licences, conditionnés par un avis médical. Il est évident qu'aucune compagnie ne continuera à assurer des enfants pour l'entraînement et la compétition dès lors que ces derniers ne produiront aucun certificat médical. Qui les assurera donc pendant leurs pratiques sportives, leurs entraînements mais, aussi, en compétition ?

Autant de raisons pour lesquelles mon amendement AS708 propose de supprimer cet article.

M. Boris Vallaud. L'amendement AS792 est défendu.

M. Paul Christophe. Le certificat médical de non-contre-indication au sport est un levier important de la politique de prévention. Aujourd'hui, seules trois consultations obligatoires sont prévues entre 6 et 18 ans dans le parcours de santé « mineurs », ce qui est sans comparaison avec une visite médicale annuelle permettant aux médecins de faire un bilan régulier de l'état de santé des enfants, de faire le point sur leur carnet de vaccination, de détecter des scoliozes ou des troubles du rythme cardiaque. Le certificat de non-contre-indication constitue donc un outil de prévention à la disposition du praticien pour assurer le suivi médical des mineurs.

Aussi proposons-nous, par notre amendement AS957 la suppression de l'article 41.

M. le rapporteur général. Je comprends l'ensemble des arguments avancés : sur le papier en tout cas, supprimer la consultation préalable à la pratique sportive peut surprendre dans un contexte où l'on souhaite développer la prévention. Mais qu'en est-il dans la pratique ?

Faute de temps, la consultation pour l'obtention d'un certificat médical donne assez rarement lieu à un examen approfondi de l'enfant – ce sont les médecins généralistes qui le disent eux-mêmes. Dans les déserts médicaux, c'est même la croix et la bannière, au point qu'un certain nombre d'enfants ne peuvent obtenir une licence sportive dans les délais faute de pouvoir trouver un médecin disponible pour les examiner ou leur remettre un certificat médical de non-contradiction à la pratique sportive.

Par ailleurs, des médecins nous ont confié, notamment lors des auditions, que les enfants ou les jeunes demandant un certificat médical pratiquent déjà un sport, généralement de manière intensive, et présentent souvent moins de problèmes de santé que ceux qui sont victimes d'inégalités sociales et, parfois, sanitaires ; or ce sont ceux-là qui, hélas ! pratiquent moins le sport, *a fortiori* en compétition.

Enfin, je rappelle que l'article 41 prévoit également un garde-fou important : le sportif devra remplir avec ses parents un questionnaire de santé permettant de s'assurer qu'il a bien réalisé les visites médicales obligatoires du parcours de santé. Nous tirons ainsi la conséquence de l'instauration de ce questionnaire, tel qu'il est prévu dans la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, avec des consultations répétées, pluriannuelles jusqu'à un certain âge et quasi annuelles par la suite ; du coup, ces signatures de certificats de non-contre-indication à la pratique sportive ne sont plus indispensables.

Pour toutes ces raisons, avis défavorable.

M. Belkhir Belhaddad. C'est un sujet important qui revient souvent dans l'actualité. Je tiens à préciser que sur dix pratiquants sportifs, seulement deux ou trois sont licenciés, le reste s'adonne à des activités dites libres, dont en premier lieu celle de la marche nordique – je vous ai d'ailleurs invité à y participer le mardi soir. La France compte dix millions de pratiquants, si l'on inclut la course à pied.

Les certificats médicaux concernent aussi bien ceux qui seront amenés à prendre une licence que ceux qui, par exemple, pratiquent la randonnée. En tant qu'ancien adjoint chargé des sports, je considère que la suppression du certificat médical permet véritablement de ramener des jeunes à de telles pratiques alors qu'ils en étaient éloignés. C'est notamment vrai dans les quartiers de la politique de la ville où, même avec des dispositifs mis en place par les collectivités locales, il est très difficile de les y amener pour des raisons financières – les certificats médicaux ont d'ailleurs eux aussi un coût – et parce qu'il est difficile de trouver un médecin.

Cette mesure va plutôt dans le bon sens au lieu de freiner le développement d'un certain nombre de pratiques.

M. Jean-Carles Grelier. Je n'ai pas porté de blouse blanche, monsieur le rapporteur général, mais j'ai longtemps porté une robe noire. Je peux vous dire que lorsqu'un accident sportif se produit, la première chose que diligente l'institution judiciaire, c'est une expertise judiciaire, généralement confiée à un médecin. Et la première pièce produite, c'est le certificat de pratique sportive pour s'assurer qu'il n'y avait pas de contre-indication.

Si le certificat disparaît, c'est la présence du médecin qui disparaît, autrement dit du garant du bon état de santé de l'enfant dans la chaîne de responsabilité. La seule responsabilité qui restera est abominable : celle des parents, qui seront reconnus comme seuls responsables d'une auto-évaluation des risques qu'ils ont fait courir à leurs enfants. C'est une bien grande responsabilité à leur faire endosser alors qu'ils ne sont pas tous des professionnels de santé.

M. Jean-Pierre Door. Je comprends les arguments du rapporteur général sur la désertification médicale et la difficulté à trouver un médecin, mais je souhaiterais savoir si vous avez rencontré les responsables des fédérations sportives et du ministère des sports avant de prendre une telle décision. Ce sont eux qui exigent un certificat médical afin d'obtenir une licence. Et si elle ne l'a pas, une fédération n'acceptera pas de licencier un jeune.

M. Paul Christophe. Votre propos introductif m'a un peu alarmé : on a l'impression que vous avez pris cette décision en raison du manque de médecins. Il faudra lire le compte rendu, mais je suis un peu inquiet. On se prive ainsi d'un outil de prévention et l'on fera en effet porter la responsabilité sur les parents alors que leur degré d'appréciation de la santé de leur enfant à partir de ce qu'ils ont

observé lors de ses examens médicaux, jusqu'alors de règle, est fragile. Je vous interpelle donc à nouveau sur ces considérants.

M. Alain Bruneel. Je suis totalement d'accord avec mon collègue sur la question de la responsabilité, laquelle reposera désormais sur les seuls parents. Imaginons le pire : un enfant tombe et décède en pratiquant un sport. Qui est responsable ?

La visite médicale relève avant tout de la prévention mais c'est aussi un suivi. On ne peut pas arguer de la désertification médicale ou d'une visite qui serait expédiée parce que le médecin, quoi qu'il en soit, s'engage : c'est lui qui est responsable. Prenons garde, car une telle mesure empêchera des enfants de faire du sport si les parents hésitent à prendre ce risque ! Réfléchissons bien avant d'adopter ou de supprimer cet article : c'est un enjeu important pour le sport.

Mme Caroline Fiat. Notre groupe soutient évidemment ces amendements de suppression. Même si cela concerne un seul cas, de telles visites peuvent permettre de diagnostiquer quelque chose. Il arrive que des enfants ne tombent jamais malades – c'est une grande chance que d'avoir un enfant qui n'attrape jamais d'angine ou d'otite – mais elles permettent de vérifier son poids, sa taille...

Mme Michèle Peyron. Il y a la protection maternelle et infantile (PMI) pour cela !

Mme Caroline Fiat. Je veux bien que l'on parle de la PMI, mais tout le monde n'y a pas droit. Ne me parlez pas non plus des visites scolaires alors qu'il manque 3 000 médecins scolaires ! Vous parlez de prévention, de prévention, de prévention, je sais que Mme la ministre adore le faire et c'est très bien, mais ces certificats médicaux sont parfois très importants pour poser des diagnostics. Enfin, comme l'a dit notre collègue, qui sera responsable en cas de problème ?

Mme Michèle de Vaucouleurs. Ces dispositions m'ont également interpellée. J'ai d'ailleurs déposé un amendement qui vise à restreindre la faculté de non-délivrance d'un certificat d'aptitude sportive aux seules situations de poursuite d'une activité sportive exercée antérieurement. Lorsque la pratique est nouvelle, d'autres éléments doivent être pris en considération. J'ai un enfant qui a pratiqué tous les sports mais il n'avait pas toujours les capacités requises ; j'ai été bien contente qu'un médecin le dissuade de s'adonner à telle ou telle activité sportive. J'en aurais été moi-même incapable tant il était volontaire. Il est vrai que cela peut être une contrainte, que cette visite est souvent mal faite...

Mme Michèle Peyron. Pas du tout !

Mme Michèle de Vaucouleurs. ... et parfois même que le certificat est remis sans visite. C'est très bien lorsque la pratique sportive est coutumière mais lorsqu'elle est nouvelle, il me paraît très important que le médecin puisse se prononcer en conscience.

M. le rapporteur général. Je précise que pour les sports dits à risque, le certificat demeure indispensable. Nous évoquons là des sports qui ne sont pas considérés comme tels. Les sports à risque sont répertoriés dans une liste.

La commission rejette les amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS963 de Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Comme je le disais à l'instant, cet amendement vise à restreindre la faculté de non-délivrance d'un certificat d'aptitude sportive aux seules situations de poursuite d'une activité sportive exercée antérieurement. Seulement trois examens médicaux sont obligatoires entre l'âge de 8 et 16 ans - et non 18 ans comme je l'ai entendu. Compte tenu des spécificités des différents sports proposés à la pratique, je pense qu'il est préférable de maintenir l'établissement d'un certificat médical pour attester de l'aptitude physique de l'usager.

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

Puis elle est saisie de l'amendement AS101 de Mme Laurence Vanceunebrock-Mialon.

Mme Laurence Vanceunebrock-Mialon. Cet amendement vise à faire accompagner l'attestation d'auto-évaluation faite par les parents pour les mineurs d'une preuve écrite de la réalisation des derniers examens médicaux obligatoires, par exemple une copie du carnet de santé.

M. le rapporteur général. Votre amendement pose un problème de respect du secret médical, le carnet de santé comporte plus d'informations que les seuls éléments essentiels. La logique ici est purement assurantielle. Les certificats sont exigés par les assurances qui couvrent des événements sportifs, ce n'est pas l'État qui les demande. C'est pourquoi les consultations ne sont pas remboursées. Du reste, j'imagine mal des parents prendre, pour leur enfant, le risque de ne pas se rendre aux consultations obligatoires et de tricher dans un auto-questionnaire. Cette mesure ne me paraît pas indispensable et elle risque de faire circuler des données médicales confidentielles qui ne concernent pas les assurances.

Mme Gisèle Biémouret. En cas de handicap, qui serait responsable ?

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS537 de M. Adrien Quatennens.

M. Adrien Quatennens. Nous souhaitons que le Gouvernement remette un rapport au Parlement sur les conditions de l'élargissement des certificats de non-contre-indication à des examens médicaux plus approfondis, notamment cardiaques. Certes, ces certificats sont assez contraignants, car à chaque fois qu'un

pratiquant veut participer à une course, il doit en demander un nouveau dont il ne comprend pas forcément l'intérêt. Mais connaissant les contraintes liées à la pratique du sport, je pense que c'est utile. Puisque nous nous dirigeons vers la suppression de l'obligation de présenter ces certificats, nous souhaitons qu'un rapport établisse les conséquences de cette suppression sur une période donnée.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Monsieur le rapporteur général, je sais que vous n'aimez pas les demandes de rapport, mais maintenant que vous avez donné un avis favorable à l'un d'entre eux, nous n'allons pas vous lâcher !

La fin de l'obligation de présenter un certificat de non-contre-indication est une grande innovation de ce PLFSS. Nous n'avons pas réussi à vous convaincre de renoncer à cette suppression, mais il n'est pas excessif de demander un rapport sur les effets de cette mesure, car nous naviguons dans le flou.

La commission rejette l'amendement.

Enfin, elle adopte l'article 41 sans modification.

Article 42

Évolution du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins et adaptation du dispositif de financement à la qualité

La commission est saisie des amendements identiques AS236 de M. Jean-Pierre Door et AS622 de M. Paul Christophe.

M. Jean-Pierre Door. La dotation financière selon les résultats, qui tiennent à la qualité et la sécurité des soins, est une façon judicieuse de soutenir la démarche qualité des établissements. Les associations de patients doivent être associées à la construction des critères de qualité, dans lesquels la qualité de vie des professionnels de santé, en particulier du personnel soignant, doit figurer. C'est le sens de l'amendement AS236.

M. le rapporteur général. Ces amendements sont satisfaits par un décret du 21 février 2019 qui fixe la liste des indicateurs en y incluant la qualité de vie au travail.

Les amendements sont retirés.

La commission en vient à l'amendement AS539 de Mme Caroline Fiat.

M. Jean-Hugues Ratenon. L'évaluation de l'efficacité du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) se fonde sur la mise en concurrence des établissements entre eux. Que le CAQES fonctionne par des sanctions ou des incitations, les effets sont les mêmes puisque l'enveloppe globale est constante. Les établissements les plus en difficulté voient leur situation

financière s'aggraver tandis que les établissements qui réussissent à sortir la tête de l'eau sont récompensés.

Par ailleurs, l'expérience montre que la mise en place d'indicateurs incite le personnel à soigner davantage les indicateurs que les patients.

Cette logique ne peut qu'aller à l'encontre de l'amélioration de la santé publique, qui implique l'instauration dans les établissements d'une politique de prescription adaptée aux besoins réels des patients. Cet amendement tend donc à mettre fin au CAQES.

M. le rapporteur général. Avis défavorable. Votre proposition est tout à fait contradictoire avec l'article 42, qui rénove le CAQES en profondeur, le simplifie et le recentre sur la pertinence des soins.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle passe à l'amendement AS910 de Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. Il s'agit d'un amendement rédactionnel tendant à ajouter le mot « qualité » après celui de pertinence.

M. le rapporteur général. Le texte propose précisément de retirer la notion de qualité du CAQES, car la qualité doit être traitée en priorité dans la dotation d'incitation financière à l'amélioration de la qualité, qui est tout aussi efficace. Je vous invite donc à retirer cet amendement.

