



N° 3432

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 15 octobre 2020

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
SUR LE PROJET DE LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2021*
(n° 3397)

PAR M. THOMAS MESNIER

Rapporteur général, Rapporteur pour les recettes, l'équilibre général et la santé, Député

MME CAROLINE JANVIER

Rapporteuse pour l'autonomie et le secteur médico-social, Députée

MME MONIQUE LIMON

Rapporteuse pour la famille, Députée

M. CYRILLE ISAAC-SIBILLE

Rapporteur pour l'assurance vieillesse, Député

M. PAUL CHRISTOPHE

Rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, Député

TOME III
COMPTES RENDUS

Voir le numéro :

Assemblée nationale : **3397**.

SOMMAIRE

Pages

TOME I : AVANT-PROPOS ET SYNTHÈSE

TOME II : COMMENTAIRES DES ARTICLES

TOME III : COMPTES RENDUS

COMPTE RENDU DE L'AUDITION DU PREMIER PRÉSIDENT DE LA COUR DES COMPTES..... 7

Réunion du mercredi 7 octobre 2020 à 14 heures 30..... 7

COMPTE RENDU DE L'AUDITION DES MINISTRES ET DE LA DISCUSSION GÉNÉRALE..... 35

Réunion du mercredi 7 octobre 2020 à 16 heures 15..... 35

COMPTES RENDUS DES DÉBATS SUR L'EXAMEN DES ARTICLES. 69

Réunion du mardi 13 octobre 2020 à 17 heures 15 (article 1^{er} à après l'article 13)... 69

Article 1^{er} : Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2019..... 73

Article 2 : Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2019 (annexe A)..... 75

Article 3 : Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19 au titre de 2020 75

Après l'article 3 82

Article 4 : Contribution au financement de la prime covid pour les personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile 87

Après l'article 4 94

Article 5 : Ratification des décrets de relèvement des plafonds d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole..... 95

Article 6 : Mise en œuvre de la compensation des exonérations créées lors de la crise de la covid-19 95

<i>Après l'article 6</i>	95
<i>Article 7</i> : Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2020.....	96
<i>Article 8</i> : Rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et des sous-ONDAM 2020.....	97
<i>Article 9</i> : Rectification de la dotation au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.....	100
<i>Article 10</i> : Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19 au titre de 2021	100
<i>Après l'article 10</i>	102
<i>Article 11</i> : Affectation à la Caisse nationale d'assurance maladie des excédents de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières et des provisions relatives à la réserve de prévoyance de la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF.....	106
<i>Article 12</i> : Sécurisation du mode de calcul de l'évolution du plafond annuel de la sécurité sociale.....	107
<i>Article 13</i> : Prolongement du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE).....	108
<i>Après l'article 13</i>	109
Réunion du mardi 13 octobre 2020 à 21 heures 30 (après l'article 13 (suite) à après l'article 16 inclus)	112
<i>Après l'article 13 (suite)</i> :	113
<i>Article 14</i> : Clarification des règles d'affiliation et simplification des démarches déclaratives et de paiement des cotisations des activités issues de l'économie collaborative	118
<i>Article 15</i> : Simplifier les démarches déclaratives des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants agricoles	118
<i>Article 16</i> : Gouvernance de la nouvelle branche de sécurité sociale pour le soutien à l'autonomie	120
<i>Après l'article 16</i>	143
Réunion du mercredi 14 octobre 2020 à 9 heures 30 (article 17 à après l'article 27 inclus).....	145
<i>Article 17</i> : Mécanisme de sauvegarde sur les produits de santé.....	146
<i>Après l'article 17</i>	147
<i>Article 18</i> : Financement de la branche autonomie et transferts financiers entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale	154
<i>Avant l'article 19</i>	154
<i>Article 19</i> : Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 5	162
<i>Après l'article 19</i>	162
<i>Article 20</i> : Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse pour 2021	163

<i>Article 21</i> : Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du FSV pour 2021	164
<i>Article 22</i> : Approbation de l'annexe C, de l'objectif d'amortissement de la dette sociale ainsi que des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et de mises en réserve au Fonds de solidarité vieillesse.....	165
<i>Après l'article 22</i>	170
<i>Article 23</i> : Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt	171
<i>Après l'article 23</i>	171
<i>Article 24</i> : Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)	171
<i>Article 25</i> : Revalorisation des carrières des personnels non médicaux dans les établissements de santé et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.....	173
<i>Après l'article 25</i>	180
<i>Article 26</i> : Accompagner la dynamisation de l'investissement pour la santé	188
<i>Après l'article 26</i>	192
<i>Article 27</i> : Reprise partielle de la dette des établissements de santé assurant le service public hospitalier.....	193
<i>Après l'article 27</i>	198
Réunion du mercredi 14 octobre 2020 à 15 heures (article 29 à après l'article 34 inclus).....	199
<i>Article 28</i> : Poursuivre la réforme du financement des établissements de santé	199
<i>Après l'article 28</i>	210
<i>Article 29</i> : Expérimentation d'un modèle mixte de financement des activités de médecine ..	218
<i>Après l'article 29</i>	222
<i>Article 30</i> : Pérennisation et développement des maisons de naissance	223
<i>Après l'article 30</i>	233
<i>Article 31</i> : Soutien au développement des hôtels hospitaliers.....	236
<i>Après l'article 31</i>	239
<i>Article 32</i> : Prolongation de la prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des téléconsultations	245
<i>Après l'article 32</i>	247
<i>Article 33</i> : Prorogation au 31 mars 2023 de la convention médicale entre l'assurance maladie et les médecins libéraux	251
<i>Après l'article 33</i>	254
<i>Article 34</i> : Expérimentation élargissant les missions confiées aux infirmiers de santé au travail du réseau de la mutualité sociale agricole	259
<i>Après l'article 34</i>	260

Réunion du mercredi 14 octobre 2020 à 21 heures 30 (articles 35 à 51).....	266
<i>Article 35</i> : Allonger la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant et le rendre obligatoire.....	267
<i>Article 36</i> : Adaptation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave.....	278
<i>Après l'article 36</i>	278
<i>Article 37</i> : Transfert à la sécurité sociale de l'allocation supplémentaire d'invalidité	281
<i>Article 38</i> : Prises en charge dérogatoires des médicaments	282
<i>Après l'article 38</i>	284
<i>Article 39</i> : Renforcer la qualité des prestations de soins à domicile.....	299
<i>Après l'article 39</i>	301
<i>Article 40</i> : Simplification du pilotage de la complémentaire santé solidaire	303
<i>Après l'article 40</i>	304
<i>Article 41</i> : Modernisation du financement des syndicats des professionnels de santé libéraux	305
<i>Article 42</i> : Isolement et contention	306
<i>Avant l'article 43</i>	307
<i>Article 43</i> : Dotation de l'assurance maladie au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (fonds pour la modernisation et l'investissement en santé) et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux et dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux agences régionales de santé	312
<i>Article 44</i> : Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès.....	312
<i>Après l'article 44</i>	312
<i>Article 45</i> : Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et sous-ONDAM.....	314
<i>Article 46</i> : Dotations au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité	315
<i>Après l'article 46</i>	315
<i>Article 47</i> : Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles.....	316
<i>Après l'article 47</i>	317
<i>Article 48</i> : Objectif de dépenses de la branche vieillesse	317
<i>Article 49</i> : Objectif de dépenses de la branche famille.....	317
<i>Après l'article 49</i>	318
<i>Article 50</i> : Objectif de dépenses de la branche autonomie.....	320
<i>Après l'article 50</i>	320
<i>Article 51</i> : Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires en 2021	321

COMPTE RENDU DE L'AUDITION DU PREMIER PRÉSIDENT DE LA COUR DES COMPTES

Réunion du mercredi 7 octobre 2020 à 14 heures 30

La commission procède à l'audition de M. Pierre Moscovici, premier président de la Cour des comptes, sur le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.9609953_5f7db319e4d02.commission-des-affaires-sociales--m-pierre-moscovici-premier-president-de-la-cour-des-comptes--m-7-octobre-2020

Mme la présidente Fadila Khattabi. Mes chers collègues, nous entamons cet après-midi nos travaux sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2021, dont la première lecture nous conduira jusqu'au vote solennel, le 27 octobre.

M. Pierre Moscovici, je vous remercie d'avoir répondu à notre invitation. C'est pour nous la première occasion que nous avons d'échanger avec vous depuis votre nomination dans vos fonctions.

Comment vous le savez, le rapport de la Cour des comptes est toujours attendu avec impatience. Il s'est d'ailleurs fait attendre, puisque les députés ici présents en ont été destinataires ce matin. J'espère que chacun aura eu le temps d'en prendre connaissance, malgré le délai très contraint.

En termes de calendrier, la commission n'avait d'autre choix que de vous entendre cet après-midi ; la présentation du PLFSS par les ministres aura lieu immédiatement après votre audition. Je suis consciente que vous devez, monsieur le premier président, avoir des contraintes qui vous ont également conduit à choisir cette date de présentation du rapport. Peut-être pourrez-vous nous préciser selon quel calendrier se déroulent vos travaux.

Vous l'aurez compris, monsieur le premier président, ces interrogations illustrent tout l'intérêt que portent les commissaires des affaires sociales aux analyses de la Cour et leur volonté légitime de pouvoir en prendre connaissance dans les meilleurs délais.

En effet, pour l'ensemble des commissaires des affaires sociales, ce rapport relatif à l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS) représente une source d'informations essentielles qui nourrira sans aucun doute nos travaux pour le prochain PLFSS.

C'est un rapport qui demeure traditionnel, car il se conforme aux dispositions organiques qui confient à la Cour le soin d'émettre un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial de la sécurité sociale pour l'exercice clos. Nous y retrouvons également, comme chaque année, un certain

nombre d'études thématiques concernant l'ensemble du champ de la sécurité sociale, comme les groupements hospitaliers de territoires, les minima de pensions ou l'action sociale de la branche famille. Sans doute détaillerez-vous certaines d'entre elles.

Mais ce rapport s'est également adapté au caractère tout à fait exceptionnel de la situation que traverse la sécurité sociale en procédant à une analyse très éclairante de l'impact de la crise sanitaire sur les finances sociales.

M. Pierre Moscovici, premier président de la Cour des comptes.

Madame la présidente, monsieur le rapporteur général, mesdames et messieurs les députés, je vous remercie de m'avoir invité à vous présenter le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale. Depuis ma nomination à la tête de la Cour, en juin dernier, c'est la première fois que j'ai l'occasion d'intervenir devant votre commission et j'en suis heureux. Mes fonctions passées, comme mes premières auditions en tant que premier président ou président du Haut Conseil des finances publiques (HCFP) m'ont jusqu'à présent conduit à dialoguer avec vos collègues de la commission des finances.

Je profite de cette audition pour vous faire part, comme je l'ai fait devant la commission des finances, de mon attachement profond à la mission d'assistance au Parlement, que la Constitution a confiée à la Cour. Cette mission est pour moi absolument essentielle. J'attacherai donc à la relation privilégiée qui nous unit une attention toute particulière pendant mon mandat, et viendrai à chaque fois que vous le souhaiterez, avec grand plaisir, vous présenter nos travaux.

Je crois d'ailleurs savoir, madame la présidente, que vous êtes familière, pour y être née, d'une ville chère à mon cœur, où j'ai longtemps été élu, la ville de Montbéliard. J'y vois un signe tout à fait favorable pour notre future coopération.

Je suis accompagné de plusieurs membres de la Cour : M. Denis Morin, président de la sixième chambre, Mme Michèle Pappalardo, rapporteure générale de la Cour, M. Stéphane Seiller, conseiller maître et le rapporteur de ce rapport, et M. Antoine Imberti, rapporteur adjoint. Je les remercie chaleureusement pour leur implication, ainsi que la vingtaine d'autres rapporteurs qui ont contribué à cet important travail.

Vous le savez, le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale est établi chaque année dans le cadre de la mission d'assistance de la Cour au Parlement. Mais cette année, vous l'imaginez, c'est dans un contexte tout à fait exceptionnel qu'il a été élaboré, celui de la crise multidimensionnelle et sans précédent que nous traversons depuis le mois de mars. Je précise toutefois que le rapport n'aborde pas la gestion de la crise sanitaire elle-même.

Il faut d'abord rappeler que dans ce contexte économique difficile, nos transferts sociaux ont joué et continuent de jouer un rôle essentiel pour amortir les conséquences de cette crise pour nos concitoyens, notamment en comparaison

d'autres pays. Ce point nous rappelle la place qu'occupe la protection sociale dans notre pacte républicain.

Avant d'aborder le fond du sujet, je souhaiterais m'expliquer sur la transmission tardive du rapport. Le RALFSS sort chaque année avec les dernières hypothèses économiques et données financières ; or il se trouve que nous les avons reçues le 29 septembre. Et le PLFSS n'a été envoyé que le 1^{er} octobre. Nous avons considéré qu'il était de peu intérêt s'il était transmis au Parlement avec les hypothèses du mois de juin.

La situation à laquelle notre pays est aujourd'hui confronté est exceptionnelle, et l'impact de la crise actuelle sur la trajectoire de la sécurité sociale est tout à fait considérable. Je vous en donne tout de suite la preuve.

En 2020, le déséquilibre des comptes sociaux atteindra des niveaux historiques, avec un déficit du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse s'élevant à 44,4 milliards d'euros. Il était de 28 milliards en 2010, à la suite de la crise financière.

Cette situation a conduit le Parlement à voter, l'été dernier, une nouvelle reprise de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Cette reprise est inédite par son montant, qui s'élève à 136 milliards, et a pour effet de prolonger l'existence de la CADES jusqu'à 2033.

L'année 2020 est donc un exercice absolument hors normes pour nos comptes sociaux. C'est dans ce contexte particulier et dans des conditions d'instruction difficiles, avec des administrations et des organismes extrêmement sollicités dans le champ sanitaire, que nos équipes ont travaillé pour permettre à la Cour d'apprécier la situation financière de la sécurité sociale.

Cette année, notre rapport porte un message simple : pour sauvegarder notre système de sécurité sociale, un maillon essentiel de cohésion et de solidarité de notre pays, nous devons progressivement reconstruire une trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux.

Même si la Cour considère comme légitimes les mesures qui ont été prises pour faire face à la crise sanitaire, la sécurité sociale ne peut être durablement financée par l'emprunt. Ce message n'est d'ailleurs que la déclinaison logique, dans le domaine de la sécurité sociale, de celui de la Cour dans son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques et de la position du HCFP dans ses derniers avis. La soutenabilité de la dette publique, qui comprend la dette sociale, est donc pour nous un enjeu tout à fait central.

Je reviendrai sur ces éléments dans la première partie de ma présentation.

Pour atteindre cet objectif, le contexte actuel de nos finances publiques ne nous laisse pas d'autre choix que d'agir sur la qualité et la sélectivité de la dépense sociale. La Cour formule en ce sens trois types de recommandations.

D’abord, agir sur les ressorts structurels de la dépense de sécurité sociale, notamment dans le champ de l’assurance maladie, sans réduire, bien entendu, la qualité de prise en charge des patients.

Ensuite, porter une attention plus grande aux publics défavorisés en ciblant mieux certaines prestations de solidarité et en prévenant les impacts sur ces publics des mesures générales de maîtrise de la dépense.

Enfin, poursuivre les efforts pour améliorer la qualité et l’efficacité de la gestion des organismes de sécurité sociale pour permettre d’offrir un meilleur service aux usagers à un meilleur coût.

Je commencerai par la situation financière actuelle de la sécurité sociale, en la mettant en perspective avec sa trajectoire antérieure.

Depuis les années 1990, à l’exception d’une brève période au tout début des années 2000, la sécurité sociale connaît une situation déficitaire. Juste avant la récession de 2009, son déficit s’élevait à près de 9 milliards d’euros. En 2010, au plus fort de la crise, il a atteint un niveau alors inédit de près de 30 milliards. Le déficit a ensuite été réduit de manière continue, de sorte que l’équilibre a presque été atteint en 2018 et 2019. Cette trajectoire de redressement s’est ensuite infléchie. Je rappelle que la loi de financement pour 2020, votée à l’automne 2019, prévoyait un déficit de 5,4 milliards.

La rupture de la tendance régulière de retour à l’équilibre des comptes sociaux, observée dans les années précédentes, est donc antérieure à la crise sanitaire. Cette dernière, à son tour, a profondément dégradé leurs perspectives. En 2020, le déficit des comptes sociaux devrait atteindre, je le répète, le niveau exceptionnel de 44,4 milliards d’euros.

Ce déficit résulte essentiellement d’un choc sur les principales recettes de la sécurité sociale, lié aux conséquences du confinement et, dans une moindre mesure, aux dépenses supplémentaires, essentiellement au titre de l’assurance maladie.

Les recettes chuteraient de 27,3 milliards par rapport à la prévision pour 2020 de la dernière loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). La masse salariale du secteur privé, qui constitue la principale assiette du financement de la sécurité sociale, diminuerait en effet de près de 8 % en 2020, contre une prévision de croissance de 2,8 % dans la LFSS 2020, ce qui entraînerait près de 22 milliards de pertes de recettes.

S’agissant des dépenses, elles sont pour la plupart directement liées à la crise sanitaire et provoquent une progression de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie (ONDAM) de 7,6 %, contre 2,45 % prévus dans la LFSS 2020. Ce niveau est le plus élevé depuis la mise en place de l’ONDAM, en 1997. Selon le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale, l’assurance maladie supporterait un surcroît de 15 milliards du fait directement de la crise.

Ces dépenses comprennent, par exemple, des dotations supplémentaires à Santé publique France, notamment pour l'achat des masques, et aux établissements hospitaliers et services médico-sociaux, mais aussi des dépenses exceptionnelles d'indemnisation d'arrêt de travail, de réalisation de tests ou de compensation des pertes d'activité pour les professions libérales.

Je précise que ce surcroît de dépenses est compensé en partie par une baisse très forte, d'une part, de l'activité des professionnels de ville et, d'autre part, de la consommation courante de médicaments et de dispositifs médicaux, à hauteur de 4,5 milliards.

Dans tous les cas, l'impact de la chute brutale des recettes et de l'augmentation des dépenses sur la dette sociale est massif.

Au titre de la seule année 2020, la dette augmenterait en effet de quelque 30 milliards d'euros pour atteindre 145 milliards, sa réduction, intervenue entre 2016 et 2019, étant donc quasi effacée. Dans ce contexte, l'horizon d'extinction de la dette sociale a été reporté d'une décennie et demeure incertain. La décision de transfert de dette à la CADES que j'ai mentionnée a par ailleurs dû être prise sans visibilité précise sur la trajectoire financière de la sécurité sociale et sur les conditions à réunir pour amorcer un nouveau cycle de désendettement.

Or la crise sanitaire pourrait avoir une empreinte durable sur les comptes sociaux, en affectant le potentiel de croissance économique et donc le niveau des recettes de la sécurité sociale.

Dans ce contexte d'incertitude élevée, la définition d'une nouvelle trajectoire de référence du produit intérieur brut (PIB), à travers une loi de programmation des finances publiques (LPFP) que la Cour et le HCFP appellent de leurs vœux, est donc indispensable. Elle sera particulièrement utile pour mieux piloter l'évolution de nos finances sociales. Nous proposons de définir cette trajectoire au printemps 2021, en même temps que le programme de stabilité, non pas parce que la crise serait derrière nous, mais parce que nous espérons avoir une meilleure visibilité.

Distinguer le conjoncturel du structurel et l'exceptionnel de l'ordinaire est plus que jamais décisif pour la bonne gestion de nos finances publiques. Les dépenses engagées pour répondre à la crise sanitaire ne peuvent être discutées dans leur principe ; elles sont nécessaires.

J'insiste sur ce point, car après la conférence de presse que j'ai tenue ce matin, d'aucuns indiquaient que la Cour des comptes proposait de « tailler dans les dépenses sociales » ; il n'en est pas question. Il ne s'agit pas du tout de la philosophie de notre rapport. Cependant, nous devons, à moyen terme, retrouver un sentier soutenable – pensons aux générations futures.

Mais les dépenses pérennes appellent de leur côté un effort accru de sélectivité pour en améliorer la qualité et la pertinence. Sinon, le risque est

d'accentuer l'écart structurel entre le niveau des recettes et celui des dépenses à financer. De la même manière, il sera important que les mesures de régulation des dépenses annoncées en 2021, à hauteur de 3,5 milliards, soient plus amplement documentées et fassent l'objet d'un suivi rigoureux dans leur mise en œuvre.

Face à la hausse des dépenses, l'augmentation nette des recettes affectées au financement de la sécurité sociale apparaît aujourd'hui peu envisageable. Les prélèvements obligatoires ont atteint 44,1 % du PIB en 2019, un niveau plus élevé que chez nos principaux partenaires européens.

Il n'apparaît pas non plus souhaitable, compte tenu de la trajectoire budgétaire très dégradée de l'État, de l'amputer de certaines de ses recettes pour les affecter à la sécurité sociale, ou de lui faire porter la charge de nouvelles dépenses sociales à la place de cette dernière.

Remettre les finances sociales sur la voie de l'équilibre structurel et assurer la soutenabilité de notre dette sociale n'offre donc pas d'autre option, selon nous, que de définir une nouvelle trajectoire de dépenses.

Le Parlement a arrêté l'été dernier le principe de désendettement de la sécurité sociale à hauteur des déficits cumulés sur la période 2020-2023, en limitant ce désendettement à 92 milliards. La Cour relève toutefois que la trajectoire de solde figurant au PLFSS 2021 conduirait à ce qu'apparaisse un nouvel endettement cumulé de l'ordre de 29 milliards à la fin de l'année 2023, et de près de 50 milliards à la fin de l'année 2024.

Cette perspective présente pour nous le risque de mettre en place un mode de financement permanent de la sécurité sociale par la dette. Or j'ai déjà eu l'occasion de le dire, la soutenabilité de notre dette publique doit être le pilier de notre future stratégie financière.

Nous devons donc identifier les leviers qui permettraient de remettre les comptes de la sécurité sociale sur la voie de l'équilibre, en agissant sur la qualité de la dépense. Ce sera l'objet de la seconde partie de mon propos.

Face à cette situation particulière, nous avons analysé les enseignements tirés du passé. Les résultats obtenus ces dernières années par les différentes branches dans la maîtrise de leurs dépenses sont globalement positifs et doivent être soulignés, mais ils ne sont pas encore suffisants et, surtout, ils diffèrent entre branches.

Du côté de la branche famille, la maîtrise des dépenses a été facilitée par l'inflexion de la natalité depuis 2014, mais aussi par des mesures reposant sur des choix clairs, qui ont visé à aider en priorité les familles les moins favorisées. Les pouvoirs publics ont visé un double objectif de rigueur et d'équité.

Le système de retraite a, de son côté, connu cinq réformes d'ampleur entre 1993 et 2014, qui ont touché les retraites de base. En plus des hausses des

cotisations, ces réformes ont agi sur l'âge de départ à la retraite, sur la durée des cotisations et sur le niveau des pensions. Ces réformes ne suffisent pas à assurer à l'horizon de la fin de la décennie l'équilibre du système, mais elles ont ramené l'évolution des dépenses à un rythme proche de celui du PIB. Il faut le souligner.

Les dépenses d'assurance maladie, enfin, ont vu leur progression significativement ralentie. L'ONDAM rapporté au PIB a, en effet, été stabilisé à champ constant, autour de 8,3 % ces dernières années, et son respect, avant la crise sanitaire, était assuré depuis 2010. La progression de l'ONDAM depuis 2016 a toutefois été fortement desserrée, au-delà de l'objectif de 2,3 % prévu par la LPFP 2018-2022.

Après un relèvement en 2019 pour la stratégie « Ma santé 2022 », la crise des urgences puis la crise hospitalière ont conduit en 2020, avant l'épidémie, à fixer un taux de 2,45 %. Le PLFSS 2021 entérine de son côté une révision majeure de l'ONDAM pour 2020, porté à 7,6 %.

Pour la Cour, ces évolutions soulignent les limites de la maîtrise des dépenses de santé reposant seulement sur l'ONDAM. Ne vous méprenez pas, ce dernier reste indispensable et nous estimons d'ailleurs qu'il est nécessaire de développer, pour les professionnels de santé libéraux, des outils analogues à ceux qui existent pour les établissements de santé.

Mais ce pilotage ne peut suffire à organiser une maîtrise durable des dépenses de santé qui soit à la hauteur, à la fois des besoins de nos concitoyens et des exigences d'équilibre que j'ai rappelées. En clair, la contrainte financière seule, sans rénovation du système, ne suffit pas.

Le retour sur un chemin d'équilibre de l'assurance maladie nécessite donc des actions structurelles. La Cour a déjà fourni un certain nombre de pistes par le passé. Cette année, nous fournissons trois grandes illustrations.

La première concerne les groupements hospitaliers de territoire (GHT). La réforme de la coopération hospitalière de 2016 visait à améliorer l'accès de la population à des soins de qualité et à rechercher une gestion plus économe, par des mutualisations ou des transferts d'activité entre hôpitaux d'un même groupement. Notre enquête montre que cette réorganisation est encore incomplète et qu'elle doit être poursuivie. Nous préconisons donc de revoir le découpage territorial de plusieurs GHT et de généraliser la mise en place de directions communes.

La deuxième illustration que nous développons concerne la simplification du système de financement des activités hospitalières, notamment les dotations dites pour missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et les fonds d'intervention régionaux (FIR) dont disposent les agences régionales de santé (ARS) pour financer les actions de santé publique d'intérêt régional.

Ces deux sources de financement représentaient en 2019 un total de près de 11 milliards d'euros. La simplification de ces dispositifs et une répartition plus

claire des responsabilités dans l'attribution de ces financements entre l'administration centrale et les ARS sont à nos yeux indispensables.