L'amendement est retiré.

La commission discute ensuite de l'amendement AS116 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Des sanctions financières peuvent être imposées par les ARS aux établissements de santé qui ne respectent pas les objectifs prévus dans le cadre d'un CAQES. L'article 42 du PLFSS renforce cette logique de sanctions en confiant au directeur général de l'ARS la possibilité de fixer un volume annuel maximum d'activité à un établissement en situation de « sur-recours » à certains actes, plaçant ainsi l'établissement en observation durant deux ans. Il lui offre également la possibilité de minorer les tarifs nationaux des actes, prestations et prescriptions considérés, si les objectifs de réduction des prescriptions et des actes ne sont pas atteints.

Dans un contexte d'austérité budgétaire marquée pour les hôpitaux, nous pensons que la logique de compression des coûts qui prédomine aujourd'hui dans la gestion du service public hospitalier a des effets extrêmement négatifs.

Dans un contrat, il y a deux parties. Ce CAQES renouvelé serait peut-être plus équilibré si l'on permettait aux hôpitaux de juger de la pertinence des moyens mis à leur disposition par le PLFSS. Il faut prendre en compte la réalité des

territoires, des besoins des populations, et des moyens des établissements, qui peuvent varier. La démarche qui fonde ce CAQES nous semble discutable, et nous proposons, en conséquence, de supprimer les alinéas 17 à 26.

M. le rapporteur général. Je comprends votre point de vue, mais le processus de sanction ne pourra être déclenché que deux ans après que l'ARS aura saisi l'établissement pour lui signaler un sur-recours, concernant seulement quelques catégories d'actes particulièrement illustratifs. L'étude d'impact cite les exemples de la chirurgie du canal carpien ou la pose de prothèses de genou, pour lesquels le rapport peut passer de un à cinq selon les territoires.

Dans ces cas, l'établissement informé d'un sur-recours, et donc de probables sur-prescriptions, bénéficie d'un délai de deux ans. C'est au terme de ce délai que l'ARS commence à intervenir : si l'établissement n'a pas du tout modifié ses pratiques, elle pourra soumettre une proposition de sanction à la CPAM, qui en décidera après avis de la conférence régionale de la santé et l'autonomie, dans le cadre d'une procédure contradictoire qui pourra être contestée.

Les différences territoriales exposées dans l'étude d'impact démontrent qu'il y a vraiment un problème. Si l'on n'arrive pas, par le dialogue et la concertation, à normaliser les pratiques, il faut être capable d'imposer une sanction financière, bien qu'il ne s'agisse ni d'une règle systématique ni d'un objectif.

M. Pierre Dharréville. Je comprends, moi aussi, votre logique et je constate qu'elle n'est pas convergente avec la mienne. Le débat sur ce sujet dure depuis plusieurs PLFSS, et il est important à nos yeux. Si ce que vous appelez des sur-recours sont constatés, pourquoi ne pas commencer par en chercher les causes ? Vous présumez une volonté de pratiquer à outrance, mais il faut penser aux patients. Dans la logique de compression des dépenses de ce PLFSS, je crains que l'on n'utilise ce prétexte pour ne pas effectuer certains actes nécessaires. Voilà ce qui me pose problème.

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette l'amendement AS923 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Enfin, elle adopte l'article 42 sans modification.

Article 43

Favoriser la pertinence des prescriptions de médicaments

La commission examine les amendements AS179, AS93 et AS94 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. L'article 43 étend significativement les prérogatives ministérielles en permettant à tout moment de placer sous accord préalable la

prescription de tout produit de santé, le rôle de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans la mise en œuvre de ce dispositif devenant dès lors purement consultatif. L'amendement AS179 tend à supprimer cette disposition.

En vue de garantir que le mécanisme de mise sous accord préalable sera exclusivement utilisé dans l'intérêt des patients, et non en vertu de considérations uniquement budgétaires, l'amendement AS93 limite son application aux seuls motifs de santé publique.

Quant à l'amendement AS94, il limite l'application de ce dispositif aux deux premières hypothèses prévues par le code de la santé publique : les prestations dont la nécessité doit être appréciée au regard d'indications ou de conditions particulières d'ordre médical, ou dont la justification doit être préalablement vérifiée du fait de leur caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire.

M. le rapporteur général. Avis défavorable à ces trois amendements. Si nous changeons les conditions en élargissant les possibilités de recours à la demande préalable, les conditions restent extrêmement strictes. Il faut que la prestation ou le produit concerné présente un caractère innovant ou particulièrement coûteux pour l'assurance maladie, ou présente des risques pour l'état de santé du bénéficiaire. La demande préalable peut également être sollicitée lorsqu'il existe une alternative moins coûteuse.

En pratique, cette procédure sera utilisée dans des situations très particulières : lorsqu'un médicament est privilégié par rapport à tous les autres alors que son coût est très élevé ; lorsqu'un marketing offensif a pour effet de créer un monopole sur le marché ; parce que le prix d'un produit de santé augmente brutalement ; si l'on se rend compte qu'un produit est privilégié par rapport à un autre qui donne de meilleurs résultats.

Par exemple, le Crestor, une statine qui, sans présenter une efficacité meilleure que les autres, coûtait beaucoup plus cher, entraînait une dépense complètement excessive pour l'assurance maladie. Faute d'outil générique, il a fallu légiférer spécifiquement sur le cas de ce médicament pour engager une procédure de demande préalable, qui a permis de faire chuter la prescription de cette statine. Les autres statines, beaucoup moins onéreuses, ont été davantage prescrites, sans impact sur la santé publique des populations car le service médical rendu était le même. Et les économies réalisées par l'assurance maladie ont permis de mieux payer d'autres traitements innovants pour les malades chroniques. Je suggère le retrait de cet amendement, sinon avis défavorable.

M. Paul Christophe. Je comprends l'intention, mais le texte ne le précise pas explicitement. Je préfère maintenir les amendements.

M. Jean-Carles Grelier. L'article prévoit des sanctions lorsque le laboratoire ne respecte pas les conditionnements imposés. Pourquoi ces sanctions sont-elles prononcées par le ministre et non par l'Agence nationale de sécurité du

médicament et des produits de santé (ANSM) ou une autorité européenne, sachant que c'est une directive européenne de 2001 qui fixe les conditionnements ?

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

*Puis elle **adopte** l'article 43 sans modification.*

Article 44

Mesures diverses pour le secteur des transports de patients et extension des dérogations prévues à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018

La commission est saisie de l'amendement AS1029 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Cet amendement permet d'expérimenter la participation de dentistes libéraux aux centres régulant les appels d'urgence médicale, SAMU et centres 15. Il s'inspire d'expérimentations qui ont été conduites, notamment à Grenoble. Des dentistes se sont rendus bénévolement au centre 15 pendant les heures de fermeture des cabinets, notamment les week-ends, et ce fut extrêmement efficace puisqu'ils ont permis de réguler 3 000 dossiers. Les seuls dimanches matins, une centaine d'appels au SAMU concernant des problèmes dentaires ont trouvé une réponse au téléphone, ce qui a évité que certains de ces patients ne se rendent aux urgences. L'expérimentation étant arrivée à son terme, cet amendement propose donc d'ouvrir le cadre prévu par l'article 51 de la LFSS 2018 aux dentistes libéraux.

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

Elle en vient à l'amendement AS894 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Nous souhaitons que la mesure d'extension des lieux et des conditions de prélèvement et de réalisation de la phase analytique des examens de biologie médicale soit expliquée, et que son champ soit précisé.

M. le rapporteur général. Cette mesure doit permettre d'expérimenter des projets de dépistage de certaines pathologies, dont l'hépatite C, comme la prise en charge globale proposée par l'équipe mobile Hépatites du centre hospitalier de Perpignan. Il n'y a aucun risque sur la sécurité sanitaire, puisque chacune de ces expérimentations devra être instruite au préalable par la HAS. Je vous suggère de retirer votre amendement.

*L'amendement est **retiré**.*

La commission est saisie de l'amendement AS795 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement permet d'amplifier la portée de l'article 51 pour le secteur médico-social. Il prévoit notamment de favoriser l'innovation dans les établissements et les services sociaux et médico-sociaux. Par

ailleurs, il propose d'étendre les dérogations sur les modalités de qualification entre acte d'aide et acte de soins, dans le cadre d'un accompagnement par un établissement ou service social ou médico-social. On oppose trop souvent l'aide et les soins ; or, en milieu médico-social, ces deux notions sont difficiles à distinguer. En expérimentant de nouvelles répartitions entre actes d'aide et actes de soins selon les besoins des personnes, lors d'un accompagnement par un établissement ou service social ou médico-social, il sera possible d'identifier les « transférabilités de compétences » sociales et de soins en fonction des situations.

M. le rapporteur général. Vous proposez d'ouvrir encore davantage les expérimentations prévues à l'article 51, notamment pour permettre de déroger à la différence actes d'aide et actes de soins. S'agissant des délégations de tâches, l'article 66 de la nouvelle loi santé ayant profondément rénové le cadre applicable, je ne pense pas qu'il faille rouvrir ce débat.

Pour des raisons de sécurité des soins, la redéfinition des actes d'aide et des actes de soins requiert une réflexion plus large, et *a minima* un avis de la HAS sur les expérimentations, qui n'est pas prévu par votre amendement. Peut-être faudrait-il repenser ces dispositions en dehors d'un champ expérimental, par exemple dans le cadre de la loi future loi sur la dépendance, qui me semble plus adapté. Dans l'intervalle, nous pourrions saisir la HAS.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS759 de Mme Martine Wonner.

Mme Martine Wonner. Il s'agit de déroger aux règles actuelles du dispositif « Lits halte soins santé » (LHSS) – qui n'autorisent aucune détention ni consommation de stupéfiants dans les structures existantes – en adaptant le cadre à la problématique des personnes dépendantes à des stupéfiants, dans une approche pragmatique. Je pense, en particulier, au centre de consommation à moindre risque de Strasbourg. Un projet, validé par l'ARS, est mené actuellement afin d'adosser à ce centre une dizaine de LHSS pour répondre à des besoins de prise en charge complète des personnes qui fréquentent ce centre.

La communication et la proximité immédiate des deux dispositifs permettraient de mieux sécuriser les pratiques de consommation, et de dispenser plus facilement des soins médicaux et paramédicaux adaptés, et des mesures d'éducation à la santé, tout en offrant un accompagnement social personnalisé visant la réinsertion sociale de la personne. Le projet allie ainsi hébergement et centre de consommation.

M. le rapporteur général. Je n'étais pas au courant des difficultés que pouvait rencontrer ce centre de consommation à moindre risque, et s'il y en a, nous devons trouver les moyens d'y remédier. Toutefois, cet amendement dépasse très largement le champ des expérimentations défini par le Conseil constitutionnel. Je vous propose donc de le retirer pour le retravailler avec le ministère d'ici à la séance.

Mme Martine Wonner. Je le retire, mais il est important d'apporter une solution pertinente pour ce centre.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 44 modifié.

Après l'article 44

La commission est saisie de l'amendement AS598 de Mme Jennifer de Temmerman.

Mme Martine Wonner. L'objet de cet amendement est de permettre la prise en charge des transports sanitaires pour les personnes en arrêt de travail du fait d'affections leur interdisant de se rendre sur leur lieu de travail. Les y accompagner en transport sanitaire pourrait réduire la durée de ces arrêts de travail. Cette proposition peut paraître polémique – elle est d'ailleurs déjà apparue dans la presse comme un peu délirante –, mais ce n'est pas du tout le cas. Mme de Temmerman est partie d'un exemple qu'elle a connu dans son équipe, et ayant moi-même été praticien-conseil de l'assurance maladie, je trouve intéressant de lancer une expérimentation qui permettrait de mesurer la réduction des indemnités journalières qui en résulterait.

M. le rapporteur général. Je comprends l'intention : cet amendement concerne des personnes qui ne sont pas suffisamment malades pour être en arrêt de travail, mais trop pour aller travailler. Il soulève de nombreuses questions, car le cadre retenu est très général. Par ailleurs, le coût du transport sanitaire risque d'être exorbitant au regard de l'objectif. Je suggère le retrait de cet amendement, qui ne me semble pas mûr.

Mme Martine Wonner. Je ne suis pas la première signataire de cet amendement, et je ne pense pas que Mme de Temmerman souhaite que l'amendement soit retiré.

Mme Caroline Fiat. Tout peut arriver : je suis d'accord avec le rapporteur général sur cet amendement ! Ces arrêts de travail sont prescrits par des médecins ; ce sont eux qui déterminent si la personne est en état d'aller travailler. Faudra-t-il, à l'avenir, justifier de son incapacité à aller travailler en cas de fracture ? Une fracture est douloureuse, elle s'accompagne de traitements, il faut se rendre à des séances de kinésithérapie... Je trouve cet amendement plus que dangereux, et j'apporte – peut-être pour une unique fois – mon appui à M. le rapporteur général.

M. le rapporteur général. Madame Fiat, nous sommes plus souvent d'accord que vous ne le croyez !

La commission rejette l'amendement.

TITRE II PROMOUVOIR LA JUSTICE SOCIALE

Chapitre I^{er} Protéger les Français contre les nouveaux risques

Article 45

Indemnisation du congé de proche aidant

La commission examine les amendements AS820 et AS815 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Le groupe Socialistes et apparentés salue le début du financement du congé de proche aidant. Néanmoins, il nous semble que fixer à soixante-dix jours le volume maximal d'allocations journalières versées n'est pas suffisant sur l'ensemble d'une vie professionnelle. L'amendement AS820 tend à faire en sorte que ce dispositif puisse être renouvelé une fois selon des conditions fixées par décret, sans qu'il génère de surcoût.

Quant à l'amendement AS815, il prévoit que le Gouvernement fixe la durée maximale d'indemnisation par décret, et nous l'invitons à retenir la référence d'un an, au lieu de soixante-dix jours.