La troisième illustration sur laquelle nous avons travaillé pour agir sur les ressorts structurels de la dépense de santé a trait aux dispositifs médicaux. Ces derniers concernent un vaste ensemble de produits et de services, allant du simple pansement aux dispositifs implantables de haute technologie, qui peuvent être fournis ou prescrits à l'occasion d'un soin.

Ils sont utilisés dans un nombre croissant de maladies, avec une dépense correspondante évaluée à 15 milliards d'euros, en progression d'environ 4 % chaque année, soit plus vite que l'ensemble des dépenses retracées dans l'ONDAM. Jusqu'à présent, les mesures de maîtrise ont principalement porté sur les prix de ces dispositifs. Il conviendrait désormais d'agir aussi sur la pertinence de la prescription, sur l'optimisation des achats par les établissements de santé et sur la lutte contre les abus et les fraudes, en inscrivant ces actions dans un cadre pluriannuel.

Voici quelques exemples de champs dans lesquels des efforts de maîtrise et de sélectivité des dépenses sociales sont possibles. D'autres existent, bien sûr. Dans tous les cas, nous pensons qu'il est essentiel, dans la mise en œuvre de ce type de mesure, de respecter une exigence de solidarité. Ce point est fondamental, car ces efforts doivent être adaptés à la situation de chacun, et en particulier à celle de nos concitoyens défavorisés. Plusieurs chapitres du rapport illustrent aussi la nécessité de mieux cibler certaines prestations de solidarité.

J'ai cité les choix réalisés dans la gestion des prestations familiales, qui ont été particulièrement clairs en faveur des familles défavorisées. Le montant du complément familial a, par exemple, augmenté de 39 % depuis 2013, avec une majoration supplémentaire pour les familles nombreuses les plus modestes.

En matière de retraites, plusieurs mesures ont cherché à atténuer les effets des réformes successives pour les faibles pensions, comme la majoration du minimum contributif au titre des trimestres cotisés en 2004, ou à la mise en place à partir de 2010 de mesures en faveur des carrières longues. Mais des mesures telles que l'indexation des salaires utilisée pour le calcul de la retraite sur les prix favorisent les assurés à carrière pleine et ascendante et peuvent pénaliser ceux qui ont subi des périodes de chômage ou touchés des salaires plus faibles.

Les pensions de retraite prévoient cependant des dispositifs de minima, très importants pour nos concitoyens qui perçoivent une très petite retraite. Ces minima sont des mécanismes de solidarité internes aux régimes de retraite, qui visent à porter à un montant minimum la pension servie à certains de leurs assurés, sous certaines conditions. Ils interviennent en amont du minimum vieillesse et concernent aujourd'hui environ un nouveau retraité sur cinq, avec une majoration de pension entraînée qui représente une moyenne de 130 euros par mois pour les

assurés du régime général ou pour les fonctionnaires qui en bénéficient. Ils représentent au total 8,7 milliards d'euros de versements en 2018.

Nous avons toutefois observé que la finalité de ce dispositif avait évolué et devait faire l'objet d'une clarification. Conçu historiquement pour augmenter la retraite de salariés ayant eu une carrière complète, le minimum contributif (MICO) du régime général bénéficie aujourd'hui principalement à des personnes ayant des carrières à temps partiel ou incomplètes.

Enfin, et surtout, la Cour a relevé la complexité des dispositifs de minima existants, qui conduit à ce que près d'un demi-million de personnes ayant pris leur retraite voient leur dossier rester durablement en attente de règlement définitif. Nous préconisons donc de procéder, dans les meilleurs délais, aux différentes harmonisations qui permettront de garantir à l'ensemble des bénéficiaires la perception définitive des montants qui leur sont dus.

L'exigence de solidarité implique aussi, du côté de la branche famille, d'accroître l'efficacité des dépenses d'action sociale. Aux côtés des prestations familiales, les caisses d'allocations familiales (CAF) apportent en effet un soutien financier et technique au développement des services et d'équipements destinés aux familles, notamment des crèches et des centres de loisir. Ce soutien est donc très important.

La branche famille n'a cependant pas pu atteindre les objectifs fixés de création de 100 000 places de crèche, avec un taux de réalisation de 63 %. Par ailleurs, les inégalités territoriales persistent, faute notamment d'évaluation suffisamment fine des besoins. L'importance des financements publics mobilisés, qui représentaient 5,8 milliards d'euros en 2019, soit plus de 1 milliard qu'en 2012, justifie selon nous d'apporter à ces dispositifs les améliorations indispensables pour offrir aux familles un service de qualité sur l'ensemble du territoire.

Mais il convient également de faire progresser la qualité et l'efficacité de la gestion des organismes de sécurité sociale. Il s'agit de notre dernière orientation.

Il convient d'abord de réduire le nombre et le montant des erreurs affectant le versement des prestations sociales. Dans le cadre de la certification des branches du régime général, la Cour examine chaque année le degré de conformité des prestations versées aux règles de droit applicables.

Pour l'exercice 2019, ces travaux font état d'un montant d'erreurs à caractère définitif d'au moins 5 milliards d'euros, toutes branches confondues, que ces erreurs soient au détriment des finances sociales – comme c'est le cas, par exemple, pour 90 % des erreurs affectant les prises en charge de frais de santé – ou à celui des bénéficiaires des prestations, comme les deux tiers des erreurs affectant le versement des retraites. Ces anomalies résultent, soit des données déclarées par les bénéficiaires, soit des opérations de gestion effectuées par les caisses de sécurité sociale elles-mêmes.

La fréquence et la portée financière des erreurs sont en nette progression ces dernières années. La portée financière de erreurs liées aux données déclarées pour les prestations versées par la branche famille a, par exemple, atteint 3,4 milliards d'euros en 2018, contre 2 milliards en 2014.

La Cour recommande donc d'accroître l'automatisation des processus de gestion et de dématérialiser les déclarations, pour éviter de verser des prestations non conformes à la réglementation. Comme nous l'avons souligné dans notre communication au Sénat sur la lutte contre la fraude aux prestations sociales, il convient aussi de fermer les possibilités systémiques de fraude et de renforcer les contrôles *a posteriori*, avec des effectifs plus importants.

Notre rapport évoque enfin, avec différentes recommandations à l'appui, la nécessité d'adapter l'organisation des branches de régime général et de moderniser la gestion du recouvrement social par le réseau des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

Pour conclure, je souhaiterais à nouveau insister sur le message principal du rapport, à savoir la priorité donnée, face à la crise sanitaire, au soutien de notre système de santé. Mais dès que les circonstances le permettront, il est impératif de remettre rapidement la sécurité sociale sur un chemin d'équilibre financier durable pour assurer la soutenabilité de la dette sociale et pour éviter de pénaliser les générations futures. Des adaptations en profondeur seront nécessaires, et plus elles seront différées, plus elles seront difficiles à mettre en œuvre.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Je vous remercie pour votre présentation et vos recommandations qui, j'en suis sûre, vont susciter un certain nombre de remarques et d'observations.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général, rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 pour l'équilibre général, les recettes et la santé. Monsieur le premier président, je tiens tout d'abord à vous remercier pour la qualité, égale chaque année, et unanimement reconnue, de votre rapport relatif à l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Il prolonge et complète la très utile publication des résultats de la sécurité sociale en 2019, et permet désormais au Parlement d'avoir une vision claire des comptes sur le dernier exercice clos avant l'été.

J'aborderai tout d'abord la situation financière de la sécurité sociale. Nous nous accorderons sur le fait qu'elle est extraordinaire, historique. La Cour s'inquiète que « *la crise ait une empreinte durable sur les comptes sociaux, en affectant notamment la croissance potentielle* ». De ce point de vue, ne pensez-vous pas que le recours massif à l'activité partielle a permis, au contraire de ce qui avait pu se passer lors de précédentes crises, de protéger davantage le capital humain dans l'entreprise et, de ce fait, d'éviter une grande partie des conséquences de la crise sur les capacités de production ?

Vous soulignez le coût des mesures nouvelles prises en faveur de l'hôpital et de l'autonomie. Ces mesures sont assumées par notre majorité, y compris d'un point de vue financier. Elles étaient d'une nécessité morale s'agissant des revalorisations salariales, après ce que nous avons vécu, et alors que la crise sanitaire n'est pas terminée.

Elles sont aussi indispensables et riches de promesses en termes d'efficience à moyen terme pour notre système de santé, lorsqu'il s'agit d'investissements dans de nombreux domaines, au premier rang duquel, le numérique.

Ne pensez-vous pas que, cumulées aux réformes que nous avons votées l'année dernière, pour l'organisation et la transformation du système de santé, ces mesures sont susceptibles d'engendrer des économies structurelles sur l'évolution de la dépense à moyen terme ? Ou du moins qu'elles sont aussi efficaces que les coups de rabot, sans renier sur la qualité des soins prodigués ? Je le dis d'autant plus volontiers que la Cour constate elle-même que la trajectoire d'avant-crise montrait que ces deux objectifs n'étaient pas incompatibles.

Mme Monique Limon, rapporteure du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 pour la famille. En tant que rapporteure pour la branche famille, je ne peux que constater tout l'intérêt que la Cour des comptes à consacrer à ce sujet dans son RALFSS. Qu'il s'agisse de l'attention portée à l'évolution des prestations familiales ou de l'action sociale de la branche famille, le rapport montre que la bonne application des politiques familiales est cruciale, notamment pour les familles les plus fragiles de notre pays.

Je vous interrogerai sur ces deux champs de notre politique familiale.

S'agissant des prestations familiales, vous soulignez à juste titre que les dépenses se sont stabilisées depuis un point haut de quelque 32,6 milliards d'euros atteint en 2014. Cette stabilité est en partie liée à la lente mais réelle décroissance de la natalité depuis 2015. En outre, des réformes successives ont conduit à diminuer le montant des prestations versées. Il en est allé ainsi de la modulation des prestations familiales, qui a conduit à une diminution des allocations versées à 10 % de ses bénéficiaires.

La prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE) est un autre exemple sur lequel je souhaiterais m'arrêter. Vous soulignez que le nombre de bénéficiaires de cette nouvelle prestation a chuté de près de moitié, tandis que le nombre des bénéficiaires masculins a lui-même baissé. C'était pourtant l'objectif affiché de cette réforme du congé parental, destiné aux parents à partager le congé : diminuer ainsi le temps passé par les mères loin du monde du travail.

Pensez-vous dès lors, que dans le prolongement de l'allongement du congé de paternité, que nous souhaitons adopter dans le cadre de ce PLFSS, une réforme de ce congé parental puisse être pertinente ? En particulier, pensez-vous que la voie d'un congé parental plus court, mais mieux rémunéré, ainsi que le pratiquent la plupart de nos voisins européens soit la voie à suivre ?

Je serai plus brève sur le second sujet relatif à l'action sociale de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF). Je partage le constat que vous effectuez, et qui a été réaffirmé pendant les auditions : les objectifs inscrits dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) signée avec la CNAF, en matière d'ouverture de places de crèche, ne sont pas atteints.

Il en ira sans doute de même avec le COG 2018-2022, notamment en raison des conditions sanitaires et de la diminution des investissements des employeurs des places de crèche. Dans ces conditions, pensez-vous qu'il faille réformer notre système de mode de garde ou de tarification des établissements d'accueil des jeunes enfants ?

Mme Caroline Janvier, rapporteure du projet de loi de financement de la sécurité pour 2021 pour l'autonomie et le secteur médico-social. Je remercie la Cour des comptes pour le travail, une nouvelle fois remarquable, qu'elle a réalisé, pour éclairer le Parlement et les citoyens sur l'application des LFSS, et ainsi alimenter le débat public.

J'interviendrai en tant que rapporteure de la branche autonomie, qui était une demande de longue date des associations, des élus et plus largement de nos concitoyens.

Avec ce PLFSS 2021, nous allons poser de nouveaux jalons pour consolider cette cinquième branche, qui sera amenée à se développer, tant les besoins sont importants. Ce ne se sera sans doute pas chose facile dans un contexte financier contraint. Mais nos recommandations permettront sans doute de trouver de nouvelles marges de manœuvre pour répondre aux fortes attentes qui existent aujourd'hui dans le secteur médico-social. Quels leviers, monsieur le premier président, pourrait-on actionner en priorité pour financer la branche autonomie ?

Même si votre rapport ne traite pas directement des dépenses de cette branche, la Cour avait consacré un chapitre entier à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans son rapport annuel de 2018. La Cour indiquait alors que la CNSA s'était imposée dans le paysage médico-social comme un acteur central. Quelle appréciation portez-vous sur son organisation, ses moyens et ses actions ?