M. le rapporteur général. Je trouve ces amendements très intéressants, car ils posent le cas de figure d'un aidant qui deviendrait l'aidant d'une autre personne. Je suis très surpris qu'il n'ait pas été rejeté au titre de l'article 40 de la Constitution, sans doute parce que vous précisiez que le renouvellement se ferait sans surcoût – je ne vois pas comment, sauf en procédant par dons de congé de proche aidant.

La mise en œuvre de cette proposition risque d'être compliquée. Comment seraient gérées les cessions de droit à l'échelle nationale ? Je propose, dans un premier temps, d'en rester à la mise en place du dispositif proposé, qui représente déjà une grande avancée sociale ; un nouveau droit est créé. Je crains, de surcoût, que votre proposition ne remette en cause l'équilibre du dispositif. Je vous propose de retirer vos amendements, mais rien n'empêchera d'y revenir l'année prochaine, une fois le dispositif pleinement efficace.

La commission rejette successivement les amendements

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS931 de Mme Nathalie Elimas.

Mme Nathalie Elimas. Je me réjouis avec vous de la création de ce nouveau droit, mais on ne peut pas dire qu'il soit adapté à la réalité et aux besoins des aidants qui accompagnent un proche en perte d'autonomie. Nous proposons donc que le rapport sur le dispositif, prévu à l'alinéa 52, évalue la pertinence de ce dispositif au regard de la réalité vécue par les aidants, et propose des pistes d'amélioration afin de mieux correspondre à leurs besoins réels.

Suivant l'avis favorable du rapporteur général, la commission adopte l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS543 de Mme Caroline Fiat.

M. Adrien Quatennens. Nous saluons la prise de conscience par le Gouvernement des difficultés vécues par les 8,3 millions d'aidants que compte notre pays. Mais n'oublions pas que la situation de ces derniers est hétérogène puisque sont concernés non seulement des personnes âgées mais aussi de nombreux jeunes, actifs ou en âge de l'être. Or, lorsqu'on accompagne un proche malade, être privé d'emploi – ce qui est, hélas ! courant dans un pays où le chômage de masse persiste – n'est pas une chance : c'est une difficulté supplémentaire pour trouver sa place dans le monde du travail. C'est pourquoi tous les aidants doivent avoir droit à une indemnisation, même lorsqu'ils sont privés d'emploi. Quant aux minima sociaux, ils permettent de survivre. Or il est encore plus difficile de survivre lorsque plusieurs personnes sont à la charge du bénéficiaire. Les déplacements médicaux, les contraintes liées au rythme de la personne accompagnée compliquent le quotidien des aidants. Les allocataires de minima sociaux doivent donc également pouvoir bénéficier de l'indemnité versée aux proches aidants. C'est pourquoi nous demandons au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport sur l'extension du dispositif prévu à l'article 45.

M. le rapporteur général. Les allocataires de minima sociaux qui aident un proche continuent de percevoir les minima sociaux, qui sont, du reste, généralement supérieurs à l'indemnité du congé de proche aidant. En outre, il est déjà prévu que le Gouvernement remette un rapport au Parlement sur l'application des dispositions relatives à ce congé, notamment du point de vue de l'accès aux droits. Il est donc possible que les éléments que vous mentionnez soient pris en compte dans ce rapport. Proposition de retrait ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 45 modifié.

Article 46

Création d'un fonds d'indemnisation des victimes de pesticides

La commission est saisie de l'amendement AS652 de M. Dominique Potier.

M. Dominique Potier. Si vous le permettez, madame la présidente, je commencerai par une brève introduction, qui me permettra de défendre plus rapidement mes amendements à l'article 46.

Il y a neuf mois, le groupe Socialistes et apparentés défendait, devant cette même commission, une proposition de loi visant à créer un fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques, proposition de loi qui, un an auparavant, en février 2018, avait été adoptée à l'unanimité par le Sénat sur l'initiative du groupe Socialiste et républicain. Ce texte est l'aboutissement d'un combat de dix années mené par la société civile et incarné par Paul François et l'association Phyto-victimes. Toutefois, le processus législatif n'a pu aller à son terme en séance publique, pour des raisons liées à l'agenda de la niche parlementaire de notre groupe. Nous avons donc déposé plusieurs amendements au PLFSS, Agnès Buzyn ayant, partiellement, tenu sa promesse de consacrer un article du texte à la création de ce fonds d'indemnisation.

Je ne développerai pas, ici, l'ensemble de mes arguments puisque c'est en séance publique, face au Gouvernement, que nous devons, je crois, les faire valoir. Je vais donc les exposer le plus rapidement possible.

Si nous avons un dissensus avec le Gouvernement sur le dispositif proposé – que nous saluons, au demeurant –, c'est parce que nous ne sommes pas certains que celui-ci a un caractère universel, c'est-à-dire qu'il s'adresse à l'ensemble des catégories de victimes, travailleurs de la terre, et, surtout, parce qu'à la différence du Comité d'indemnisation des victimes d'essais nucléaires et du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, il ne prévoit pas une réparation intégrale, le lien de causalité n'ayant pas été établi. Nos amendements visent donc à conférer une portée universelle à ce fonds et à garantir le caractère intégral de la réparation.

J'en viens à l'amendement AS652.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Je croyais que vous l'aviez défendu : vous vous êtes déjà exprimé pendant deux minutes.

M. Dominique Potier. J'ai indiqué, madame la présidente, que je commencerais par une introduction de façon à pouvoir défendre plus rapidement mes amendements.

Cet amendement est très important – je souhaiterais donc obtenir une réponse précise – puisqu'il tend à définir les pesticides concernés, en y incluant les biocides et les produits vétérinaires.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Voilà qui est concis.

M. le rapporteur général. Cette question fera sans doute l'objet d'un débat avec le Gouvernement en séance publique. Votre amendement vise à reprendre la notion de pesticides telle qu'elle est définie par les tableaux 58 et 59 des maladies professionnelles. Cependant, le Gouvernement préfère maintenir la définition prévue par le projet de loi, à savoir celle de la directive de 2009, qui fait aujourd'hui référence au niveau européen. Par ailleurs, nous avons eu l'assurance,

au cours de nos auditions, que seraient bien pris en compte les pesticides, les biocides et les produits phytosanitaires dans leur ensemble. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine les amendements identiques AS149 de Mme Albane Gaillot et AS763 de M. Dominique Potier.

Mme Albane Gaillot. Je salue la création du fonds d'indemnisation, mais il ne s'agit que d'une première étape. Mes amendements ont pour objet de le rendre efficace et opérationnel. L'amendement AS149 tend ainsi à le doter d'une commission médicale indépendante chargée d'établir le lien de causalité afin d'éviter que la charge de la preuve ne pèse sur la victime.

M. Dominique Potier. D'autres députés, notamment Matthieu Orphelin et Albane Gaillot, ont rejoint l'initiative du groupe Socialistes et apparentés, et coopéré à la rédaction des amendements, dont beaucoup, du reste, ont été déclarés irrecevables.

L'amendement AS763 soulève la question très importante du lien de causalité et de l'identification de celui qui est chargé de l'établir. Dans le système actuel, celui de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), on constate que le délai de réponse est long ou qu'il n'y a pas de réponse. Seule une commission indépendante permettrait d'entrer dans un processus vertueux pour la reconnaissance des maladies et préjudices subis.

M. le rapporteur général. Vous souhaitez faciliter l'accès au dispositif d'indemnisation et créer, au sein du fonds, une commission médicale indépendante. Or cette demande me paraît satisfaite.

S'agissant des victimes professionnelles, le fonds fonctionnera selon le modèle en vigueur pour les demandes de réparation dans la branche AT-MP. Il instruira lui-même les demandes dans les cas où elles reposent sur les tableaux des maladies professionnelles. Un service médical sera chargé, au sein du fonds, d'évaluer le taux d'incapacité permanente dont dépend le montant du capital ou de la rente viagère versée à la victime.

Si les conditions pour obtenir l'indemnisation sur la base de ces tableaux ne sont pas réunies, il transmettra les demandes à un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles exclusivement dédié aux pesticides et internalisé au sein du fonds.

Enfin, une commission indépendante, composée d'experts médicaux, d'épidémiologistes ainsi que de spécialistes en droit de la réparation des dommages corporels et de la prise en charge médico-sociale, instruira les demandes faites au nom des enfants exposés durant la période prénatale dans un environnement professionnel.

La commission rejette les amendements.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS656 de M. Dominique Potier.

M. Dominique Potier. Cet amendement tend à substituer au mot « avéré », le mot « établi », qui est juridiquement plus précis.

M. le rapporteur général. J'étais tenté d'émettre un avis favorable, mais, à la réflexion, l'idée selon laquelle le mot « établi » serait préférable au mot « avéré » est discutable. Cela semble, en effet, supposer que le lien de causalité a déjà été établi. Je crains donc que l'on n'introduise une ambiguïté dans le dispositif. Êtes-vous sûr de vous, monsieur Potier ?

M. Dominique Potier. Je n'ai aucun doute sur ce point.

M. le rapporteur général. Je confirme les miens, mais nous pourrions y revenir en séance publique. Sagesse.

La commission adopte l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS767 de M. Dominique Potier.

M. Dominique Potier. Par cet amendement, qui est au moins aussi important que le précédent, nous proposons que le secret industriel ne puisse pas être opposé aux commissions *ad hoc*. Celles-ci doivent pouvoir interroger les entreprises phytopharmaceutiques sur la composition complète des produits en cause. La récente affaire de Rouen illustre, s'il en est besoin, la nécessité pour la puissance publique d'accéder à toutes les informations disponibles en la matière. Il y va de la juste réparation des préjudices subis par les victimes.

M. le rapporteur général. La notion de secret industriel est équivalente à celle de secret des affaires, qui est mentionnée dans le texte, à l'alinéa 22. Or, depuis la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection du secret des affaires, c'est cette dernière notion qui est privilégiée. Votre demande me paraît donc satisfaite. Proposition de retrait ou avis défavorable.

M. Dominique Potier. L'examen du texte que vous mentionnez nous a laissé un mauvais souvenir, car la loi précédente, dite Sapin 2, était plus exigeante. Par prudence, je maintiens donc l'amendement. Nous en reparlerons en séance publique.

M. Jean-Carles Grelier. Monsieur le rapporteur général, le texte fait référence à un accord conclu entre les entreprises phytopharmaceutiques et l'État. Dès lors, pourquoi l'industrie est-elle la seule à abonder le fonds d'indemnisation ? Il ne me semble pas qu'une participation de l'État soit prévue.

M. le rapporteur général. La participation de l'État non, mais celle de la « sécu » oui, *via* les cotisations AT-MP.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS151 de Mme Albane Gaillot et AS766 de M. Dominique Potier.

Mme Albane Gaillot. L'amendement AS151 vise à inscrire dans la loi le délai au terme duquel le fonds est tenu de présenter une offre d'indemnisation au demandeur, à compter de la recevabilité de la demande. Le délai de six mois est identique à celui qui a été retenu pour les demandes adressées au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.

M. le rapporteur général. Il n'est pas dans l'intérêt des victimes de fixer un délai trop bref, car, surtout dans la phase de démarrage du dispositif, certaines victimes risqueraient de recevoir une réponse négative, faute pour le fonds d'avoir eu suffisamment de temps pour établir le lien de causalité. Le mieux est parfois l'ennemi du bien. Avis défavorable.

Mme Albane Gaillot. Je maintiens l'amendement, car il convient d'imposer tout de même certaines contraintes. Ce n'est pas le premier fonds que nous créons ; nous avons une expérience en la matière. Il faut définir des objectifs clairs et offrir une visibilité aux victimes.

La commission rejette les amendements.

Puis elle examine l'amendement AS768 de M. Dominique Potier.

M. Dominique Potier. Cet amendement a trait au financement du fonds, qu'a évoqué M. Grelier. En la matière, la ministre a choisi une piste, celle d'une taxe assise sur le chiffre d'affaires, que nous avons évoquée – nous inspirant en cela de la taxe sur les GAFA de Bruno Le Maire – et qui présente l'avantage d'éviter que les industries ne répercutent immédiatement cette charge nouvelle sur le monde paysan. Le Gouvernement a ainsi retenu la taxe consacrée à la phyto-pharmacovigilance – que je connais bien pour avoir été à l'origine de sa création dans la LFSS 2014 –, qui vise à contrôler les effets épidémiologiques des molécules et des produits après leur mise sur le marché. Ainsi, c'est au titre de la phyto-pharmacovigilance qu'a été retiré du marché, il y a six mois, le métam-sodium qui était utilisé dans la culture de la mâche nantaise et dont on a découvert qu'il était toxique. Il s'agit donc d'un dispositif préventif.

Or nous craignons qu'en recourant à cette taxe, on n'amenuise l'effort de vigilance et de prévention. Nous proposons donc, par l'amendement AS768, de fixer un taux plancher progressif, de façon à n'avoir jamais à arbitrer entre la réparation due aux victimes et la prévention. J'ai compris que le Gouvernement ne souhaitait pas la création d'une nouvelle taxe affectée à la réparation des dommages subis par les victimes, mais une telle taxe aurait été plus lisible. Néanmoins, nous avons déposé, dans un état d'esprit très constructif, cet amendement qui permettrait au moins de protéger et les uns et les autres.

M. le rapporteur général. Le dispositif prévoit déjà de relever le plafond de la taxe. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient ensuite à l'examen de l'amendement AS152 de Mme Albane Gaillot.

Mme Albane Gaillot. Cet amendement vise à préciser que le produit de la taxe sur les produits phytosanitaires est affecté en priorité à l'ANSES et, pour le solde, au fonds d'indemnisation. À ce jour, le produit de cette taxe est affecté au financement et au fonctionnement de l'ANSES. Sa nouvelle affectation pourrait donc mettre en péril l'activité de cette agence, chargée de surveiller les effets indésirables des produits phytosanitaires sur la santé ou l'environnement.