Par ailleurs, vous abordez dans le rapport la question de l'organisation territoriale des caisses de sécurité sociale. Vous suggérez de poursuivre la réorganisation des caisses existantes afin d'adapter l'offre de services à l'évolution des besoins des territoires. La branche autonomie, quant à elle, n'a pas vocation *a priori* de disposer de son propre réseau de caisses pour délivrer les prestations qui relèveront de son périmètre. Elle devra s'appuyer sur les organismes existants. Aussi avez-vous identifié des difficultés au niveau territorial, dans la coopération interbranches ? Ne faudrait-il pas développer, du moins dans les territoires les moins peuplés, des guichets uniques, sur le modèle du régime agricole ?

M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité pour 2021 pour l'assurance vieillesse. Monsieur le premier président, j'aurais aimé pouvoir vous remercier et vous féliciter pour la qualité de votre travail, mais recevoir, quelques heures avant votre audition, un rapport de 420 pages nous complique la tâche.

Je reviendrai pour ma part sur les enjeux financiers de notre système de retraite. La branche vieillesse a vu son déficit se creuser de manière très importante avec la crise sanitaire et devrait atteindre près de 8 milliards d'euros en 2020. Ce déficit est très largement dû à la baisse des recettes de cette branche du fait du ralentissement de l'activité économique. La situation n'est pas prête de s'améliorer car le déficit devrait rester à un niveau supérieur de 7 milliards chaque année jusqu'en 2024, en l'absence de nouvelles mesures.

Dans votre rapport, vous insistez pour développer les mesures de maîtrise des dépenses de la sécurité sociale. Aujourd'hui, la branche retraite pèse plus de 46 % des dépenses de sécurité sociale, si nous tenons compte de l'ensemble des régimes obligatoires de base. Si nous souhaitons maîtriser davantage les dépenses de sécurité sociale, nous ne pourrions pas rester en marge de cette démarche.

Je n'ai pas vu, dans votre rapport, de propositions concernant la branche vieillesse. Je souhaiterais donc connaître votre point de vue sur sa situation. Quelle analyse faites-vous de l'évolution de ces dépenses ? Quel levier devrait être actionné pour accéder à ces dépenses ?

Enfin, votre rapport traite de la question des minima de pensions. Vous indiquez que les dispositions existantes, notamment le minimum contributif du régime général sont relativement complexes. Pouvez-vous nous expliquer comment se traduit concrètement cette situation, quelles en sont les conséquences pour nos concitoyens et surtout quelles sont les pistes à privilégier pour clarifier le cadre actuel ?

M. Paul Christophe, rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité pour 2021 pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. Je vous remercie pour ces analyses en profondeur et sensiblement critiques du fonctionnement de la sécurité sociale, ainsi que pour vos propositions.

Je me concentrerai sur la branche des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). Alors que cette branche a été continuellement excédentaire de 2013 à 2019, son solde est exceptionnellement déficitaire en 2020, en raison de la crise sanitaire. Les produits de la branche se sont effondrés de 8,2 %, alors que les dépenses ont augmenté au même rythme qu'en 2019. Dans votre analyse, avez-vous été en mesure de chiffrer les impacts de la reconnaissance de la covid-19 comme maladie professionnelle sur les dépenses de la branche en 2020 ?

Dans votre rapport, vous proposez d'amplifier les synergies entre la branche maladie et la branche AT-MP. Vous préconisez ainsi de rattacher les services de tarification et de prévention AT-MP, non plus aux caisses d'assurance retraite et de

la santé au travail mais aux caisses primaires d'assurance maladie. Quels seraient les impacts en termes de ressources humaines et de système d'information ?

Le PLFSS 2021 que nous examinerons la semaine prochaine contient un article qui vous concerne directement. Il reporte au 31 juillet 2021 la transmission au Gouvernement et au Parlement du rapport que vous devez réaliser tous les trois ans pour évaluer le montant de la sous-déclaration des AT-MP. En raison de la crise sanitaire, les travaux qui auraient permis d'élaborer ce rapport n'ont pas pu être réalisés. Pour autant, avez-vous d'ores et déjà une idée de la manière dont cette sous-déclaration a évolué, ces dernières années ? Les deux branches ont, semble-t-il, déployé de nombreux efforts dans l'amélioration du repérage de l'origine professionnelle de certaines pathologies, ce qui devrait logiquement conduire à une baisse du transfert de la branche AT-MP à la branche maladie au titres des sous-déclarations.

Mme Annie Vidal. J'ai écouté votre présentation avec grande attention, et ce d'autant plus que l'envoi tardif du document ne m'a pas permis d'en prendre pleinement connaissance, alors qu'il mérite une grande attention. Il est toujours source et riche de propositions, en particulier cette année dans le contexte de la dégradation des comptes sociaux liée à la crise sanitaire.

Vous formulez un certain nombre de propositions, et quelques-unes d'entre elles ont particulièrement retenu mon attention. D'abord, la proposition consistant à accroître la robustesse des trajectoires tracées par l'annexe B de la LFSS en les adossant à une analyse des principales variables. Cette proposition peut-elle se décliner dans le cadre de la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires, fondée sur des moindres dépenses qui ont été estimées et qui restent à confirmer ?

Vous faites également des propositions relatives aux GHT, qui sont sans nul doute un axe organisationnel à performer et offrent un paysage très contrasté dans notre pays. Pouvez-vous me préciser comment vos propositions vont pouvoir s'adapter à chacun d'entre eux ?

Enfin, vous formulez un dernier socle de propositions autour de la maîtrise des dispositifs médicaux, liée à une pertinence de la prescription. Toutefois, cette prescription va augmentant. Comment avez-vous intégré l'augmentation de l'utilisation à domicile, dans le cadre de la transition démographique ?

M. Stéphane Viry. Votre intervention devant notre commission, préalable à l'examen du budget de la sécurité sociale, est importante. Vous nous avez concédé des contraintes calendaires, confessé des retards. J'observerai néanmoins que votre prédécesseur nous disait la même chose, au même moment, chaque année. Ce qui pose pour nous un certain nombre de difficultés pour appréhender la qualité de vos travaux et notamment prendre la lumière de vos propos. Je forme le vœu que nous puissions, l'année prochaine, bénéficier d'un délai supplémentaire.

Il n'en demeure pas moins que votre travail est utile, il s'inscrit dans la continuité des travaux de la Cour depuis des années. Vos quatre axes de commentaires et de recommandations sont quasiment les mêmes au fil du temps. Mêmes sujets. Mêmes sujets de préoccupation. Mêmes sujets de vigilance. Mêmes requêtes à l'inflexion de pratiques gouvernementales avec, force est de constater, une rupture en 2020, qui va impacter sérieusement et durablement la trajectoire des finances sociales. Il est clair que notre capacité collective à répondre aux demandes sociales et sanitaires dépend de notre capacité à maîtriser nos finances. En cela, nous avons un certain nombre d'interrogations et d'inquiétudes.

Vous avez largement évoqué, dans le chapitre IV, la question du financement de la qualité de nos prestations et de nos établissements de santé, à savoir la qualité de la dépense. Cela fait quinze ans, me semble-t-il, que nous parlons du financement de la qualité de nos établissements de santé. Nous avons voté, dans les LFSS 2019 et 2020, des articles incitant à un certain nombre de sujets ; hélas, on tâtonne, on n'y arrive pas. Monsieur le premier président, globalement, des données existent-elles ? Le Gouvernement vous a-t-il demandé de travailler sur ce sujet, pour nous permettre de disposer des moyens de contrôler cette qualité et d'utiliser avec efficience l'argent public ?

Mme Michèle de Vaucouleurs. Nous vous remercions pour votre présentation d'une situation exceptionnelle, chacun ici en est conscient, au regard de la dégradation considérable des comptes sociaux. L'ampleur de la crise sanitaire et économique qui en découle a nécessité une dynamique de dépenses exponentielles mais absolument nécessaire. Personne ici n'est étonné par l'analyse de la Cour, puisque nous assumons l'ensemble des mesures qui ont été prises par l'exécutif depuis le mois de mars dernier.

Une fois ce constat posé, il s'agit de s'interroger sur les leviers d'action qui sont à notre disposition pour maintenir un niveau de dépenses permettant d'assurer la couverture des risques sanitaires et sociaux de l'ensemble de nos concitoyens, tout en trouvant des pistes d'amélioration qui permettront de revenir à une trajectoire d'équilibre à moyen terme.

Dans cette perspective, un nombre de recommandations contenues dans ce rapport incitent à adopter une approche territoriale renforcée, en termes d'organisation ou d'allocations de financement. Ainsi, il apparaît primordial de clarifier le rôle des groupements hospitaliers de territoires et d'instaurer une véritable dynamique de travail en commun entre ces entités et les ARS, mais aussi et surtout avec les professionnels de santé et les élus des territoires concernés.

La crise sanitaire a révélé de nombreux dysfonctionnements dans plusieurs territoires, notamment dans la gestion relativement opaques des ARS. À ce titre, comment envisagez-vous une meilleure structuration du dialogue et de la prise de décision, entre l'ensemble des acteurs afin d'assurer un pilotage territorial des actions plus opérationnel et plus efficient. Le préalable à ce gain d'efficience ne réside-t-il pas dans une approche populationnelle concrète de l'offre de soins ?

M. Joël Aviragnet. Je vous remercie pour ce rapport, dont la clarté et l'analyse ont su éclairer les perspectives de financement et l'évolution de la situation économique de la France, envisagées par le Gouvernement dans le PLFSS 2021.

Dans cet avis, vous vous déclarez en accord avec les prévisions de l'État. Cependant, la rapide dégradation de la situation sanitaire nous amène à nous interroger sur les conséquences économiques, sanitaires et sociales visiblement anticipées à la baisse de la deuxième vague épidémique qui se profile. Les dépenses liées à l'épidémie pour les mois, voire l'année à venir, nous semblent potentiellement sous-évaluées. Aussi, au regard de l'urgence de la situation sanitaire actuelle et de son évolution dangereuse, nous nous inquiétons d'une nouvelle dégradation des comptes sociaux.

Par ailleurs, ces dernières années les PLFSS ont eu comme objectif principal de rembourser la dette de la sécurité sociale, au détriment parfois d'une politique ambitieuse de santé publique. Or il n'est plus possible de continuer à se focaliser sur ce seul objectif. Le secteur de la santé, nos hôpitaux, nos établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes (EHPAD), nos soignants souffrent d'un manque criant de moyens. Il s'agit désormais de doter notre système de santé d'un financement ambitieux, d'investir massivement dans les soins et l'autonomie, ce que d'aucuns appellent le *care*, le prendre soin.

À ce titre, il est nécessaire de trouver un financement pérenne pour la branche autonomie, et ce rapidement. Nous déplorons qu'il ne soit fait mention de ce financement ni dans le PLFSS ni dans votre rapport, alors que celui-ci pourrait affecter sensiblement les comptes de la sécurité sociale s'il venait à mobiliser de nouvelles sources de financement, ou à créer de nouvelles dépenses.

Quelles sont les perspectives d'évolution de la sécurité sociale et son financement sur les cinq prochaines années ? J'émetts enfin le vœu d'écarter définitivement un retour à l'austérité budgétaire en matière de santé, car elle se traduirait, immanquablement, par une détérioration des soins et de la prise en charge des Français face à la perte d'autonomie.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Disposer d'éclairages de la Cour des comptes – même tardifs – est particulièrement nécessaire et utile cette année, en raison du contexte particulier de la crise sanitaire. La crise va entraîner une dégradation sans précédent de nos comptes sociaux, mais également, très probablement, une perte de chance pour les patients ayant besoin de soins non liés à la covid-19.

Quel est selon vous l'intérêt de créer un observatoire des déprogrammations d'actes en lien avec la covid, pour mieux juguler les risques liés à ces pertes de chance pour les patients ? Nous voyons déjà remonter des données alarmantes en raison de diagnostics trop tardifs – de cancers, par exemple.

Je reviendrai sur la partie de votre rapport consacré à l'amélioration de l'efficacité de notre système de santé. Il précise notamment, concernant les objectifs d'économie, la nécessité d'inscrire dans un cadre pluriannuel les efforts demandés à l'ensemble des acteurs, qu'il s'agisse de la chaîne du médicament, des dispositifs médicaux ou des prescripteurs. Il convient de faire preuve de lucidité sur le sujet. Il est contradictoire de demander 1 milliard d'économies, depuis dix ans, au secteur du médicament, et de regretter ensuite la fragilisation du tissu industriel et les délocalisations. Quel est votre sentiment sur ce point ?

Mme Valérie Six. Dans le cadre de l'examen du PLFSS 2021, nous serons amenés à travailler sur la cinquième branche de la sécurité sociale, notamment sur son financement, tout en respectant l'engagement du ministre des finances de ne pas augmenter les impôts. Au groupe UDI et Indépendants, nous proposons de financer la branche autonomie de la sécurité sociale par la lutte contre les fraudes aux prestations sociales. Notre collègue, M. Pascal Brindeau, rapporteur de la commission d'enquête sur ce thème, a publié un rapport contenant pas moins de cinquante-cinq recommandations, issues de dizaines d'heures d'auditions.

En parallèle, la Cour des comptes a rendu un rapport, le 8 septembre dernier, sur la lutte contre les fraudes aux prestations sociales, au sein duquel elle affirme que, entre les erreurs, d'une part, et la fraude, d'autre part, les organismes sociaux perdent des sommes importantes.

S'il est difficile d'estimer l'ampleur des fraudes aux prestations sociales, celle-ci coûte vraisemblablement des milliards chaque année aux organismes de sécurité sociale. Ce sont autant de moyens qui pourraient être réattribués à de nouvelles prestations sociales. Notre groupe propose de renforcer considérablement la lutte contre les fraudes aux prestations, ce qui permettrait ainsi de financer l'autonomie, le handicap et le grand âge. Qu'en pensez-vous ?

Mme Caroline Fiat. Je ne vous cacherai que je suis très en colère. Je sais que vous vous présentez devant nous au titre de premier président de la Cour des comptes, mais je souhaiterais tout de même vous rappeler votre passé de parlementaire et de ministre. Notre réunion a débuté à 14 heures 30, or nous avons reçu votre rapport à 10 heures 10. Un rapport de 420 pages à étudier en quatre heures vingt, soit 1,6 page à la minute de lecture, d'annotations et une éventuelle rédaction de questions à vous poser – sans pause déjeuner.

Ce matin j'étais inquiète à l'idée de recevoir le rapport de la Cour en même temps que le PLFSS. Vous êtes sauvé, monsieur Moscovici : à moins d'une heure de l'audition des ministres, nous n'avons pas reçu le PLFSS !

J'entends que certains collègues de la majorité se contentent d'une synthèse de quarante-quatre pages ; personnellement, je pense avoir été élue pour fournir un travail approfondi : je voulais donc lire le rapport en entier. Je pense également que le rôle du Parlement n'est pas négligeable et que, j'en suis sûre, vous ne considérez pas votre audition comme une simple visite de courtoisie à vos anciens collègues.

Je pense aussi, monsieur le premier président, que les Français méritent mieux que des agissements en catimini, en cercle d'initiés rompus au dogme de l'austérité.

Chaque année, la Cour certifie les comptes de l'État et du régime général de la sécurité sociale. Cette mission doit garantir aux citoyens une information financière et comptable plus claire, lisible et une image plus fidèle de la réalité financière de l'État et de la sécurité sociale. Mais votre mission consiste aussi à assister le Parlement et le Gouvernement dans l'évaluation des politiques publiques. Enfin, vous devez chercher à vérifier si les résultats d'une politique publique sont à la hauteur des objectifs fixés et si les moyens budgétaires sont utilisés de manière efficace et efficiente.

Pensez-vous que le Gouvernement aurait pu faire plus d'économies pour tuer l'hôpital ?

M. Pierre Dharréville. Nous avons entendu la raison de cet envoi tardif qui nous a conduits à prendre connaissance de ce rapport d'abord par voie de presse. Comprenez bien que notre préoccupation est de faire en sorte que votre travail soit réellement utile.

Cela étant, pour ce que nous avons pu en lire, il ne contient pas de surprise majeure par rapport au précédent. Nous pouvons être d'accord avec le début de votre constat, en le reformulant : il convient de financer la sécurité sociale à hauteur de ses missions. Mais vous avez oublié de regarder du côté de ses recettes, dont l'assèchement est organisé depuis plusieurs années. « Ce n'est pas dans l'air du temps », avez-vous dit.

Il est nécessaire de conduire un grand débat sur le financement de la sécurité sociale, d'autant plus que la crise économique est amenée à s'installer et que des enjeux nouveaux se font pressants. Notre responsabilité est d'assurer le financement pérenne des besoins sociaux, en assurant une phase de transition avant de revenir à une situation plus stable.

Pourquoi ne pas conduire une remise à plat des 70 milliards d'euros d'exonération de cotisations sociales – 90 milliards en incluant les taux réduits de la contribution sociale généralisée –, alors que l'efficacité de ces dispositifs en matière d'emploi est plus que douteuse ? Pourquoi ne pas renforcer la lutte contre la fraude patronale aux cotisations sociales, qui représente près de 25 milliards ? Pourquoi ne pas mettre véritablement à contribution les revenus financiers ?

Malgré une crise sanitaire inédite, qui a mis fortement en tension nos hôpitaux, les mêmes marottes reviennent en boucle : ce serait un problème d'organisation et des gisements d'économies existeraient encore.

Chaque dépense supplémentaire pour améliorer les salaires des soignants ou les prestations doit faire, selon vous, si j'ai bien lu, l'objet de contreparties en matière de réorganisation de l'offre de soins. De même, vous en appelez à mieux

cibler les dépenses de solidarité et les minima sociaux, à l'heure où la crise sanitaire a fait basculer un million de Françaises et de Français dans la pauvreté. Tout cela conduit à revoir toujours plus les fondements de la sécurité sociale et son principe d'universalité ; pourvu que le transfert de la dette covid n'y serve pas d'argument.

Mme Delphine Bagarry. J'ai bien lu qu'il fallait une meilleure maîtrise des dépenses de la sécurité sociale pour pouvoir retrouver un jour un équilibre. Mais au-delà d'une éventuelle maîtrise des dépenses, notamment d'assurance maladie, la Cour voit-elle d'autres leviers mobilisables, à savoir des recettes supplémentaires ?

Vous dites qu'il convient d'améliorer l'efficacité du système de santé, avec deux points qui me semblent essentiels et sur lesquels je souhaitais vous interroger. D'abord, les GHT, qui n'ont pas su répondre aux iniquités territoriales d'accès aux soins. Pouvez-vous nous donner des précisions sur les avantages de doter les GHT d'une personnalité morale ? Ensuite, vous dites qu'il faut une meilleure maîtrise des prescriptions médicamenteuses, en particulier en ville, très dynamique sur les dispositifs médicaux. Parlez-vous de la tarification au forfait pour les soins de ville – je n'ai pas vu cela dans vos recommandations ?

Par ailleurs, vous préconisez des fusions de caisses dans les départements les moins peuplés. Ne pensez-vous pas que celles-ci risquent d'augmenter un peu plus le sentiment d'abandon de ces territoires ? Ne devrions-nous pas imaginer une solidarité inter-caisses – le télétravail le permet aujourd'hui ? La CAF des Alpes-de-Haute-Provence a, par exemple, pu porter secours à certaines caisses de la région afin de pallier les déficits en personnels.

M. le premier président de la Cour des comptes. Je comprends votre insatisfaction, votre frustration, voire la colère que vous exprimez. D'un certain point de vue, les magistrats de la Cour peuvent partager ce sentiment. En effet, pour arriver à vous transmettre ce rapport, même tardivement, un certain nombre de magistrats ont fait peu de pauses déjeuner, voire peu de pauses soirée. Ils ont dû intégrer des chiffres transmis par les pouvoirs publics très tardivement. J'aurais aimé qu'il en soit autrement. Je note cependant qu'il ne s'agit pas d'une exception, le rapport étant transmis chaque année à peu près à la même période. Vous pourriez sans doute interroger les ministres sur la disponibilité tardive des données.

Par ailleurs, ma visite n'est pas une visite de courtoisie. Je me présente aujourd'hui en tant que premier président de la Cour des comptes pour vous présenter un rapport que je considère comme important, qui fait partie intégrante de notre mission et qui est utile à la fois au Parlement et aux citoyens. Ce rapport à un périmètre et mes réponses resteront dans le cadre du rapport ; je ne me livrerai à aucune spéculation. La Cour analyse des chiffres, des données et des initiatives qui sont étayées, et ses recommandations sont élaborées à partir de rapports qu'elle produit, et non d'opinions.

La Cour et le HCFP estiment qu'il n'est pas raisonnable de considérer que la croissance potentielle ne serait pas affectée par la crise massive que nous

connaissons ; c'est la raison pour laquelle nous demandons une nouvelle loi de programmation. Notre secteur productif va être durablement modifié, dès lors la croissance potentielle va l'être aussi.

Tout calcul de solde structurel, par exemple, dépend de la croissance potentielle que nous connaissons. Le HCFP procède donc actuellement à des évaluations fondées sur une loi de programmation obsolète et non sur la réalité ; ce n'est pas sain.

Ni la Cour ni le HCFP ne se sont exprimés sur l'activité partielle et la croissance potentielle ; néanmoins, dans son avis du 21 septembre 2020, le HCFP considère que l'ampleur du choc subi par l'économie française va avoir un impact durable sur l'appareil productif. L'impact de la crise sur l'investissement ainsi que sur le capital humain devrait diminuer le PIB potentiel par rapport à certaines annonces d'avant-crise et, par conséquent, la capacité de rebond de l'économie française.

Il conviendra cependant de distinguer ce qui est structurel de ce qui est conjoncturel. Ce qui vaudra également pour l'analyse que nous ferons *a posteriori* sur l'impact de l'activité partielle qui, si elle a des effets de soutien à court terme, aura d'autres effets à moyen terme.

S'agissant des réformes structurelles conduites depuis 2017 dans le secteur de la santé, le rôle de la Cour n'est pas de censurer ou de juger, mais quand les réformes vont dans le bon sens, nous le disons – nous l'avons dit de la stratégie « Ma santé 2022 ». Nous disons aussi quand des réformes doivent être accélérées ou perfectionnées, ce que nous avons fait pour la réforme relative aux GHT ; elle doit être complétée. L'idée est de consolider cette mesure, d'où la question de la personnalité juridique qui est posée, pour une direction commune, l'idée de parvenir à une représentation territoriale équitable, de façon à ce que chacun puisse bénéficier des prestations et de l'ensemble des spécialités disponibles dans les hôpitaux.

En ce qui concerne la PreParE, il est vrai que le nombre de prestations a fortement baissé, de 43 %, en raison des conditions de partage par les deux parents, qui s'est traduit par une sortie massive du dispositif, une fois les vingt-quatre mois de l'enfant atteint.

Dans d'autres pays, le congé parental est davantage rémunéré ; plusieurs exemples étrangers avaient été analysés par la Cour en 2017. Des pays qui le conçoivent comme un véritable revenu de remplacement. Cependant, une meilleure rémunération pourrait conduire à distribuer davantage d'aides à des ménages aisés, ce qui contredirait l'objectif d'un ciblage accru des prestations monétaires sur les familles à faible revenu. Il conviendra donc de procéder à une évaluation dans le cadre de réformes qui pourraient être réalisées – et qui seront les bienvenues.

Pour ce qui concerne les modalités de financement de l'offre d'accueil des jeunes enfants, elles viennent d'être renovées, avec pour objectif d'encourager la

création de places et de réduire les écarts de financement entre crèches. Une évolution qui était nécessaire, mais il est encore trop tôt pour en connaître les impacts sur la création de places.

Concernant les pistes de financement de la branche autonomie, il revient au Gouvernement et non à la Cour de définir les conditions de la soutenabilité des dépenses de cette branche, qui a été créée par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie. À cet égard, sur 11 milliards d'euros de nouvelles mesures en dépenses, prévues d'ici à 2022 par le PLFSS 2021, au titre du Ségur de la santé, 2 milliards concernent la branche autonomie, principalement des revalorisations salariales pour les EHPAD.

La Cour avait salué l'action de la CNSA, en 2018, tout en proposant des pistes d'amélioration. Or, à moins de créer une nouvelle caisse nationale, la CNSA est vraisemblablement la mieux placée pour piloter la branche autonomie – jouer le rôle de caisse nationale –, compte tenu notamment de son expérience dans les relations avec les conseils départementaux, qui financent l'essentiel de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap.

Quant au déploiement d'un éventuel réseau propre, le chapitre du RALFSS consacré à l'organisation territoriale des caisses insiste sur la nécessité d'approfondir une mutualisation au sein des réseaux des branches de prestations du régime général. S'agissant de la branche autonomie, une préoccupation importante concerne la répartition des rôles entre les conseils départementaux et les ARS, dont l'efficacité ne pourra, à mon sens, être assurée.

Concernant la situation financière de la branche vieillesse, le déficit de cette branche devrait atteindre près de 8 milliards d'euros en 2020 ; un déficit réduit par l'affectation de la soulte des industries électriques et gazières pour 5 milliards à la Caisse nationale d'assurance vieillesse. Pour le moyen terme, nous attendons la révision des projections du Conseil d'orientation des retraites à l'horizon 2030, qui devraient être connues dans les prochaines jours.

S'agissant du fonctionnement du MICO, la principale difficulté provient de la mise en œuvre de la règle dite de l'écrêtement. L'ensemble des pensions de base et complémentaires doivent être inférieures à 11 091,56 euros au 1^{er} janvier 2020. Deux pistes sont décrites dans le rapport. D'abord, une plus grande convergence des règles des minima entre régimes. Ensuite, l'amélioration de la gestion des flux informatiques entre régimes.

Concernant la branche AT-MP, vous m'interrogez sur l'impact financier de la reconnaissance de la covid19 comme maladie professionnelle. Ce statut est désormais accordé automatiquement aux personnels soignants qui ont développé une forme grave de la covid – qui a nécessité un apport d'oxygène –, ainsi que le prévoit un décret paru au *Journal officiel* le 15 septembre 2020. Les autres malades doivent passer devant un comité d'experts pour bénéficier de cette reconnaissance.