M. le rapporteur général. Votre amendement est satisfait par le dispositif proposé par le Gouvernement, puisqu'il est prévu d'affecter le produit de la taxe sur les produits phytopharmaceutiques à l'ANSES à hauteur du plafond fixé au I de l'article 46 de la loi de finances pour 2012 et, pour le solde, au fonds d'indemnisation des victimes des pesticides.

M. Dominique Potier. À l'origine de ce fonds d'indemnisation, il y a une carence de la puissance publique et de l'industrie. L'alerte a été lancée à partir des années 1960-1970. Puis, en 2011-2012, le rapport Bonnefoy-Primas et celui de l'IINSERM sont publiés. Pourtant, il a fallu attendre longtemps avant que les molécules en cause soient retirées du marché. Du reste, certaines d'entre elles sont encore sur le marché aujourd'hui, pour des raisons économiques. Nous considérons donc qu'il ne faut pas opposer prévention et réparation, et qu'une participation, même symbolique, de l'État est nécessaire, car elle traduit une reconnaissance.

M. le rapporteur général. Vous oubliez la participation par le biais des cotisations AT-MP.

M. Dominique Potier. Le crantage qu'Albane Gaillot et moi-même proposons a le mérite de garantir et la prévention et la réparation.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS973 de Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. Il s'agit de préciser l'organisation du fonds d'indemnisation des victimes des pesticides qui sera adossé à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA). L'amendement tend ainsi à créer, au sein de cette structure, une commission médicale autonome chargée de rendre un avis sur les dossiers des demandeurs instruits par le fonds.

M. le rapporteur général. Votre amendement est similaire à l'amendement AS149 de Mme Gaillot. Demande de retrait ou avis défavorable.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie de l'amendement AS659 de M. Dominique Potier.

M. Dominique Potier. Cet amendement reprend les dispositions de la proposition de loi du Sénat, qui permettraient une gouvernance plus juste et plus fluide que celle qui est proposée par le Gouvernement et dont nous n'avons pas compris tous les ressorts.

De fait, je tiens à le dire, la concertation n'a pas été satisfaisante. Si je salue le geste d'Agnès Buzyn, qui a inséré cet article dans le PLFSS, je regrette vivement que le rapport du Gouvernement – après ceux, plutôt favorables à nos propositions, du Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux, de l'Inspection générale des affaires sociales et de Bercy –, qui nous avait été promis pour le mois d'avril, nous soit parvenu il y a dix jours seulement. Vous comprendrez que, n'ayant pu examiner les éventuels contre-arguments du Gouvernement, nous maintenions, par prudence, nos propositions initiales.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Le rapport qui était prévu pour le mois d'avril n'ayant été publié que dix jours avant l'examen du texte, on peut comprendre les interrogations de notre collègue Potier. Nous voterons donc cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS590 de Mme Hélène Vainqueur-Christophe.

Mme Hélène Vainqueur-Christophe. L'article 46 omet de prendre en compte la problématique du chlordécone en Guadeloupe et en Martinique. Il est vrai que cela fait maintenant vingt-six ans que cette molécule n'est plus utilisée, de sorte que les professionnels qui l'ont utilisée sont soit retraités, soit, hélas ! décédés. Dès lors, réserver le dispositif aux seuls professionnels des bananeraies serait presque anecdotique.

L'article 46 s'inscrit dans le régime AT-MP. Or les victimes du chlordécone, qui ont toute légitimité pour réclamer une indemnisation, sont non seulement les professionnels et leurs proches, mais aussi tous ceux qui ont subi un préjudice économique ainsi que toutes les personnes souffrant d'une pathologie résultant de l'utilisation du chlordécone. Nous demandons donc, par cet amendement, qu'un rapport dresse un premier bilan de l'effectivité de l'application de l'article 46 aux victimes professionnelles du chlordécone.

M. le rapporteur général. Votre amendement est satisfait par l'actualisation des tableaux des maladies professionnelles, qui est en cours et qui fait suite à l'engagement pris par le Président de la République, en

septembre 2018, en Martinique, de reconnaître les dommages causés par le chlordécone. L'ANSES a été saisie pour examiner la possibilité de créer un tableau de maladies professionnelles concernant cette molécule. Ses conclusions devraient être remises au cours du premier semestre de l'année 2020. Demande de retrait ou avis défavorable.

Mme Hélène Vainqueur-Christophe. Le rapport concerne la création du fonds d'indemnisation tel qu'il est prévu. Il semble que l'ouverture des tableaux professionnels au cancer de la prostate en particulier sera difficile.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Pour rappel, une commission d'enquête est en cours sur ce sujet.

La commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette les amendements identiques AS660 de M. Dominique Potier et AS805 de Mme Albane Gaillot.

Puis elle est saisie des amendements identiques AS661 de M. Dominique Potier et AS806 de Mme Albane Gaillot.

Mme Albane Gaillot. Le Gouvernement a fait le choix de retenir la définition des pesticides qui figure dans une directive européenne de 2009. Par l'amendement AS806, nous proposons que le Gouvernement évalue, dans un rapport, les conséquences sur le périmètre des éventuels bénéficiaires du fonds de l'exclusion des biocides et antiparasitaires vétérinaires de cette définition.

M. Dominique Potier. L'amendement AS661 a le même objet. Il s'agit de combler les carences que présente la disposition gouvernementale par rapport à la proposition de loi examinée et amendée par la commission des affaires sociales il y a neuf mois. D'une part, le dispositif proposé n'a pas de portée universelle du fait du caractère lacunaire de la définition des pesticides qui a été retenue et, d'autre part, nous n'avons pas de renseignements sur la situation de certaines catégories de personnels, notamment les indépendants et les fonctionnaires territoriaux. Le dialogue doit donc se poursuivre. J'en profite pour indiquer au Gouvernement que nous souhaiterions obtenir, en séance publique, des précisions concernant ces catégories de personnels. Sur la situation des enfants *in utero*, des conjoints d'exploitants et des retraités, nous avons été entendus. Nous demandons, certes, que soit étudiée dans un rapport la perspective d'une réparation intégrale, mais nous voulons obtenir dès maintenant des réponses sur le caractère universel du dispositif.

M. le rapporteur général. Je comprends qu'il s'agit d'un amendement d'appel ; il sera répondu à cet appel lancé au Gouvernement la semaine prochaine. Je précise cependant, mais vous le savez mieux que quiconque, qu'une expertise de l'INSERM est en cours, qui porte notamment sur les effets de pesticides sur les populations vulnérables, en particulier les femmes enceintes, et que d'autres

études sont réalisées par l'ANSES et Santé publique France sur l'impact de l'exposition environnementale aux pesticides, en particulier sur les publics fragiles, notamment les enfants.

Je pense, à titre personnel, qu'il est bon que nous ayons connaissance de ces données scientifiques ; il me paraît préférable que soit transmis aux politiques un rapport scientifique plutôt qu'un rapport politique – mais ce n'est que mon opinion. Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Elle en vient à l'amendement AS548 de M. Loïc Prud'homme.

M. Adrien Quatennens. Au début de la semaine, le tribunal a jugé que l'arrêté anti-pesticides pris par le maire de Langouët, Daniel Cueff, était légitime mais illégal, comme M. Macron l'a, du reste, indiqué lorsqu'il s'est exprimé sur ce sujet.

Par cet amendement, nous demandons au Gouvernement de présenter au Parlement un rapport sur la prise en charge des personnes exposées à des pesticides en dehors de leur activité professionnelle. Nous estimons, en effet, que l'indemnisation doit être étendue à l'ensemble des riverains présentant certaines affections et vivant à proximité de zones d'épandage de pesticides. Le fait même de vivre dans ces zones et de souffrir de telles affections permet généralement d'établir un lien de corrélation qui devrait suffire à justifier la prise en charge de ces personnes par le fonds d'indemnisation.

M. le rapporteur général. Même avis que sur l'autre demande de rapport : défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Enfin, elle adopte l'article 46 modifié.

Après l'article 46

La commission est saisie de l'amendement AS980 de Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. Cet amendement vise à confier à Santé publique France une mission de vigilance et de protection des riverains vivant à proximité des zones d'épandage de produits phytosanitaires. En effet, le fonds créé par cet article ne prévoit pas d'ouvrir l'indemnisation à des personnes qui auraient contracté une pathologie résultant d'une exposition non professionnelle. L'état des connaissances actuelles, tant sur le plan de la recherche scientifique que dans la pratique médicale, ne permet pas d'isoler un facteur ciblé « pesticides » qui serait à l'origine du développement d'une maladie telle qu'un cancer. Il n'en reste pas moins que l'utilisation des produits phytosanitaires peut être néfaste pour les personnes s'ils sont présents dans l'alimentation, l'eau, l'air, etc. Par exemple, les

riverains résidant à moins de 500 mètres d'une zone d'épandage peuvent courir des risques similaires à ceux qu'encourt l'agriculteur qui fait usage d'un pesticide. Il est ainsi absolument nécessaire de mettre en œuvre une politique de gestion sanitaire et préventive pour les citoyens vivant quotidiennement à proximité de ces substances.

M. le rapporteur général. Votre amendement est satisfait, car Santé publique France peut déjà, en sa qualité d'agence scientifique dans le champ sanitaire, mener toutes les études épidémiologiques qu'elle souhaite sur la question des pesticides. La précision proposée n'est donc pas nécessaire. Demande de retrait.

L'amendement est retiré.

Article 47

Élargissement des missions du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés au secteur médico-social pour la modernisation des structures de réadaptation des accidentés de la route

La commission adopte l'article sans modification.

Après l'article 47

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette successivement les amendements AS908 et AS907 de Mme Justine Benin.

Chapitre II

Lutter contre la reproduction des inégalités sociales et territoriales

Article 48

Création du service public de versement des pensions alimentaires

La commission adopte l'article sans modification.

Article 49

Améliorer l'information sur l'accès aux modes d'accueil des jeunes enfants

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement de suppression AS302 de M. Marc Le Fur.

Puis elle examine l'amendement AS106 de Mme Laurence Vanceunebrock-Mialon.

Mme Laurence Vanceunebrock-Mialon. Le présent amendement vise à favoriser la coopération entre les établissements et services accueillant des enfants de moins de 6 ans et les collectivités territoriales et opérateurs privés

gestionnaires, comme les crèches privées. L'objectif est d'assurer une meilleure coordination de tous les acteurs jouant un rôle dans l'accueil des jeunes enfants. Cette disposition a été préconisée par la Cour des comptes.

M. le rapporteur général. Je comprends le principe de votre amendement mais il ne fonctionne pas. Vous confiez à des collectivités des missions qui ne figurent pas dans l'article, ce qui crée une vraie confusion sur le plan juridique. Je vous propose de le retirer et de le retravailler en vue de la séance.

L'amendement est retiré.

La commission en vient à l'examen de l'amendement AS303 de M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. J'ai fait une erreur en cosignant l'amendement AS302 de Marc Le Fur, car je ne suis pas favorable à la suppression de l'article 49. Ce dernier résulte du rapport sur la politique familiale que nous avons rédigé avec Guillaume Chiche, qui n'a jamais été publié mais a quand même laissé quelques traces.

Je suis favorable à ce que l'on soumette les établissements et services accueillant des enfants de moins de 6 ans à une obligation de communication par voie électronique de leurs disponibilités d'accueil à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et à la CCMSA. Cela me semble être une solution efficace pour une meilleure information du public sur les places de crèches disponibles.

Toutefois, cette proposition pose problème sur un point : l'article 49 soumettra les assistantes maternelles, qui exercent leur profession de manière indépendante, à la même obligation que celle pesant sur les crèches et les établissements conventionnés. Pire, les assistantes maternelles, qui n'ont pas toujours une vie très facile, perdront leur agrément si elles ne s'y conforment pas. C'est pourquoi cet amendement vous propose de supprimer les alinéas 4 à 7 de l'article 49, qui concernent spécifiquement les assistantes maternelles.

M. le rapporteur général. L'article 49 vise à donner plus de lisibilité aux parents. Si nous n'associons pas les 425 000 assistantes maternelles au dispositif, celui-ci perd de son sens. Cela signifierait que les parents auraient accès aux informations concernant les crèches, mais pas les assistantes maternelles. Je comprends votre inquiétude, mais l'idée est vraiment de permettre aux familles de s'adapter à tous les imprévus pour leur permettre de réintégrer plus facilement leur vie professionnelle. Cela prendra peut-être un peu de temps, mais l'objectif est louable et nous souhaitons l'atteindre.

M. Gilles Lurton. J'ai reconnu d'emblée que l'objectif était louable, mais je ne vois pas comment nous pouvons soumettre les assistantes maternelles, qui sont des travailleurs indépendants, à une telle obligation.

La commission rejette l'amendement.

Elle adopte ensuite l'article 49 sans modification.

Après l'article 49

La commission examine l'amendement AS2 de M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. C'est un amendement que je dépose à chaque PLFSS depuis que le Gouvernement, sous le précédent quinquennat, a pris la décision de reporter le versement de la prime de naissance après la naissance de l'enfant. C'est une aberration totale, car les besoins financiers des parents attendant un enfant surviennent généralement avant la naissance, pour acheter le berceau, aménager la chambre de l'enfant ou acheter tous les vêtements dont ils ont besoin pour préparer dans la joie l'arrivée de leur enfant. Le présent amendement vise donc à revenir à un versement de la prime de naissance avant la naissance de l'enfant.

Je suis conscient que cette proposition a un coût de 250 millions d'euros mais, après tout, c'est ce qui est entré dans les caisses de l'État quand la précédente ministre de la santé a pris la décision de reporter ce versement pour de simples raisons de trésorerie. Pour équilibrer un budget, on a décidé qu'une fois de plus, les familles trinqueraient !