Observons que ce sujet n'a pas été considéré par le rapport remis à la dernière Commission des comptes de la sécurité sociale comme un sujet justifiant un chiffrage précis de la dépense. Nous pensons que l'impact macroéconomique sera forcément limité, mais nous ne disposons pas de données pour vous répondre précisément.

Une question m'a été posée sur les gains à attendre et les effets en termes de gestion et de personnels d'une amplification des synergies entre la branche maladie et la branche AT-MP que préconise la Cour. Les principaux gains se feront, non pas en termes de gestion ou de personnels des caisses, mais sur la gestion du risque, notamment en matière d'indemnités journalières d'arrêt de travail et de prévention de la désinsertion professionnelle, par une mobilisation plus efficace des moyens existants.

Pour évaluer le montant de la sous-déclaration des maladies professionnelles, il devra être procédé à une évaluation dans le cadre du rapport habituel, qui cette année, il est vrai, a été reporté. Nous pouvons toutefois penser que, globalement, du fait du ralentissement de l'activité économique, il y a, mécaniquement, un ralentissement de la progression de la sinistralité au travail.

Pour ce qui concerne les dispositifs médicaux, une pertinence des prescriptions doit être trouvée. Nous pensons qu'il est nécessaire de disposer d'un dispositif de maîtrise qui vous permette de vérifier leur pertinence.

S'agissant du financement de la qualité, cette question relève davantage de la Haute Autorité de santé que de la Cour.

Concernant l'approche territoriale renforcée, je pense avoir expliqué ce que nous pensions des GHT.

Par définition, nous n'avons pas de réponse concernant la seconde vague de l'épidémie. Il convient d'investir dans les soins, bien entendu, mais ne faisons pas comme si aucune mesure n'avait été prise : près de 19 milliards d'euros ont déjà été dépensés.

En ce qui concerne le financement pérenne de la branche autonomie, je vous renvoie au rapport de M. Vachey, qui propose un certain nombre de pistes.

S'agissant de la dégradation des comptes sociaux, nous y sommes attentifs, c'est l'objet même de ce rapport. Un certain nombre de préconisations sont formulées sur les dispositifs sociaux, l'industrie du médicament, les maladies prises en charge. Elles font partie des réflexions systémiques, qu'il sera tout à fait légitime de concrétiser à l'avenir.

Madame Fiat, au-delà de votre colère, vous me demandez si la Cour préconise davantage d'économies pour tuer l'hôpital ; je vous répondrai « non, non et non ». Il est erroné de dire que la Cour préconise de tailler dans la dépense sociale. Elle a parfaitement conscience, à la fois de la situation exceptionnelle que traverse

le pays, des difficultés que connaît notre système hospitalier et de la nécessité de le réformer. Cependant, il est vrai que nous restons dans une perspective de maîtrise des dépenses de santé, pour éviter que nous croulions sous le poids de la dette et que nous handicapions durablement les générations futures.

Enfin, concernant les exonérations de cotisations, une évaluation est préalablement nécessaire. Mais le transfert me paraît un peu facile à proclamer : s'il était si simple, il aurait déjà été instauré.

Mme Stéphanie Rist. Je vous remercie de votre présentation ainsi que de mettre en avant les GHT, l'un des leviers majeurs de la transformation du système de santé. Vous proposez d'aller vers des directions communes de GHT et de les doter d'une personnalité morale unique, ce qui permettrait une meilleure efficacité, une simplification, mais aussi une meilleure qualité de prise en charge des patients. Quel devrait être selon vous le rôle des ARS pour aller dans ce sens ? L'évaluation, pourtant prévue dans la loi, vous paraît-elle être à la hauteur ?

M. Bernard Perrut. Vous avez évoqué la réorganisation territoriale de l'hôpital à travers les GHP et vous proposez de réviser rapidement leur périmètre. Le ministère de la santé et les ARS ont été pilotes de la mise en œuvre de cette préconisation. Comment voyez-vous l'association des territoires à cette définition ?

Nous avons vu, depuis le début de la crise, combien les liens de proximité étaient essentiels au sein de chaque territoire, combien les GHT ont joué un rôle important. Nous avons pu voir la bonne gestion d'urgence des premiers cas, puis du début de l'épidémie, avec des directeurs d'hôpitaux qui ont montré leurs capacités à changer en urgence l'organisation de leur établissement. Nous avons pu observer l'efficacité des circuits courts de décision, comme l'engagement remarquable de tous les personnels. Les élus des collectivités ont été dans le même temps très créatifs et volontaires.

Comment valoriser l'implication des élus dans l'organisation de notre système de santé ? Quelle vision avez-vous d'une nouvelle gouvernance, qui permettrait de mieux associer les ARS et les départements, les régions, les collectivités locales, et faire en sorte que les secteurs public et privé soient concernés par cette nouvelle gouvernance ?

M. Thierry Michels. Le rapport met en avant des actions nécessaires pour améliorer l'efficacité de notre système de santé, mais *quid* de son efficacité selon le vieil adage « mieux vaut prévenir que guérir » ? Que pouvez-vous nous dire par rapport aux pistes de long terme envisageables : recherche hospitalière, innovation numérique, actions de prévention au service d'une meilleure santé de nos concitoyens, et donc d'une meilleure maîtrise des dépenses de santé ? Comment le PLFSS pourrait-il devenir un outil de planification, de pilotage et de mesure du résultat de ces actions de long terme ?

M. Alain Ramadier. Croyez que je suis conscient de toute la difficulté qu'il y a d'anticiper avec certitude la situation économique de notre pays. Notre

dette publique n'a cessé d'augmenter au cours de la dernière décennie et a littéralement explosé avec les mesures d'urgence prises en réponse à la crise économique qui a frappé notre pays.

Par ailleurs, il est pour l'heure impossible d'avoir une vision stable et pragmatique de la situation économique pour l'année 2021. La seule certitude est que le chômage risque d'augmenter de manière exponentielle. Les prévisions sont bien évidemment en deçà des schémas élaborés avant la pandémie. Comment, néanmoins, assurer la soutenabilité à moyen terme de notre dette publique, considérable enjeu pour la stratégie financière du pays ?

M. Belkhir Belhaddad. Il est évident que personne ne souhaite revivre une période de confinement, les conséquences seraient désastreuses sur le plan social, économique et financier. Je pense toutefois que nous devons tirer tous les enseignements de cette crise. C'est la raison pour laquelle, je soutiens fortement, dans une logique de soins de proximité, l'implantation de différents plateaux techniques dans les hôpitaux de proximité et une discussion serrée sur la répartition de l'offre hospitalière au plan départemental. Je pense également que la gouvernance sanitaire, avec des ARS trop lointaines des décisions politiques, doit évoluer.

Vous prenez l'exemple du soutien aux établissements de santé pour préciser que l'octroi par les ARS des financements ne fait pas toujours l'objet d'un contrôle interne suffisamment rigoureux. Pensez-vous que les acteurs locaux, tels que les élus, doivent être associés au processus de décision ou, à défaut, à la concertation ?

M. Fabien Di Filippo. Je souhaite vous interroger sur une bombe à retardement, à savoir la sédentarité de notre population. Nous savons que les comptes sociaux sont très largement déficitaires, le coût de la sédentarité est estimé à près de 17 milliards d'euros. Nos associations sportives, avec la baisse des soutiens en raison de l'épidémie, rencontrent de grosses difficultés budgétaires. Avez-vous des évaluations à nous fournir ?

Par ailleurs, travaillez-vous sur des pistes pour que les investissements, non pas dans le sport d'élite en vue des Jeux olympiques de Paris en 2024, mais pour le sport dont le Comité national olympique et sportif français nous dit qu'il va perdre 25 % de ses licenciés, soit 4 millions, puissent nous aider à surmonter ce défi ? N'oublions pas que, par rapport aux deux dernières générations, ce sont 25 % de capacités physiques en moins, en moyenne, pour nos enfants.

M. Jean-Louis Touraine. Je citerai trois aspects dans le domaine sanitaire qui, avec un objectif d'économies, permettraient de réaliser les soins et les progrès nécessaires.

D'abord, 30 % des actes sanitaires réalisés ne sont pas pertinents. Ils sont coûteux et parfois même préjudiciables aux malades. Comment améliorer la maîtrise des prescriptions afin de ne pratiquer que les actes pertinents ?

Ensuite, concernant le traitement par dialyse, le forfait est beaucoup plus élevé en France que dans tous les autres pays comparables, et des efforts insuffisants ont été développés pour un traitement qui est meilleur et moins onéreux, à savoir la transplantation rénale. Les économies réalisables se chiffrent en centaines de millions chaque année, quelques milliards en cinq ans.

Enfin, la mise en place des GHT n'a pas eu les résultats escomptés, les périmètres étant trop variables, souvent insuffisants, la mutualisation incomplète. Nous notons l'absence de personnalité morale, une inégalité entre les régions, une évaluation insuffisante des dépenses de dispositifs médicaux, une insuffisance de développement du modèle d'intégration sanitaire prévu par la responsabilité populationnelle.

Toutes ces pistes peuvent-elles être mises en chantier ?

Mme Monique Iborra. Ma question peut paraître être un peu décalée par rapport à notre réunion mais elle fait référence à vos compétences européennes : pensez-vous que l'Europe puisse reprendre la dette covid des États ? Est-ce possible, souhaitable et envisagé ?

Mme Josiane Corneloup. La branche maladie va subir la dégradation la plus spectaculaire, avec un déficit estimé à 31,1 milliards d'euros, creusé par une forte hausse des dépenses. Des réformes structurelles semblent aujourd'hui plus que jamais nécessaires afin de réaliser des économies et ne pas alourdir la dette sociale. Ce présent rapport préconise d'ailleurs la nécessaire inflexion de l'évolution des dépenses, l'amélioration de l'efficacité de notre système de santé et le meilleur ciblage de certaines dépenses de solidarité.

Au regard de l'inflexion de l'évolution des dépenses, vous évoquez à plusieurs reprises les objectifs rehaussés de l'économie dans les dépenses liées aux dispositifs médicaux. Vous dites qu'il convient de contenir la hausse de 4 % par an du coût des dispositifs médicaux, qui va du pansement au lit médicalisé.

J'ai l'impression que nous sommes une nouvelle fois dans des coups de rabot répétés et déconnectés de la réalité du terrain et du souhait des Français. En effet, nous sommes face au constat suivant : d'une part, toutes les enquêtes réalisées auprès de la population font état du souhait des Français de rester à domicile le plus longtemps possible. D'autre part, les familles ont de plus en plus de difficultés à assumer le reste à charge de leurs proches dans les EHPAD. Nous avons également un nombre extrêmement restreint de personnes GIR1 et GIR2, maintenues à domicile, alors qu'elles le souhaiteraient. Nous évoquons régulièrement le développement de l'ambulatoire, j'y suis tout à fait favorable.

Ces constats nécessitent des matériels adaptés sans lesquels aucun maintien à domicile n'est envisageable. Les besoins sont donc croissants. Pouvez-vous nous préciser la logique de votre raisonnement par rapport à cette préconisation ?

Mme Catherine Fabre. Dans le rapport de la Cour, à partir du chapitre IV, vous présentez huit axes d'action pour retrouver une trajectoire financière soutenable. Pourriez-vous nous préciser la contribution de chacun de ces axes à l'atteinte de l'objectif financier global ?

Par ailleurs, vous soulignez l'iniquité du système de retraite, et indiquez surtout que les règles de calcul des minima de pension supposent de connaître le montant des pensions perçu dans chacun des régimes, et que les difficultés de coordination entre ces régimes ont des conséquences désastreuses pour les plus fragiles des retraités. Ainsi, 500 000 personnes attendent très longtemps le versement du MICO, complément de revenu essentiel pour les retraités percevant des petites pensions. Il s'agit d'un constat inacceptable. Je vois dans la mise en place d'un système universel de retraite une solution à ce problème ; partagez-vous ce point de vue ?

Mme Audrey Dufeu. Je reviendrai sur l'urgence et la nécessité de l'efficience organisationnelle. La Cour insiste dans son rapport sur une réforme des GHT qu'elle juge incomplète et partielle. Cependant, son approche est en silo, à savoir par spécialité, ou par rapport aux fonctions supports, telles que les ressources humaines ou le système de l'information. Avez-vous abordé, dans votre évaluation, les déficiences organisationnelles des GHT par le prisme de la gériatrie ?

Mme Stéphanie Atger. Vous indiquez que l'essentiel des aides bénéficie en pratique à quelques établissements publics de santé en déficit chronique, en métropole, mais surtout, dans des proportions importantes, en Corse et outre-mer.

Vous pointez également les difficultés pour contrôler l'efficience des actions financées dans le cadre du FIR, mais aussi dans l'affectation des crédits MIGAC destinés aux activités de soin, et leur visibilité pour leurs équipes médicales et soignantes concernées. Aussi, quels moyens la Cour des comptes identifie-t-elle afin d'accéder à cette transparence ?

Vous évoquez le renouvellement des équipements numériques ainsi que le recrutement de nouveaux personnels chargés de le réaliser ; qu'en est-il ?

M. le premier président de la Cour des comptes. Concernant les GHT, il me semble que nous abordons le sujet comme il l'est dans les projets médicaux partagés, que nous avons quasiment intégralement consultés. Nous partageons très largement le diagnostic réalisé par le député Jean-Louis Touraine. Nous souhaitons aller vers une direction commune, vers une fusion, et donner un rôle important aux ARS.

Il est vrai que pour certains GHT, les territoires sont clairement trop petits et ne permettent pas de bénéficier d'un traitement équitable, exhaustif, pour l'ensemble des différentes pathologies. Nous souhaitons également que les GHT soient plus intégrés pour une meilleure efficacité, notamment durant la crise. L'association des élus est indispensable, nous avons tous constaté qu'une action de proximité est toujours plus efficace.

Pour une meilleure santé, la prévention est nécessaire. Et nous pouvons parfois noter trop de coercition et pas assez de prévention. La Cour réalise une évaluation de la prévention en santé pour le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale ; elle sera disponible en fin d'année.

Nous souhaitons tous tirer les enseignements de la crise. Cela signifie-t-il d'implanter des plateaux techniques dans les hôpitaux de proximité ? Pourquoi pas. Mais pour cela, des professionnels de santé doivent être disponibles.

S'agissant de la sédentarité, la Cour travaille également sur la prévention en santé publique et la prévention du vieillissement. Nous pourrions bientôt répondre plus en détail à cette question, qui concerne plusieurs chambres de la Cour des comptes.

Pour ce qui est des actes médicaux non pertinents, l'amélioration de la maîtrise de l'évaluation des prescriptions passe par une réforme de la tarification à l'activité.

Concernant la dialyse, nous avons réalisé une étude sur les insuffisances rénales chroniques, à laquelle je vous renvoie.

Nous ne sommes pas favorables aux coups de rabot sur les dispositifs médicaux. Il nous semble préférable de nous orienter vers des accords pré-volumes, « le meilleur produit au meilleur prix pour l'usager », la pertinence et la maîtrise indicative.

La question des minima de pension est très délicate sur le plan politique. Nous n'avons pas à nous prononcer sur la pertinence de telle ou telle réforme ou sur un calendrier. Ce débat politique vous concerne, ainsi que le Gouvernement, et plus largement la société. Nous n'avons pas non plus à nous prononcer sur un projet qui n'est pas, actuellement, à l'agenda politique. En revanche, nous pensons qu'un système universel permettrait en effet de corriger, à la fois l'hétérogénéité et les insuffisances que nous avons pointées du doigt. Nous devons nous diriger, à moyen terme, vers cette voie.

Mais cela n'est pas la seule préoccupation d'une réforme des retraites ; d'autres paramètres doivent être pris en compte, et je ne veux pas me substituer à l'exécutif. Cependant, étant donné que nous sommes devant une incertitude, nous suggérons une harmonisation qui permettrait de résoudre les imperfections que nous constatons et qui ont des effets extrêmement dommageables. Je mentionnais les 500 000 retraités modestes qui sont dans l'attente du versement du MICO. J'ai indiqué le chiffre de 130 euros par personne, un montant qui n'est pas négligeable. Ce versement concerne un nouveau retraité sur cinq ; il existe donc un vrai problème. Par ailleurs, à défaut d'un système universel, il convient d'harmoniser les différents systèmes. Et les perspectives de la Cour en ce domaine sont relatives à un meilleur ciblage des dépenses, au bénéfice des plus défavorisés.

Enfin, je ne suis plus commissaire européen, mais je terminerai par la question relative à la reprise de la dette covid des États par l'Union européenne, et plus généralement à la dette publique.

D'abord, il m'est souvent demandé si la Cour ne surévaluait pas la dette publique, c'est-à-dire si la question de la soutenabilité de la dette publique n'était pas un problème qui était derrière nous. Non, la dette publique existe bien, et elle est un ennemi pour la cohésion sociale, pour le service public.

Aujourd'hui, la dette publique est parfaitement finançable. Les taux d'intérêt sont négatifs, nous avons une excellente signature et une homogénéité économique. Mais ils ne seront pas négatifs éternellement et la qualité de la signature doit se vérifier. Et elle se vérifie aussi à travers notre capacité à maîtriser la dette, et à mener des réformes structurelles visant à préparer notre future économie, car elles influent sur la croissance potentielle.

Nos concitoyens ne sont pas idiots, s'agissant de la dette covid. Certains leur racontent qu'elle sera totalement annulée ; il n'en est rien. Car *in fine*, ce serait une spoliation des épargnants. D'autres prétendent que la dette sera intégralement monétisée ; il s'agit d'une théorie monétaire moderne, paraît-il.

La Banque centrale européenne (BCE) réalise déjà des efforts considérables, qui sont les bienvenus et qui ont vraiment changé les choses. Souvenons-nous de Mario Draghi, en 2012, et son fameux « *whatever it takes* » pour sauver l'euro. Mais la BCE ne peut reprendre la totalité de la dette : ce serait une erreur ; ce n'est ni dans son mandat ni dans ses moyens.

S'agissant de la mutualisation d'une partie de la dette publique des pays membres, l'accord qui est intervenu en juin est formidable. Pour la première fois, il est question d'une forme de solidarité assumée, et non seulement des prêts mais aussi des subventions sont proposés. Mais nous parlons-là de 750 milliards d'euros, et de quelque 390 milliards de subventions, et les Européens restent, sur cette question, assez divisés. Il ne sera pas raisonnable de rêver à la mutualisation complète de la dette publique.

Mon sentiment sur ce sujet, et c'est un message que je délivrerai devant le Parlement et l'opinion publique tant que je serai dans cette fonction, est qu'une dette peut bien sûr être gérée, allégée, voire allongée, mais nous la retrouvons toujours à un moment donné. Si nous ne nous préoccupons pas de sa soutenabilité, nous ne serions pas responsables – je pense aux générations futures. Notre jeunesse est déjà très éprouvée par la crise sanitaire, dans son mode de vie, ses perspectives d'emploi... Le futur va être difficile pour les jeunes.

Si nous ignorons ce problème, le jour où les taux d'intérêt se renverseront, chaque euro consacré au remboursement de la dette sera un euro en moins pour ce à quoi vous êtes attachés : la cohésion sociale, l'hôpital, la justice sociale, les retraites...

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

Réunion du mercredi 7 octobre 2020 à 16 heures 15

La commission procède à l'audition de M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé, M. Olivier Dussopt, ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics, et Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée auprès du ministre des solidarités et de la santé, chargée de l'autonomie, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.9609953_5f7db319e4d02.commission-des-affaires-sociales--m-pierre-moscovici-premier-president-de-la-cour-des-comptes--m-7-octobre-2020

Mme la présidente Fadila Khattabi. La crise sanitaire, économique et sociale confère au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2021 un caractère très particulier.

Je me dois de faire part aux ministres ici présents des regrets qui ont été exprimés ce matin, lors de la réunion du bureau de la commission, en raison de la brièveté du temps qui nous est imparti pour examiner le texte. Une nouvelle fois, la commission est victime du très court délai séparant le dépôt du projet de loi de son examen en séance publique. Elle n'a d'autre choix que de commencer à l'examiner mardi prochain, c'est-à-dire dans seulement six jours.

Nous demeurons fermement attachés à ce que le dépôt du texte intervienne plus tôt. S'il faut reconnaître que nous vivons une année très difficile et que le contexte ne se prêtait pas facilement à une amélioration du calendrier, nous ne devons pas pour autant perdre de vue cet objectif. Je suis convaincue que vous entendrez notre souhait. Il y va du respect des droits du Parlement, à commencer par le droit d'amendement, mais aussi de la valeur de nos travaux. Tout doit concourir à la qualité des textes que nous élaborons et des débats que nous menons.

Cette remarque récurrente a été exprimée à de nombreuses reprises par mes prédécesseurs. Pour ma part, j'en ajouterai une autre relative au fait que vous devrez nous quitter dans un peu moins de deux heures pour vous prêter au même exercice au Sénat. À la demande du bureau de la commission, je me dois de vous faire part du regret des commissaires, qui auraient souhaité qu'un temps plus long soit consacré à cette audition, bien que nous ayons à l'esprit la forte contrainte à laquelle sont soumis vos agendas.

Par conséquent, le bureau a établi les temps de parole à raison de 2 minutes pour les rapporteurs, 3 minutes pour les orateurs des groupes et de 2 minutes pour les autres commissaires. J'invite chacun à la concision, ce qui permettra aux ministres de répondre plus longuement.

M. Boris Vallaud. Madame la ministre, monsieur le ministre, nous vous recevons pour débattre d'un projet de loi que nous n'avons toujours pas reçu à l'heure où vous vous présentez devant nous. Nous en serons donc réduits à commenter des commentaires de presse. Ce n'est pas une façon de travailler !

Cette remarque, nous l'avions déjà formulée l'année dernière à vos prédécesseurs. Nous espérions que, siégeant encore parmi nous il y a peu de temps, vous en auriez tenu compte pour vous-mêmes. Tel n'est pas le cas, et cela ne contribue pas à un travail de qualité. Je constate, par ailleurs, que M. Dussopt aura peu de temps à nous consacrer, alors même que nous avions émis le souhait, ce matin, lors de la réunion du bureau, que vous accordiez plus de temps à nos échanges. Je veux dire avec gravité que nous le regrettons : dans le moment que nous vivons, la recherche de compromis, l'expression de désaccords, la formulation de propositions sont une source d'enrichissement du débat démocratique.

M. Jean-Carles Grelier. Que nous n'ayons pas, à l'heure où nous allons devoir en débattre avec vous, le texte du PLFSS adopté ce matin en Conseil des ministres témoigne d'un mépris pour le Parlement. Un pareil retard ne s'est pas produit depuis le début de la législature. Auriez-vous oublié qu'il y a quelques mois seulement, vous occupiez l'un et l'autre une place différente à cette tribune, et déploriez avec nous le retard mis par le Gouvernement à nous transmettre les textes ? Le Parlement ne peut pas être une chambre d'enregistrement des décisions du Gouvernement. Il doit mener un vrai débat, à plus forte raison dans la crise sanitaire que nous traversons. C'est une bien mauvaise manière qui nous est faite en ouverture des débats sur le PLFSS.

Mme Caroline Fiat. Alors que nous regrettions d'avoir à peine deux heures pour vous auditionner, nous devons, de surcroît, nous passer du projet de loi. On ne peut que le déplorer. Il y a deux ans, monsieur le ministre, madame la ministre déléguée, alors que vous occupiez les fonctions de rapporteur général et de présidente de la commission des affaires sociales, vous regrettiez avec nous les conditions déplorables d'examen du PLFSS. Ces dernières s'étant encore dégradées cette année, comment voulez-vous que nous vous auditionnions correctement ? Vous faites preuve de mépris envers le Parlement. On ne peut accepter ces conditions !

M. Pierre Dharréville. On constate, en effet, une dégradation des conditions d'examen du PLFSS, alors que ce texte revêt, cette année, une importance particulière et nécessite sans doute des débats plus approfondis. L'entame du débat est un moment décisif, où nous pouvons échanger avec vous et entre nous. Cela aurait mérité qu'on y consacre le temps nécessaire. Or la réduction de la plage horaire qui nous est consacrée nous contraint à la brièveté. Nous ne saurions nous résoudre à cette situation. De quoi allons-nous parler exactement, alors que nous ne disposons pas encore du texte définitif ? Nous allons écouter vos constats et vos propositions, nous vous ferons part de nos réflexions, et puis peut-être nous permettrons-nous d'écourter, nous aussi, notre présence.

Mme Jeanine Dubié. Je ne peux que m'associer aux remarques qui ont été formulées. On peut regretter qu'à cette heure, le texte du projet de loi ne soit toujours pas en ligne sur le site de l'Assemblée nationale. Cela pose un vrai problème au regard du fonctionnement de notre démocratie. Nous vivons une période particulière. Le PLFSS doit définir les conditions de financement des mesures prises pour faire face au covid et organiser le fonctionnement de la cinquième branche de la sécurité sociale. Ce sont des sujets majeurs, sur lesquels nous avons déjà exprimé de nombreuses réserves et attendions des précisions. À l'heure où nous parlons, en dehors du dossier qui a été communiqué lors de la conférence de presse, nous n'avons pas d'éléments à ce sujet. C'est extrêmement regrettable.

M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé. Je suis désolé que l'audition ne dure pas plus de deux heures – déjà en partie amputées par les interventions liminaires. Paradoxalement, c'est parce que nous entendons consacrer du temps au Parlement dans son ensemble : sitôt que nous aurons quitté votre commission, nous répondrons à la convocation de la commission des affaires sociales du Sénat. Croyez bien que nous consacrerons toute l'énergie et le temps nécessaires au Parlement – parole d'ancien rapporteur général et d'ancienne présidente de la commission des affaires sociales !