M. le rapporteur général. Je comprends l'esprit de cet amendement. Le gouvernement précédent avait différé le versement de la prime de naissance pour des raisons de trésorerie – 210 à 250 millions d'euros pour la branche famille, ce n'est pas une bagatelle ! Ce n'est pas neutre dans un budget de la sécurité sociale et, pour les familles modestes, il existe un dispositif de prêt sans frais, garanti par les caisses d'allocations familiales (CAF). Ce décalage est ainsi particulièrement indolore pour les familles qui sont dans la difficulté financière. Pour des raisons de trésorerie, et comme l'année dernière, l'avis est donc défavorable.

M. Gilles Lurton. Nous avons parlé de ce prêt à maintes reprises. Je trouve humiliant de contraindre les familles dans la difficulté à demander un prêt alors qu'auparavant, la prime était versée avant la naissance. Certes, le coût est de 250 millions mais je rappelle que, cette année encore, la branche famille est excédentaire. Or, à chaque fois que le Gouvernement a besoin d'équilibrer son budget, c'est la branche famille qui trinque !

Mme Caroline Fiat. Savez-vous ce que c'est que de se rendre à la CAF pour demander un prêt ? Il faut parfois poser une journée de congé pour faire sa demande – tout le monde ne maîtrise pas internet. De plus, ce droit à un prêt n'est pas connu de tous, et il existe des familles, dont j'ai fait partie, qui gagnent 5 ou 6 euros de trop pour pouvoir en bénéficier. Est-ce que vous savez ce que cela fait d'accueillir un enfant sans avoir un lit, un siège auto, un chauffe-biberon ou des vêtements ? Ne pensez pas seulement à vos problèmes de trésorerie, pensez aussi à l'arrivée de l'enfant dans son foyer ! Je voterai cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine les amendements AS974 et AS975 de Mme Nathalie Elimas.

Mme Nathalie Elimas. Ces deux amendements traitent du même sujet, à savoir la prime à la naissance. Je ne reviendrai pas sur les arguments avancés par Gilles Lurton et Caroline Fiat. Il est en effet pertinent que cette prime soit versée avant la naissance, et c'est l'objet de l'amendement AS974. Comme l'année dernière, nous proposons un amendement de repli, AS975, en deux temps : versement par moitié de la prime, avant et après la naissance, la première année, puis, l'année suivante, une fois les comptes revenus à l'équilibre, versement de la totalité avant la naissance.

Concernant le prêt, vous vous étiez engagé en séance, l'année dernière, à ce qu'une circulaire soit envoyée aux CAF afin de les sensibiliser au fait que les familles défavorisées n'ont pas forcément connaissance de l'existence de ce prêt. Le problème est que cette circulaire n'a pas été envoyée.

Ces deux amendements vont dans le sens d'une politique familiale juste et cohérente, conforme aux ambitions affichées par le Président de la République lors de son allocution à l'issue du Grand débat national, le 25 avril dernier. Mme la ministre nous avait, en outre, dit en séance qu'après l'échec de la mission Chiche-Lurton, elle relancerait les travaux cette année en vue d'élaborer des mesures favorisant la natalité. Je sais qu'une mission d'information est en cours, mais nous ferions bien de voter cet amendement de repli.

M. Gilles Lurton. Très bien !

M. le rapporteur général. J'entends les arguments de Mme Elimas comme je les entendais l'année dernière, et je les comprends, mais j'émet un avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette ensuite l'amendement AS604 de M. Paul Christophe.

Puis elle examine l'amendement AS549 de M. Jean-Hugues Ratenon.

M. Jean-Hugues Ratenon. Le manque de places en crèches pour accueillir les jeunes enfants doit être traité en priorité. Il conditionne l'autonomie des parents et le retour à l'emploi, en particulier des femmes : celles-ci sont souvent contraintes de ne pas reprendre leur emploi ou de le reprendre à temps partiel, ou subissent les contraintes financières liées au mode de garde, privé ou individuel.

Au-delà de l'objectif d'aide aux familles, les crèches jouent un rôle de socialisation essentiel pour les enfants. Ce mode de garde, géré par des

professionnels reconnus par l'État, est un premier pas vers l'autre. Or il semble que les places manquent cruellement. Selon une étude de l'Association des maires de France de 2017, la France compte 437 600 places de crèches pour près de 770 000 naissances par an. Comme les enfants peuvent y rester trois ans, seules 145 000 places sont disponibles chaque année. En d'autres termes, seul un enfant sur huit peut être accueilli. Si ces chiffres sont réels, ils expriment une lacune criante de notre pays envers les enfants et les familles. Nous demandons un rapport permettant d'établir un chiffre précis des besoins afin que ces derniers puissent être pris en compte dans le prochain budget de la sécurité sociale.

M. le rapporteur général. Avis défavorable. Je rappelle que le Gouvernement s'est engagé, dans la dernière convention d'objectifs et de gestion avec la CNAF, à un objectif d'ouverture de 30 000 places de crèches supplémentaires, en priorité dans les quartiers de la politique de la ville, et à un objectif de formation de 600 000 professionnels.

Nous avons également un lourd problème de remplissage des crèches existantes : le taux d'occupation réel des 409 000 places en établissements d'accueil du jeune enfant, hors microcrèches, s'élève à 62,2 % des heures disponibles, représentant une perte théorique de 154 000 places.

Mme Caroline Fiat. Votre réponse démontre que la demande de rapport est pertinente, car il est très étonnant que des crèches n'aient pas suffisamment d'enfants. Peut-être sont-elles mal situées ? En tout cas, cette question entre parfaitement dans l'objet de notre rapport. Nous maintenons donc cet amendement, qu'il faut vraiment adopter.

La commission rejette l'amendement.

Article 50

Mesures de convergence des prestations familiales à Mayotte

La commission adopte l'article 50 sans modification.

Après l'article 50

La commission examine les amendements AS10 et AS11 de M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Je viens de défendre à l'instant dans l'hémicycle l'amendement visant à replacer le quotient familial à son niveau d'avant la loi de finances pour 2013, accompagné en cela par Mme Elimas.

L'abaissement du plafond du quotient familial a été le premier coup porté à l'universalité de la politique familiale, le deuxième l'ayant été en 2015, lorsque la précédente majorité a pris la décision de moduler les allocations familiales en fonction des ressources des bénéficiaires.

La politique familiale doit être horizontale, c'est-à-dire qu'elle vise à compenser l'arrivée d'un enfant dans un foyer. Élever trois, quatre ou cinq enfants, ce n'est pas la même chose que d'en élever un ou deux : le pouvoir d'achat de la famille en est fortement diminué, même si, souvent, les familles nombreuses forment de très belles familles. Ces deux amendements visent donc à réaffirmer que la politique familiale est universelle.

M. le rapporteur général. Les allocations familiales, bien que modulées en fonction des revenus, sont toujours universelles dans la mesure où tout le monde les perçoit. Nous n'allons pas refaire le débat sur la politique familiale, et vous connaissez ma position sur la modulation des allocations familiales en fonction des revenus : j'estime qu'avec les revenus que mon foyer perçoit, et avec deux enfants, les 32 euros d'allocations familiales mensuelles seraient peut-être plus utiles à des familles en difficulté. Je n'ai toutefois pas eu gain de cause, il y a deux ans, lorsque j'avais proposé cette disposition et, de fait, les allocations familiales sont restées universelles. L'amendement AS10 est donc satisfait.

Avis défavorable aux deux amendements.

La commission rejette successivement les amendements.

Elle passe à l'amendement AS12 de M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Depuis 2012, un grand nombre de mesures ont été adoptées au détriment des familles : baisse répétée du quotient familial ; modulation des allocations familiales ; congé parental partagé limitant la durée maximale pour un parent à deux ans au lieu de trois ; prime de naissance versée après la naissance et non avant ; promesses non tenues concernant les modes de garde ; conditions plus drastiques et baisse des montants pour l'allocation de base de la prestation d'accueil jeune enfant. Depuis des années, la politique familiale est la grande victime de tous les PLFSS que nous avons votés, en dépit des débats que, avec d'autres, j'ai essayé d'engager sur ce sujet. Le présent amendement a donc pour objet la remise d'un rapport sur les conséquences des mesures adoptées sur la politique familiale depuis 2012 jusqu'à 2018.

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

Article 51

Faciliter la création de caisses communes de sécurité sociale

La commission adopte l'article sans modification.

Chapitre III

Prendre en compte les parcours, les situations et les transitions

Article 52

Revalorisation différenciée des prestations sociales

La commission examine les amendements de suppression AS118 de M. Pierre Dharréville, AS441 de Mme Jeanine Dubié et AS467 de M. Jean-Pierre Door.

M. Alain Bruneel. L'article 52 prévoit la sous-revalorisation des prestations sociales au regard de l'inflation réelle. Hormis les retraites inférieures à 2 000 euros, les allocations familiales et les pensions de retraite supérieures au seuil précité ne seront augmentées que de 0,3 % l'année prochaine, c'est-à-dire un pourcentage inférieur à l'inflation, qui sera de 1 % en 2020, selon les prévisions.

Or, selon le principe général de l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, la revalorisation des prestations sociales est indexée sur l'inflation afin d'éviter une perte de pouvoir d'achat des bénéficiaires des prestations sociales. Alors que le Gouvernement prétend défendre le pouvoir d'achat à travers ce PLFSS 2020, cet article démontre le contraire en s'attaquant aux prestations des ménages. L'amendement AS118 a donc pour objet la suppression de l'article 52.

M. le rapporteur général. Je ferai une réponse groupée pour l'ensemble des amendements à l'article 52.

Je ferai d'abord un rappel de la raison pour laquelle cet article existe dans le PLFSS : l'année dernière, nous avons adopté la sous-indexation de l'ensemble des pensions de retraite pour les années 2019 et 2020. La mesure a été appliquée en 2019 mais elle n'est pas applicable en 2020 puisque le Conseil constitutionnel, pour des raisons de forme, avait considéré que l'on ne pouvait pas anticiper la sous-indexation des prestations sociales pour 2020.

Par la suite, le Président de la République a annoncé des mesures en faveur du pouvoir d'achat. Nous revenons sur la sous-indexation, conformément à ce que nous avons prévu l'année dernière : les pensions des retraités percevant moins de 2 000 euros bruts par mois seront réindexées sur l'inflation pour l'année 2020. La mesure que nous votons a une amplitude en termes d'économies bien moindre que celle que nous avons adoptée l'an passé, puisque les retraités percevant 2 000 euros ou moins de retraite ne sont plus concernés par la sous-indexation. Il s'agit donc d'une réécriture d'une partie de l'amendement que nous avons adopté l'année dernière et qui avait été censuré par le Conseil constitutionnel.

À côté de cela, nous faisons le choix de préserver 1 milliard d'euros de pouvoir d'achat en 2020 pour la partie retraite et invalidité ; c'est un choix politique très fort. Dans le même temps, le montant de l'allocation de solidarité

aux personnes âgées (ASPA) a été porté de 868 euros à 903 euros par mois. Enfin, en 2019, le pouvoir d'achat des ménages a augmenté de 850 euros en moyenne – ce n'est pas la majorité qui le dit, mais l'Observatoire français des conjonctures économiques. C'est du jamais vu depuis 2007 ! Avis défavorable.

M. Boris Vallaud. Vous tentez de nous faire croire que les pensions supérieures à 2 000 euros seraient une faveur : c'est faux ! Il s'agit d'un droit inscrit dans le code de la sécurité sociale, qui vise à garantir que le pouvoir d'achat des pensionnés ne s'érode pas au fil du temps.

Mesurez bien que vous êtes en train d'introduire une rupture d'égalité en fonction de la constitution des pensions. Je citerai deux exemples posant un problème d'équité. Soit, d'un côté, un ancien fonctionnaire percevant une pension de la fonction publique de 2 500 euros et, de l'autre, un ancien cadre percevant une pension de 3 000 euros – 1 000 euros au titre du régime général et 2 000 euros au titre de l'AGIRC-ARRCO. Le premier sera sous-indexé sur 2 500 euros tandis que le second, avec une pension plus élevée, ne sera sous-indexé que sur 1 000 euros.

Second exemple : deux couples gagnent 4 000 euros de pension au total. Le premier couple perçoit deux pensions de 2 000 euros : il ne subit donc pas de sous-indexation. Le second couple perçoit une pension de 3 000 euros et une autre de 1 000 euros : la pension de 3 000 euros sera sous-indexée. Cette rupture d'égalité soulève, à mon sens, un problème constitutionnel ; nous poserons d'ailleurs la question dans le recours que nous ferons devant le Conseil constitutionnel.

Les pensions ne sont pas des libéralités ; les gens ont cotisé pour les obtenir. La modification de l'indexation des pensions ne peut être le fait du prince. Il faut donc soutenir la suppression de cet article. C'est une question d'égalité républicaine.

M. Gilles Lurton. Je partage évidemment totalement les propos de M. Vallaud. J'ajoute que l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) vient de publier des chiffres montrant que, depuis le début du quinquennat, le pouvoir d'achat des retraités a diminué de 400 euros par personne et par an : c'est absolument considérable !

M. le rapporteur général. Ce n'est pas possible : ces chiffres ne tiennent pas compte de la réforme de la taxe d'habitation !

M. Gilles Lurton. Ce sont les chiffres que l'INSEE vient de publier ! Je ne comprends vraiment pas votre politique de matraquage des retraités.

M. Pierre Dharréville. La retraite est un droit ; des règles la régissent, des cotisations sont versées, il y a une mutualisation. Or vous mettez à mal cette logique de garantie avec la disposition que vous nous proposez. En quelque sorte, cela clarifie le débat à venir sur la réforme des retraites, en nous donnant des

indications précieuses sur ce que vous voulez faire ensuite : vous commencez par affaiblir le droit à la retraite et les garanties collectives en portant atteinte aux droits acquis. Je m'opposerai donc naturellement à cette disposition.

M. Boris Vallaud. Certains silences sont un peu gênants. Je crois avoir fait la démonstration extrêmement précise du caractère inéquitable de cette réforme. Cela appelle au moins un commentaire de la part du rapporteur général ! Les retraités, en fonction de la situation, seront traités différemment : comment pouvez-vous justifier cela ?

M. le rapporteur général. Je prends acte que vous avez déjà prévu de saisir le Conseil constitutionnel de ce PLFSS, quelle que soit mon opinion. N'étant pas moi-même constitutionnaliste, je vous propose de saisir le Conseil constitutionnel quand le texte sera voté : il vous répondra !

La commission rejette les amendements.

Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS117 de M. Pierre Dharréville et AS846 de M. Joël Aviragnet.

M. Pierre Dharréville. Alors que le pouvoir d'achat des retraités est mis à mal par diverses mesures gouvernementales depuis deux ans, l'amendement AS117 proposé de revaloriser toutes les prestations sociales de 1 % pour l'année 2020, soit le montant de l'inflation prévu. Cela ne serait que justice !

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement AS846 est identique à celui que Pierre Dharréville a parfaitement présenté. Il est donc défendu.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

M. Boris Vallaud. Je prends acte que M. Véran n'est pas constitutionnaliste. Peut-il nous dire ce qu'il pense, en tant que rapporteur général du PLFSS, de cette rupture d'égalité entre les retraités ?

Je vous vois, madame la présidente, hocher la tête comme si ce dont je parle n'était pas important...

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Cela fait trois fois que vous posez la même question et trois fois que le rapporteur général vous répond. J'estime que vous avez eu votre réponse.

M. Boris Vallaud. Non, je n'ai pas eu de réponse !

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. On ne va pas passer deux heures sur la même question.

M. Boris Vallaud. Madame la présidente, cela s'appelle le débat parlementaire.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Merci pour vos précisions sur l'importance et sur le débat. Mais je connais tout cela !

M. Boris Vallaud. Ma question s'adressait au rapporteur général.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Mais c'est à moi que vous vous adressez, et je vous réponds. Merci de faire preuve d'un peu de correction.

Monsieur le rapporteur général, je vous demande de bien vouloir répondre à M. Vallaud.

M. le rapporteur général. Bonjour, monsieur Vallaud !

Vous avez fait la distinction entre pension complémentaire et pension de base, alors que c'est le montant total des pensions d'un retraité qui est pris en compte. J'en veux pour preuve ce qui est écrit dans le texte : « *Pour les assurés dont le montant total des pensions avant revalorisation est supérieur à 2 000 euros et inférieur ou égal à 2 008 euros, le coefficient mentionné à l'article L. 161-25 du même code est égal à 1,008. Pour les assurés dont le montant total avant revalorisation est supérieur à 2 008 euros et inférieur ou égal à 2012 euros, le coefficient est égal à 1,006.* » On prend bien systématiquement en compte le montant total des pensions avant revalorisation.

M. Pierre Dharréville. Y a-t-il une bonne raison pour revaloriser les pensions de 0,3 % seulement, alors que le taux d'inflation prévu est de 1 % ?

Mme Caroline Fiat. Je soutiendrai l'amendement de M. Dharréville, parce que chacun de nous connaît dans sa circonscription des personnes, parfois retraitées, qui sont obligées de fouiller les poubelles pour manger. J'aimerais ne plus voir de telles scènes.

La commission rejette les amendements.

Elle est saisie de l'amendement AS508 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Paul Christophe. L'instauration d'un taux de revalorisation différent selon le niveau des pensions de retraite vise à instaurer une inégalité entre les retraités se trouvant dans une situation juridique identique. En outre, cette revalorisation différenciée est source d'erreurs, de contestations et de contentieux pour tous les calculs assis en tout ou partie sur le taux de revalorisation des pensions de retraite. Le présent amendement vise donc à supprimer cette différenciation.

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

Puis elle examine les amendements identiques AS249 de M. Jean-Pierre Door, AS888 de M. Paul Christophe et AS934 de Mme Nathalie Elimas.

M. Gilles Lurton. Nous passons, avec l'amendement AS249, des retraites aux prestations familiales qui ne seront, elles, réindexées sur rien du tout. Déjà, dans la LFSS 2019, le Gouvernement et la majorité avaient supprimé l'indexation des pensions familiales sur l'inflation. Cette mesure conduit à ce que 100 millions d'euros supplémentaires seront retirés aux familles du fait d'une nouvelle sous-indexation, pour la deuxième année consécutive, des prestations familiales. Le quasi-gel de ces prestations sur deux ans devrait ainsi engendrer une économie de 400 millions d'euros aux dépens des familles. Non seulement c'est la première fois depuis de très nombreuses années qu'un PLFSS ne comporte aucune mesure en faveur des familles, mais de surcroît on diminue les prestations de 400 millions d'euros. Cela devient insupportable pour les familles !

M. Paul Christophe. L'amendement AS888 est défendu sur la même ligne que vient de le faire M. Lurton.

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

Puis elle adopte l'article 52 sans modification.

Article 53

Simplification de la transition vers la retraite des bénéficiaires de minima sociaux

La commission est saisie de l'amendement AS964 de Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Le I de l'article 53 vise à simplifier la transition entre l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et la retraite à travers un régime de substitution de la pension de vieillesse pour inaptitude pour les bénéficiaires de l'AAH. Or il apparaît que, sous ce régime de substitution, les droits à l'AAH prendraient fin automatiquement et que le cumul avec l'AAH ne serait plus possible, alors que les personnes qui liquident leurs droits à la retraite et arrêtent de travailler peuvent cumuler, sous réserve du montant de leurs ressources et de leur taux d'incapacité, leur pension de retraite avec l'AAH.

En outre, les garanties législatives visant à éviter les ruptures de droits entre AAH et retraite existent déjà. La nouvelle disposition risque d'empêcher la mise en œuvre effective de cette disposition et d'introduire de l'incertitude, à l'opposé de l'objectif recherché. Elle devrait être, en conséquence, retirée.

Si l'objectif est la simplification de la transition entre AAH et retraite, il faudrait que soit établi un lien systématique entre CAF et caisses de retraite, de sorte que les premières puissent demander directement aux secondes la situation des usagers au regard de leurs cotisations et verser automatiquement l'AAH en conséquence, sans démarche supplémentaire des usagers.

M. le rapporteur général. Dans la pratique, on observe que, compte tenu de la complexité de la procédure et du public concerné, de nombreux bénéficiaires de l'AAH ne procèdent pas à leur demande de retraite dans les délais, malgré les démarches entreprises par les caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) qui contactent les bénéficiaires de l'AAH en amont de leurs 62 ans.

En fait, le dispositif prévu à l'article 53 est plutôt une mesure de simplification, d'une part, pour les bénéficiaires de l'AAH qui n'auront plus à se préoccuper de demander leurs droits à la retraite, d'autre part, pour les caisses de sécurité sociale, en particulier les CARSAT, qui n'auront pas à relancer à de multiples reprises des personnes qui ne se manifestent pas. Cette mesure a un coût de 3 millions d'euros par an, et elle est plutôt positive.

Je vous invite à retirer l'amendement. À défaut, j'y serai défavorable.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Cet amendement s'intéresse surtout à maintenir les possibilités de cumul qui, bien que limitées, existent actuellement. Je crains que cette nouvelle disposition ne les empêche.

La commission rejette l'amendement.

Elle passe à l'amendement AS970 de Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Il s'agit de supprimer l'alinéa 15 de l'article 53. Actuellement, les personnes au revenu de solidarité active (RSA) peuvent améliorer, à 65 ans, leur situation financière avec l'ASP, d'un montant de 868,20 euros pour une personne seule. L'occasion, pour une personne de 65 ans bénéficiant du RSA, de majorer ses droits à la retraite en trouvant une activité entre 65 ans et 67 est très faible. En outre, dans la perspective d'une refonte des régimes de retraite, un âge pivot de 64 ans pourrait être retenu. Aussi ne paraît-il pas pertinent de repousser les droits d'accès à ce minimum vieillesse.

M. le rapporteur général. Ce n'est pas, madame de Vaucouleurs, que je ne veuille pas vous répondre, mais je n'ai tout simplement pas la lecture de la problématique que vous soulevez, et les administrateurs ne voient pas non plus où est l'os, pour reprendre la réplique d'un célèbre film.

Votre amendement est satisfait parce que le dispositif proposé n'interdira pas à un bénéficiaire du RSA de demander l'ASP à 65 ans. Mais s'il préfère rester au RSA jusqu'à 67 ans pour toucher une retraite à taux plein et avoir accumulé suffisamment de droits, il ne sera plus obligé, comme c'est le cas aujourd'hui, de demander l'ASP dès 65 ans. La mesure proposée donne donc le libre choix au bénéficiaire du RSA et est une mesure de simplification. Lors des auditions, le problème que vous semblez redouter n'a été souligné à aucun moment.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 53 sans modification.

Après l'article 53

La commission examine, en discussion commune, l'amendement AS605 de M. Jean-Hugues Ratenon ainsi que les amendements identiques AS552 de Mme Ericka Bareigts et AS849 de M. Joël Aviragnet.

M. Jean-Hugues Ratenon. L'ASPA est une allocation servie aux personnes âgées aux revenus peu élevés. Elle relève de la solidarité nationale, comme l'assure le Préambule de la Constitution de 1946, selon lequel « *La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement* ».

De nombreuses personnes âgées qui pourraient prétendre à l'ASPA refusent de faire valoir leurs droits en raison du prélèvement sur succession qui aura lieu après leur décès pour rembourser en partie l'allocation qui leur aura été octroyée. Cette situation est fréquente dans les territoires d'outre-mer, où la pauvreté et le chômage de masse ont créé des générations entières de personnes retraitées aux très bas revenus. Cela entraîne beaucoup de souffrance dans les familles, et l'isolement des personnes âgées est de plus en plus préoccupant.

Considérant que ce fonctionnement bafoue la tradition française de solidarité nationale, nous proposons de supprimer le dispositif de récupération sur succession.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement AS552 tend également à supprimer le recours sur succession concernant la résidence principale du bénéficiaire.

M. le rapporteur général. Il s'agit là d'un sujet dont nous débattons à chaque examen du PLFSS. La récupération sur succession au titre de l'ASPA est la contrepartie du fait que cette allocation se substitue à l'obligation de solidarité familiale. Les familles les plus modestes ne sont pas concernées par ce dispositif puisque les sommes versées au titre de l'ASPA sont récupérables si l'actif net de la succession dépasse 39 000 euros en métropole et 100 000 euros dans les territoires d'outre-mer.

M. Joël Aviragnet. Il faudrait relever le plafond de 39 000 euros ou supprimer la récupération sur succession lorsqu'elle touche la résidence principale. En campagne, il s'agit souvent d'un élément du patrimoine familial auquel on a un attachement affectif.

Mme Caroline Fiat. Heureusement pour mes grands-parents, dans les années 1960-1970, il était un peu plus simple d'être propriétaire de sa maison ! Pour une maison de famille, il faudra que les enfants et petits-enfants du bénéficiaire remboursent une allocation de solidarité. Quant aux plafonds,

39 000 ou 100 000 euros, cela peut sembler élevé, mais même avec une petite maison, ils sont vite dépassés.

La commission rejette successivement les amendements.

Article 54

Suppression du dispositif de rachat de rente d'accident du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP) et simplification de la notification du taux AT-MP aux employeurs

La commission est saisie de l'amendement AS1021 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Cet amendement vise à préserver les modalités de calcul des taux de cotisations AT-MP.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle passe à l'amendement AS1020 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Cet amendement vise à mieux étaler la dématérialisation des notifications de taux AT-MP.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 54 modifié.

Article 55

Rénovation des politiques d'indemnisation de l'incapacité de travail de longue durée

La commission adopte l'article 55 sans modification.

Après l'article 55

La commission étudie l'amendement AS553 de M. Jean-Hugues Ratenon.

Mme Caroline Fiat. Les incapacités de travail de longue durée excluent les personnes de l'emploi sur de très grandes périodes. Aux souffrances physiques et morales de cette incapacité s'ajoute un sentiment d'exclusion et de déclassement pour le salarié qui voit aussi ses revenus affectés et sa situation personnelle se dégrader. C'est là que notre système collectif de protection sociale prend son sens. Fondé sur le principe que chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins, il assure une solidarité nécessaire face à tous les imprévus de la vie. C'est la différence entre une société du chacun pour soi et une société de la coopération. La coopération fonde ainsi notre contrat social depuis la mise en place du programme du Conseil national de la Résistance.

Une faible indemnisation des travailleurs en incapacité de travail de longue durée aurait plusieurs effets délétères. Ayant une conséquence immédiate sur le niveau de vie, elle inciterait à la reprise de l'emploi coûte que coûte, au mépris de toute considération de santé. Elle pourrait donc entraîner une baisse de la qualité de vie, un renoncement accru à de nouveaux soins et mener à un arrêt définitif du travail en cas d'aggravation. En fin de compte, une faible indemnisation ne serait un bon calcul ni pour les assurés ni pour les comptes sociaux.

C'est pourquoi nous demandons au Gouvernement de nous remettre un rapport précis sur les coûts induits pour la sécurité sociale d'un si faible taux d'indemnisation pour incapacité de travail de longue durée.

M. le rapporteur général. Le niveau des pensions d'invalidité est un vrai sujet. La Cour des comptes, dont nous avons reçu le Premier président Didier Migaud, l'a d'ailleurs rappelé dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Néanmoins, l'article 55 répond déjà largement à votre préoccupation. Il prévoit une modification du calcul de l'écrêtement sur le cumul entre revenus d'activité et pension d'invalidité, qui permettra d'encourager la reprise d'activité sans perte financière pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité. Il modifie également le mode de calcul des pensions d'invalidité agricoles dont le niveau était très bas. Les représentants de la CCMSA que nous avons reçus ont estimé qu'il s'agissait là d'un dispositif important, quitte à ce que leurs cotisations augmentent pour pouvoir le financer. L'article 55 propose également une revalorisation exceptionnelle de l'allocation supplémentaire d'invalidité, dont l'augmentation ces dernières années était plus faible que d'autres minima sociaux.

Vous connaissez mon désamour pour les rapports, même si c'est un contournement de l'article 40 que je peux parfaitement comprendre. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Vous comprendrez aussi que, pour subvenir à leurs besoins, des personnes décident d'elles-mêmes de se tuer littéralement au travail en mettant fin à un arrêt de travail de longue durée qui leur assure des moyens insuffisants.

La commission rejette l'amendement.

Article 56

Assouplissement des conditions de recours au travail aménagé ou à temps partiel et évolution des modalités de versement des indemnités journalières

La commission est saisie des amendements identiques AS250 de M. Jean-Pierre Door, AS557 de M. Jean-Hugues Ratenon, AS575 de M. Pierre Dharréville, AS876 de Mme Nathalie Elimas et AS889 de M. Paul Christophe.

M. Alain Ramadier. L'amendement AS250 tend à supprimer la réduction des indemnités journalières pour les parents de familles nombreuses. En l'état actuel du droit, à partir du trente et unième jour de maladie, le parent de famille nombreuse malade bénéficie d'indemnités journalières (IJ) au taux majoré de 66,6 %. L'article 56, en prévoyant que ces dernières passent à 50 %, fait reculer la solidarité nationale dans la vie quotidienne des familles. Au sein des familles nombreuses, la mono-activité et le temps partiel sont plus fréquents ; la maladie d'un parent fragilise donc davantage les foyers et les enfants.

M. Jean-Hugues Ratenon. La suppression de la modulation des IJ, versées dans le cadre de l'application du régime du travail léger en fonction de la composition familiale, constitue une régression importante. Par l'amendement AS557, nous nous y opposons.

M. Alain Bruneel. Actuellement, à partir du trente et unième jour de maladie, le parent d'une famille nombreuse bénéficie d'IJ au taux majoré de 66,6 %. Le présent article prévoit de réduire l'indemnité à 50 % des revenus antérieurs, emportant le risque de porter atteinte aux droits des parents malades sur une longue durée - plus d'un mois -, notamment lorsqu'il s'agit de salariés d'une entreprise dans laquelle le maintien du salaire n'est pas, ou mal, assuré.

Dans la vie quotidienne, la maladie de parents de familles nombreuses fragilise davantage les foyers et les enfants. Ces dispositions actent le recul de la solidarité nationale. C'est pourquoi l'amendement AS575 tend à les supprimer.

M. le rapporteur général. Le dispositif de l'article 56 est une mesure de simplification de la réglementation dont l'objectif est double : équité entre assurés et maîtrise de la dépense. Pour les couples qui ont trois enfants ou plus, le niveau d'IJ en cas d'arrêt est supérieur à celui des couples qui ont moins de trois enfants. C'est un acquis historique dont j'ai essayé de retrouver la trace dans les débats, en vain.

On peut s'interroger sur sa justification, car ce bénéfice perdure à vie quel que soit l'âge de l'enfant, et donc la charge éducative qu'il représente au moment de l'arrêt maladie. Il n'existe pas d'équivalent pour les autres prestations sociales. En outre, 85 % des 70 000 à 90 000 assurés qui ne bénéficieront plus de cette majoration auront droit à un complément de leur employeur, qui compensera la perte de revenus. Mon avis est donc défavorable.

La commission rejette les amendements.

Puis elle adopte l'article 56 sans modification.

Après l'article 56

La commission est saisie de l'amendement AS816 de M. Joël Aviragnet.

Mme Gisèle Biémouret. Cet amendement, issu d'une proposition de la Fédération hospitalière de France, vise à imposer un objectif de réduction des écarts entre départements concernant l'allocation des ressources médico-sociales d'assurance maladie. Avec cette mesure, nous proposons d'engager une véritable péréquation interdépartementale des ressources de l'assurance maladie.

M. le rapporteur général. Nous aurons probablement ce débat lors de l'examen du projet de loi sur la dépendance. La CNSA est pleinement mobilisée pour réduire les écarts, qui tendent d'ailleurs à se résorber. Je propose de réserver le débat pour l'examen dudit projet de loi, qui sera normalement présenté au mois de décembre en Conseil des ministres.

La commission rejette l'amendement.

Elle passe à l'amendement AS866 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Il s'agit de faciliter l'accès aux services de la sécurité sociale pour les assurés sociaux isolés du fait de la fracture numérique, soit parce qu'ils vivent dans les territoires ruraux, notamment en montagne, soit parce qu'ils n'ont pas accès au numérique en raison de leurs difficultés personnelles.

Dans son rapport sur la dématérialisation et les inégalités d'accès aux services publics publié en 2019, le Défenseur des droits recommande « *l'adoption d'une disposition législative au sein du code des relations entre les usagers et l'administration imposant de préserver plusieurs modalités d'accès aux services publics pour qu'aucune démarche administrative ne soit accessible uniquement par voie dématérialisée* ».

M. le rapporteur général. Les usagers peuvent déjà refuser la dématérialisation des courriers qui leur sont adressés. L'article L. 112-15 du code des relations entre le public et l'administration conditionne la dématérialisation des procédures à l'accord préalable de l'utilisateur. Je ne vois pas l'apport de l'amendement. Retrait, sinon avis défavorable.

M. Joël Aviragnet. Une fois qu'ils ont refusé, une alternative au courrier électronique – courrier postal, par exemple – est-elle bien prévue ? Je tiens à la précision : il faut que ces personnes disposent réellement d'un autre moyen de communication quand elles ne peuvent pas faire autrement.

M. le rapporteur général. On parle d'accès à un droit. Si on vous propose la dématérialisation et que vous la refusez, on ne va pas vous interdire l'accès au droit. Si vous refusez la dématérialisation, très logiquement, il y a envoi de courrier.

M. Joël Aviragnet. Je maintiens l'amendement et vérifierai pour la séance publique que cela fonctionne. Sur le terrain, les retours ne vont pas dans ce sens...

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient aux amendements identiques AS113 de M. Pierre Dharréville et AS829 de M. Joël Aviragnet.

M. Pierre Dharréville. L'amendement AS113 reprend une recommandation du rapport rendu en février 2017 par la mission d'information parlementaire sur l'épuisement professionnel (ou *burn out*), présidée par Yves Censi et rapportée par Gérard Sebaoun. Nous proposons que la commission chargée d'apprécier la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles évalue également le coût des pathologies psychiques liées au travail, actuellement supporté par l'assurance maladie.

M. Joël Aviragnet. L'amendement AS829 est identique. Le *burn out* existe, nous sommes en train de le vivre ! Nous devons le prendre en compte, d'une manière ou d'une autre.

M. le rapporteur général. Comme l'an dernier, mon avis est défavorable. Il est très difficile d'évaluer le coût pour l'assurance maladie. La classification du *burn out* comme maladie professionnelle est également complexe. Nous progressons dans les connaissances et en matière de reconnaissance. L'évaluation que vous demandez est déjà prévue par d'autres instances.

M. Joël Aviragnet. Au risque de d'être lourd et déplaisant, j'en reparlerai en séance publique, et l'an prochain aussi. Le sujet n'est pas près de perdre son actualité.

M. le rapporteur général. Je suis d'accord avec vous.

M. Joël Aviragnet. Eh bien, il faut passer à l'acte !

M. Pierre Dharréville. Il faut vraiment progresser sur ce sujet, car il revêt des aspects sociétaux de plus en plus prégnants, qui reviennent très régulièrement dans l'actualité. Et encore ne savons-nous pas tout. Les souffrances psychiques se développent avec les formes contemporaines de travail et le mal-travail, et les contraintes multiples et variées que l'on subit. Cela mériterait d'être pris en compte à un degré plus fort dans la société. Ce modeste amendement n'y suffira pas, mais il constituerait un signal extrêmement fort. Il est temps de commencer à chiffrer tout ce que nous savons du *burn out*.

Mme Caroline Fiat. On sait que cette situation peut conduire au suicide. Or, quand vous êtes arrêté pour *burn out* dans le secteur privé et que vous touchez 50 % de votre salaire en indemnités journalières, vous n'allez pas voir un psychologue qui n'est pas remboursé. Nous avons déjà beaucoup d'informations sur le sujet et il n'y a plus de temps à perdre. Je voterai ces amendements de bon sens,

M. Brahim Hammouche. Je les voterai également. Sur le terrain, on constate une véritable souffrance au travail, et l'adoption de cette disposition enverrait le signal qu'elle est reconnue en tant que telle, des points de vue à la fois

de la classification, de la réalité statistique, des perspectives d'amélioration des conditions de travail et de prise en charge et, surtout, d'indemnisation au même titre que les accidents physiques du travail.

La commission rejette les amendements.

Elle en vient à l'amendement AS112 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. L'amendement décline une proposition du rapport parlementaire *Maladies professionnelles dans l'industrie : mieux connaître, mieux reconnaître, mieux prévenir* que M. Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes, a repris à son compte lors de son audition par la commission des affaires sociales du 9 octobre 2018, et à nouveau cette année. Il s'agit de relever les taux de cotisations AT-MP des entreprises présentant une sinistralité anormalement élevée. Cette tarification des risques professionnels permettrait de dégager des fonds pour la réparation, l'évaluation et la prévention des risques professionnels, et participerait à la promotion de la santé au travail.

M. le rapporteur général. Je ne suis pas loin de penser que vous avez raison sur la sinistralité. C'est une piste intéressante. Nous disposons désormais d'un système de bonus-malus, de critères de qualité et d'égalité au travail, etc. À terme, nous pourrions donc intégrer les paramètres que vous proposez. Je vous invite à en reparler à l'occasion de l'examen du futur projet de loi sur la santé au travail, qui va bien finir par arriver !

M. Pierre Dharréville. Je vous remercie de vos propos. Je vais me faire taquin et observer que nous venons d'adopter une mesure qui préfigure la réforme des retraites. Pourquoi ne pas en adopter une qui préfigure la réforme de la santé au travail ?

La commission rejette l'amendement.

TITRE III

DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSE DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 57

Dotation de l'assurance maladie au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés, à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux agences régionales de santé

La commission adopte l'article 57 sans modification.

Après l'article 57

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement AS686 de M. Jean-Carles Grelier.

Article 58

Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

La commission adopte l'article 58 sans modification.

Article 59

ONDAM et sous-ONDAM

La commission examine, en discussion commune, les amendements AS847 de M. Joël Aviragnet, AS167 de M. Pierre Dharréville et AS337 de Mme Delphine Bagarry.

M. Boris Vallaud. En raison des contraintes liées à l'application de l'article 40, l'amendement AS847 déplace des sommes à l'intérieur d'un ONDAM à 2,3 %, que nous considérons comme très largement insuffisant.

Compte tenu des circonstances, le groupe Socialistes et apparentés estime qu'un sous-ONDAM hospitalier à 2,1 % relève de la provocation ! Il est d'ailleurs pris comme tel par les praticiens hospitaliers. Lorsque la croissance est estimée à 1,3 % et l'inflation à 1 %, la croissance en valeur est de 2,3 % : la part des dépenses consacrées à l'hôpital public dans le produit intérieur brut diminue donc.

Vous devriez vous inquiéter d'un début de rationnement des soins du fait des difficultés de l'hôpital public. Lorsque des patients se présentent à eux, le ventre noué, les personnels doivent se demander si les actes sont « clinicables » et, dans l'affirmative, renvoyer ceux-ci vers le secteur privé pour libérer de la place et des bras afin de s'occuper des autres. Pour la première fois, le volume d'activité des cliniques privées augmente plus vite que celui de l'hôpital. Cela devrait préoccuper la ministre, et elle ne devrait pas y voir le succès du tournant ambulatoire, qui sera plus lointain et beaucoup plus lent.

La situation est extrêmement préoccupante. Nous le répéterons avec force dans l'hémicycle : l'hôpital public brûle et vous regardez ailleurs.

M. Alain Bruneel. L'ONDAM, fixé à 2,3 % en 2020, apparaît largement en deçà des besoins de financement du service public hospitalier et des besoins en santé de nos concitoyens. Le sous-ONDAM hospitalier est particulièrement touché, avec un objectif de dépenses limité à 2,1 %. Je partage le constat et les arguments de mon collègue.

L'amendement AS167 tend à opérer une nouvelle répartition de l'ONDAM 2020 en faveur des hôpitaux, en fixant le sous-ONDAM hospitalier à

2,6 % – soit 500 millions d’euros supplémentaires – et le sous-ONDAM de ville à 1,9 %. Les efforts qui ne sont pas demandés à la médecine de ville ne doivent pas être consentis en totalité par les établissements de santé publics.

Mme Delphine Bagarry. L’amendement AS337 tend également à revoir le sous-ONDAM hospitalier. L’hôpital a fait des efforts significatifs dans la maîtrise des dépenses de santé. Il a certes bénéficié de quelques moyens supplémentaires l’an passé, afin de mettre en œuvre les mesures du plan « Ma Santé 2022 » ; reste que des hôpitaux nous alertent tous les jours, que les urgences sont en grève. C’est un mauvais signal que l’on envoie là à l’hôpital. Je propose de lui réaffecter 1 milliard d’euros et de faire peser la maîtrise des dépenses de santé sur la médecine de ville plutôt que sur l’hôpital.

M. le rapporteur général. Monsieur Vallaud, les chiffres sont têtus. Les socialistes, dites-vous, n’acceptent pas un ONDAM à 2,3 % et un sous-ONDAM hospitalier à 2,1 %. Dois-je vous rappeler qu’en 2017, dernière année de la précédente législature, l’ONDAM était à 2 %, qu’il était à 1,8 % en 2016 et à 2 % en 2015 ? Les chiffres de votre bilan vous gênent peut-être, mais il faut les assumer – je l’ai toujours fait. Toujours est-il qu’à 2,3 %, l’ONDAM est aujourd’hui plus élevé qu’auparavant.

Quant à la question de savoir si l’hôpital traverse une crise, nous avons parlé des urgences, de la souffrance professionnelle, de la perte de sens, de la réforme de la médecine de ville et de la médecine hospitalière et des changements dans les relations entre les deux secteurs afin de transformer le système. Nous avons parlé, encore, de la pénurie démographique qui crée des tensions, des revenus des soignants en secteur hospitalier qui sont insuffisants, notamment par comparaison avec les pays de l’Organisation de coopération et de développement économiques parmi lesquels la France est assez mal classée, la ministre le dit elle-même. Nous pouvons aussi regarder ce qui a été fait : prime pour les professionnels des urgences, réduction du taux d’endettement des hôpitaux, dégel systématique des réserves prudentielles des hôpitaux depuis le début du quinquennat, annonce d’un plan de 750 millions dédié à la médecine d’urgence et transformation des modalités de financement de l’hôpital.

Pour autant, je vous rejoins, il faut faire un geste pour l’hôpital. Je considère que l’on doit trouver des mécanismes connexes pour lui redonner des marges de manœuvre et lui permettre d’investir et de continuer ses transformations. Cela doit-il passer par l’ONDAM ? Je ne sais pas. Nous aurons cette discussion dans l’hémicycle la semaine prochaine, au Sénat et en deuxième lecture s’il le faut. Je ne le cache pas.

Vos amendements proposent une nouvelle répartition des sous-objectifs de l’ONDAM entre la ville et l’hôpital. Transférer de l’argent d’une enveloppe ouverte vers une enveloppe fermée est conceptuellement compliqué à admettre. Je pense qu’il y a d’autres moyens de procéder.

Par ailleurs, j'attire votre attention sur le fait que si l'ONDAM de ville est facialement plus élevé que l'ONDAM hospitalier, les prévisions d'évolution de dépenses en ville sont de 5,6 % quand celles de l'hôpital, du fait du ralentissement de l'augmentation des volumes, sont de 3,3 %. L'écart entre dépenses prévisionnelles et dépenses budgétées est donc plus important pour la médecine de ville que pour la médecine hospitalière. Il y a plus de vingt ans, un Premier ministre de droite soutenu par une majorité de gauche avait proposé des mécanismes de régulation pour la seule enveloppe qui n'est pas régulable, à la différence de celle des médicaments et de l'hôpital, celle de la médecine de ville.

Il faut pouvoir trouver des dispositifs qui permettent une répartition plus harmonieuse des moyens. En tant que rapporteur général, j'accueillerai à bras ouverts toute proposition favorable à l'hôpital, considérant la situation dans laquelle il se trouve. Je crois que c'est une position qui est partagée par les membres de la majorité.

J'appelle à voter contre ces amendements et à poursuivre le travail en vue de la séance.

M. Boris Vallaud. Vous faites référence, monsieur Véran, à une période pendant laquelle je n'étais pas parlementaire : je n'en suis qu'à mon troisième PLFSS. J'ai toujours fait une distinction extrêmement précise entre ce qui relevait de l'administration, des conseillers et de ceux qui avaient à prendre leurs responsabilités politiques devant les électeurs. Vous êtes peut-être une majorité et un Gouvernement dominés par une technocratie, mais ce n'était pas le cas avant.

Mme Michèle Peyron. Et on doit vous croire ?

M. Boris Vallaud. L'hôpital a eu à consentir toutes ces dernières années, y compris lors du dernier quinquennat, des efforts absolument considérables en matière de productivité. Chacun en est conscient, vous comme nous. Aujourd'hui, il n'y a plus de poche de productivité et nous devons nous demander si nous pouvons voter un ONDAM hospitalier à 2,1 %. Pour nous, ce n'est pas possible. Nous formulerons des propositions destinées à trouver des voies pour financer l'investissement dans l'hôpital. Quand la ministre dit qu'elle a mis sur la table la question des rémunérations, cela veut dire que ce n'est pas pris en considération. Où trouvera-t-on les financements sinon au sein de l'ONDAM ? Le côté « C'est pas moi, c'est Murphy », c'est sympa la première année mais là, nous sommes tous placés face à nos responsabilités parce que ça brûle.

Sur la non-compensation, j'entends les bonnes dispositions qui sont les vôtres, monsieur Véran. Je suis prêt à mettre des idées en avant et je compte sur votre soutien pour qu'elles aboutissent.

M. Alain Bruneel. Le débat est important, car il porte sur l'avenir de l'hôpital public. Vous faites des comparaisons avec la législature précédente, monsieur le rapporteur général, mais la situation s'est aggravée par rapport au

passé : en quarante ans, deux tiers des maternités ont fermé, en vingt ans, 100 000 lits ont été perdus et le nombre de patients aux urgences a été multiplié par deux, passant à 21 millions, notamment parce qu'il y a moins de médecins de ville. Le personnel est à bout de souffle. Il lance un cri d'alerte et dit son inquiétude : il considère que les patients sont mis en danger et que lui-même se met en danger. L'ONDAM ne répond pas à cette situation, d'autant que l'objectif est de demander aux hôpitaux de faire des efforts sur les dépenses, donc de se serrer davantage la ceinture alors que depuis 2017, on leur a réclamé plus de 3 milliards d'économies. Ça ne peut plus marcher comme ça !

On ne peut pas compter uniquement sur le plan « Ma Santé 2022 », qui porte sur l'organisation et ne répond pas aux besoins. Nous considérons qu'il faut absolument augmenter l'ONDAM.

Mme Delphine Bagarry. Nous voulons tous que l'hôpital aille mieux mais quels leviers d'action avons-nous à notre disposition, en tant que parlementaires, mis à part l'ONDAM. La ministre nous dira peut-être des choses en séance. Pour l'heure, je ne me fais pas trop d'illusions sur le sort de mon amendement.

Des choses ont été faites en matière d'organisation du système de santé, mais le travail sur la pertinence des soins doit être amélioré pour la médecine de ville. Demander un effort supplémentaire permettrait une amélioration, car je pense qu'il y a malheureusement beaucoup de gaspillage en ville.

M. Pierre Dharréville. 1 milliard d'euros de compression des dépenses sur 2020 : l'hôpital ne pourra pas encaisser ce nouveau choc ! C'est impossible, la situation est insoutenable. Les choses sont claires, vous allez devoir passer à la caisse ! Il faut bien que nous fassions quelque chose, et je soutiendrai aussi l'amendement de Delphine Bagarry afin de mettre le Gouvernement devant ses propres responsabilités.

Ce que nous voyons tous sur le terrain est confirmé par les chiffres. Des milliards d'économies ont été demandés à l'hôpital public, et il est impossible de continuer ainsi. Nous sommes au cœur du problème de ce PLFSS. Je vous invite à accomplir un geste politique fort en montrant que l'on ne peut pas en rester là. Prenons nos responsabilités et n'attendons pas que la situation s'aggrave et se détériore davantage !

Mme Caroline Fiat. On répète que la maison brûle, mais elle a déjà brûlé ! Dès 2018, j'ai dit à la ministre Agnès Buzyn qu'elle n'était pas responsable des ONDAM insuffisants des deux dernières décennies. Peut-être que les PLFSS pour 2018 et pour 2019 ont été meilleurs, mais vu que ceux proposés sous les deux derniers quinquennats étaient désastreux, ce n'était, ma foi, pas très compliqué ! Le Gouvernement n'a plus d'autres solutions que de sortir le chèque. Car dans cette maison en cendres, on continue à recevoir des patients. Ce dont nous parlons, c'est la souffrance des patients et des soignants : cela ne vaut-il pas le coup, pour

eux, de mettre la main à la poche et de tout faire pour sauver notre bel hôpital public ?

La commission rejette successivement les amendements.

Elle en vient à l'examen, en discussion commune, des amendements AS563 de Mme Caroline Fiat et AS712 de M. Jean-Carles Grelier.

Mme Caroline Fiat. Alors qu'une loi sur la dépendance est en préparation, il est plus qu'urgent d'investir dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Il faut que cesse la maltraitance institutionnelle, que différents rapports ont soulignée et que le service public de l'accompagnement des personnes âgées soit refondé.

Chacun a déjà connu dans sa circonscription le rachat d'un EHPAD public par un EHPAD privé, présenté comme la solution lorsque l'on n'a plus les moyens de procéder aux réfections nécessaires. La chaîne BFMBusiness a consacré une émission au groupe Korian, qui s'enorgueillit de relever encore son objectif de « génération de cash ». Les EHPAD publics doivent bénéficier d'autant de chances. Par l'amendement AS563, nous proposons d'augmenter de 10 milliards d'euros la dotation qui leur est consacrée.

M. Alain Ramadier. L'ONDAM hospitalier est largement sous-évalué, dans un contexte de crise sanitaire persistante et durable. Face au manque de moyens humains et de soutien politique, nous souhaitons que cet ONDAM soit augmenté. Tel est le sens de l'amendement AS712.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. J'ai entendu des cris lorsque Caroline Fiat a annoncé le chiffre de 10 milliards. Il faut rappeler que cet argent existe, et que vous l'avez quand même largement distribué, ne serait-ce que par le biais du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi. Tout cela n'est pas une vue de l'esprit : il est possible de financer les propositions que nous mettons sur la table.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle est saisie de l'amendement AS893 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Constants dans nos positions, nous souhaitons que des objectifs territoriaux de dépenses d'assurance maladie, permettant de tenir compte des indicateurs sanitaires du territoire, soient introduits par le biais d'une expérimentation. Comme Francis Vercamer l'a expliqué ce matin, ces objectifs seraient des outils de suivi dans le temps et d'aide à la décision.

M. le rapporteur général. Le débat revient chaque année et vous connaissez ma position. Défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Enfin, elle adopte l'article 59 sans modification.

Après l'article 59

La commission est saisie de l'amendement AS345 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Les mises en réserve prudentielles du PLFSS, elles-mêmes issues de la loi de programmation des finances publiques, doivent porter de manière équilibrée sur les différents sous-objectifs susceptibles de connaître un dépassement, notamment, au regard de son importance, l'enveloppe de ville. L'idée est aussi de traduire l'ONDAM avec davantage de sincérité budgétaire : il existe, en effet, une forme de sous-évaluation de l'ONDAM de ville par rapport à l'ONDAM hospitalier. La sincérité n'est-elle pas une marque de fabrique de notre maison ?

M. le rapporteur général. Pour la première fois en 2019, un PLFSS a prévu de mettre en place une réserve prudentielle pour les soins de ville. Cette année, cette réserve est fixée à 150 millions d'euros, soit 30 millions d'euros de plus que l'année dernière ; elle est financée par des économies supplémentaires par rapport à ce que supposerait le strict respect de l'objectif et contribuera à une forme de régulation infra-annuelle des dépenses de ville. Il faut avancer assez prudemment sur ce terrain : aller plus loin, c'est prendre le risque de remettre en cause des objectifs déjà très contraints. J'ai rappelé, comme chaque année, que l'enveloppe fermée de dépenses de médecine de ville trouvait son origine dans les ordonnances Juppé. Encore une fois, ces 150 millions d'euros de mise en réserve, ce n'est pas neutre. Cela s'est plutôt bien passé, nous avançons encore cette année. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS573 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Nous venons d'avoir le débat : il convient d'introduire un mécanisme de régulation au sein de la sous-enveloppe des soins de ville.

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

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette ensuite les amendements identiques AS347 de M. Paul Christophe et AS785 de M. Joël Aviragnet.

Puis elle en vient à l'amendement AS559 de M. Adrien Quatennens.

M. Jean-Hugues Ratenon. Telle qu'elle est prévue par le Gouvernement, l'évolution de l'ONDAM conduit à une saignée de 4 milliards d'euros

supplémentaires. Si l'on devait tenir compte de la démographie et des besoins liés à l'innovation, l'objectif devrait augmenter de 4 %, soit le double.

Partisan de la règle d'or budgétaire et aveuglé par sa vision austéritaire de la politique, le Gouvernement sacrifie ainsi la qualité d'accueil, de soins et de remboursement sur l'autel de la lutte contre la dette. Si les deux mots riment, austérité et santé sont incompatibles. Ainsi, un Français sur deux renonce aux soins pour des raisons budgétaires, jusqu'à ce que son état de santé ne lui laisse plus le choix. Or le coût d'une prise en charge tardive est toujours plus élevé que celui d'une prise en charge rapide.

Au lieu d'imposer de nouveaux sacrifices au plus grand nombre, le Gouvernement pourrait choisir d'interrompre sa politique d'exonération de cotisations sociales et de mettre en place une lutte efficace contre la fraude patronale. Nous demandons au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport sur les coûts directs et indirects de l'affaiblissement du système de protection sociale.

M. le rapporteur général. Nous avons eu le débat, nous l'aurons à nouveau en séance. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 60

Dotations au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles

La commission adopte l'article 60 sans modification.

Article 61

Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles

La commission adopte l'article 61 sans modification.

Article 62

Objectifs de dépenses de la branche vieillesse

La commission adopte l'article 62 sans modification.

Article 63

Objectif de dépenses de la branche famille

La commission adopte l'article 63 sans modification.

Article 64

Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires en 2019

La commission adopte l'article 64 sans modification.

Enfin, la commission adopte l'ensemble du projet de loi modifié.

La séance est levée à vingt et une heures vingt.