J'ai eu l'honneur de présenter le projet de loi de financement de la sécurité sociale au Président de la République et au Premier ministre aux alentours de midi. Le secrétariat général du Gouvernement a transmis le texte au Parlement vers 15 heures 30-15 heures 40. Il est donc à la disposition de l'ensemble des parlementaires depuis près d'une heure – c'est peu, mais il est disponible. Nous avons un accusé de réception du Parlement !

L'année dernière, à votre place, j'avais, moi aussi, déploré le délai très court séparant l'examen du texte en Conseil des ministres et sa transmission. Vous avez parfaitement raison de considérer que vous n'avez pas suffisamment de temps pour travailler dessus. C'est la raison pour laquelle nous avons fait le choix, cette année, de dévoiler le PLFSS une semaine avant sa présentation en Conseil des ministres, au cours d'une conférence de presse, avec diffusion d'un dossier de presse, et auprès des caisses de sécurité sociale, qui le font circuler très largement depuis une dizaine, voire une quinzaine de jours. Plusieurs parlementaires, dont des membres de l'opposition, m'ont communiqué des propositions d'amendement ; j'en déduis qu'ils ont commencé à travailler sur le projet de loi. Cela n'excuse pas, toutefois, les délais très contraints imposés au Parlement. Croyez bien que je le déplore avec vous.

Il y a un an, alors que j'étais rapporteur général de cette commission, les comptes sociaux étaient engagés sur un chemin tranquille, parfaitement balisé ; la température était clémente et l'optimisme avait tout lieu d'être. Un an plus tard, nous sommes sur la face nord de l'Everest en plein hiver, la visibilité est vraiment mauvaise et le contact radio avec le camp de base risque de se brouiller davantage. De la patience, de la volonté, un peu d'espoir, une bonne boussole : voilà les seuls

outils à notre disposition. Sachons les utiliser à l'aube d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale qui ne ressemblera à aucun autre.

La situation hors normes que nous connaissons conduit à une situation financière de la même eau, aux antipodes de ce à quoi nous pouvions nous attendre il y a un an. Nous étions si proches du fameux retour à l'équilibre ! Après tant d'efforts consentis, il y a certes de quoi être frustré, de quoi enrager, mais nous ne devons pas laisser l'amertume dominer, ni oublier que les dépenses exceptionnelles qui ont été engagées ne l'ont pas été par fantaisie, mais par nécessité.

Depuis le début de la déferlante épidémique jusqu'à aujourd'hui – période de veillée d'armes car nous ne sommes pas tirés d'affaire –, le Gouvernement a fait le choix d'accompagner les Français et de ne laisser personne au bord de la route. Des dispositifs coûteux ont été mis en place pour éviter une déroute économique et une véritable catastrophe sociale. Ces décisions devaient être prises et nous les assumons pleinement.

De la même manière, le Gouvernement assume des mesures ambitieuses qui seront portées par le PLFSS. En font partie le Ségur de la santé et les revalorisations historiques qui ont été signées au mois de juillet, après des semaines de concertation et de négociations avec les organisations syndicales. Beaucoup, sur ces bancs, et j'en faisais partie, estimaient que les soignants dans les établissements de santé et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) étaient mal payés. Ces revalorisations étaient indispensables et je suis très fier que le Gouvernement les ait fait aboutir – la fiche de paie des soignants, discutée sans fausse pudeur, aura désormais une tout autre allure. Outre les revalorisations, qui n'étaient pas l'alpha et l'oméga du Ségur de la santé, nous avons engagé des transformations profondes dans l'organisation territoriale des soins et les modes de financement de l'hôpital, qui trouvent également leur place dans le PLFSS.

Au chapitre des grands défis de notre système de sécurité sociale, la création de la cinquième branche de la sécurité sociale s'avère indispensable pour nous préparer au mur démographique auquel nous allons devoir faire face. La crise sanitaire et le confinement ont mis en lumière les lacunes de notre système d'accompagnement des personnes âgées et confirmé la nécessité de repenser le maintien à domicile autant que l'accueil dans les EHPAD. Brigitte Bourguignon, ministre déléguée chargée de l'autonomie, a été nommée à mes côtés pour mettre sur les rails une réforme du grand âge, dont j'ai la conviction qu'elle sera la grande réforme sociale de ce quinquennat.

J'avais annoncé que 1 milliard d'euros de dépenses nouvelles seraient dédiés à la création de la cinquième branche. En réalité, ce sont d'ores et déjà 2,5 milliards d'euros qui sont budgétés, dont 1,4 milliard au titre des revalorisations du « Ségur ». Je sais combien les parlementaires ont été sollicités, ces derniers mois, au sujet de l'accueil de nos aînés en établissement ou de leur accompagnement à domicile. Je ne doute pas que nos discussions permettront d'enrichir les mesures que nous voulons mettre en œuvre à leur service. Brigitte Bourguignon vous parlera

du « Laroque de l'autonomie », qui devrait marquer, dans le prolongement du Ségur de la santé, une étape décisive.

Enfin, depuis bientôt deux ans, le Gouvernement s'est engagé dans une approche radicalement nouvelle de la petite enfance et de l'aide à la parentalité. Les 1 000 premiers jours de l'enfant, c'est non seulement le nom d'une politique de la petite enfance réinventée, mais aussi le paradigme que se fixe la société française pour lutter sans trembler contre les inégalités de destin. L'extension à vingt-huit jours du congé de paternité, soutenue avec beaucoup de détermination par Adrien Taquet, doit permettre aux parents de mieux accueillir l'enfant – nous savons combien les premiers jours et les premières semaines sont cruciaux. Cette extension permettra à la France d'occuper une position médiane dans le classement européen. Pour qui a vécu ce bouleversement qu'est l'arrivée d'un enfant, vingt-huit jours est une durée à la fois nécessaire et équilibrée.

Mesdames, messieurs les députés, PLFSS de gestion de crise ne signifie pas aveuglement sur la nécessité d'identifier de nouvelles régulations pour nos dépenses sociales. La situation de nos comptes sociaux ne peut pas me satisfaire. Je suis lucide et l'ancien rapporteur général que je suis n'a pas perdu ses réflexes : je suis aussi le ministre de l'équilibre des comptes de la sécurité sociale. Nous avons pris nos responsabilités à chaque instant, dès le début de la crise sanitaire et en préparant l'avenir sereinement pour ne pas reporter sur les générations futures les déséquilibres d'aujourd'hui. Le choix de rembourser notre dette sociale est confirmé, mais la sortie de crise ira de pair avec la nécessaire refondation de notre système de régulation en inventant de nouveaux outils.

Vous conviendrez avec moi qu'on ne peut pas revenir aux méthodes d'hier sans s'interroger. Le retour à l'équilibre implique des choix de long terme que l'on ne peut pas faire sans une large concertation et une réelle réflexion. Dans le cadre de l'agenda social, le Premier ministre nous a demandé de réfléchir au financement de la protection sociale, à la dette sociale, aux retraites, au grand âge. Sur ce dernier point, le rapport Vachey nous donne des pistes. J'ai également confié au Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) une mission importante sur la rénovation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Il s'agit là d'une première étape, et il ne faudra nous interdire aucun sujet, aucun débat ni, bien sûr, aucune solution. Cela prendra un peu de temps, mais nous savons tous ici que cela est nécessaire si l'on veut aboutir à de nouvelles règles et à de nouveaux financements. La pérennité de notre système social dépend du retour à l'équilibre financier.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général, rapporteur pour l'équilibre général, les recettes et la santé. Je salue un projet de loi de financement de la sécurité sociale particulièrement ambitieux et à la hauteur de la situation exceptionnelle que nous connaissons. L'ambition, c'est d'avoir permis l'épanouissement d'une nouvelle branche, que nous avons créée l'été dernier, en lui offrant une gouvernance, de premiers financements et de puissantes mesures dans le cadre du Ségur de la santé. C'est aussi d'avoir prévu un plan pour l'hôpital

inédit par son ampleur, qui témoigne notre reconnaissance à celles et ceux qui nous soignent au cœur de la crise sanitaire et en dehors. C'est, enfin, de permettre à toutes les familles de se retrouver au moment d'une naissance grâce au congé de paternité.

S'agissant de la situation financière, dont nous faisons le bilan avec la Cour des comptes à l'instant, pouvez-vous nous indiquer comment vous abordez la trajectoire pluriannuelle qui nous est présentée ? Comptez-vous déposer, comme la Cour vous y invite, un projet de loi de programmation des finances publiques en 2021 ? Le Gouvernement a fait des annonces très fortes sur l'accompagnement des entreprises qui pourraient être exposées localement à des mesures de limitation d'ouverture ou de fermeture. Des prolongations du dispositif voté dans le troisième projet de loi de finances rectificative sont-elles à l'étude, et, le cas échéant, trouveront-elles leur place en loi de finances ou en loi de financement de la sécurité sociale ?

Le « Ségur » comporte des mesures d'investissement qui me semblent éligibles à des financements européens, dans le cadre du plan de relance. Pouvez-vous nous préciser quelles pourraient être ces mesures en 2021 et quels montants elles représenteraient ?

Par ailleurs, la crise ne nous a pas permis de continuer à réduire autant que nous l'aurions voulu la part de la tarification à l'activité (T2A) à l'hôpital. Au-delà des reports prévus par le PLFSS, pensez-vous que les échéances annoncées seront respectées ? Qu'attendez-vous, plus précisément, des expérimentations prévues au sujet des financements alternatifs ?

Enfin – je sais que beaucoup de mes collègues auront à cœur de vous interroger à ce sujet mais je pose la première pierre –, ne vous semble-t-il pas qu'il conviendrait d'apporter, en complément des dispositions du texte, des financements supplémentaires dans le secteur du soin à domicile, notamment en vue d'assurer la revalorisation de la rémunération des personnels ?

Mme Caroline Janvier, rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Je me réjouis que le Gouvernement ait fait le choix de poser dans ce PLFSS les premiers jalons en faveur de la cinquième branche et de la faire démarrer à l'équilibre. Le projet de loi contient trois articles en partie inspirés du rapport de Laurent Vachey. L'article 16 simplifie le cadre législatif applicable à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Il prévoit notamment le transfert de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) de la branche famille à la branche autonomie, afin de mieux articuler cette aide avec la prestation de compensation du handicap. L'article 18 assure le transfert d'une partie des recettes de la contribution sociale généralisée (CSG) de l'assurance maladie et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) vers la CNSA, qui prendra désormais en charge l'ensemble des dépenses relevant de l'objectif global de dépenses médico-sociales. Enfin, l'article 51 fixe, pour la première fois, un objectif de dépenses de la sécurité sociale dédié à l'autonomie, à hauteur de 31,2 milliards d'euros.

L'article 4 du PLFSS prévoit une contribution de la CNSA à hauteur de 80 millions d'euros pour le versement d'une prime covid aux salariés des services d'aide à domicile. Je me réjouis de l'accord qui a été trouvé cet été, grâce au volontarisme de Brigitte Bourguignon, entre l'État et l'Assemblée des départements de France, même si beaucoup de départements – le Loiret en fait malheureusement partie –, n'ont pas décidé, à ce jour, de verser cette prime.

Toutefois, nous devons faire plus pour le secteur médico-social, en particulier pour les services à domicile, qui ont, eux aussi, été en première ligne au plus fort de la crise sanitaire. L'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles estime à près de 600 millions d'euros les besoins annuels du secteur privé non lucratif pour revaloriser les métiers et les salaires dans le cadre des avenants 43 et 44 à la convention collective de la branche.

Quelles mesures le Gouvernement envisage-t-il de prendre pour financer ces dépenses, nécessaires à nos concitoyens en situation de dépendance qui préfèrent rester chez eux ?

Mme Monique Limon, rapporteure pour la famille. Ce projet de loi de financement est singulier à bien des égards : il doit permettre de faire face à l'épidémie présente et de préparer l'avenir. Ce Janus budgétaire se retrouve parfaitement dans la branche famille, dont les comptes présentent un solde déficitaire de 3,3 milliards d'euros. C'est peu, comparé aux branches maladie ou vieillesse, mais beaucoup au regard de l'histoire de cette branche, habituée à des excédents qu'elle devrait rapidement retrouver, à en croire la trajectoire pluriannuelle qui nous est présentée.

Ce déficit éminemment conjoncturel ne vous empêche pas de lancer une des avancées les plus ambitieuses des dix dernières années au sein de la branche famille : prolonger de moitié le congé de paternité et le rendre en partie obligatoire. Pensez-vous que cet allongement puisse mettre en difficulté les entreprises, en particulier les très petites entreprises ? Quels scénarios sont envisagés concernant le fractionnement du congé et le délai de prévenance, pour que ce nouveau droit s'exerce en laissant de la visibilité aux employeurs ?

Croyez-vous qu'il serait pertinent, pour des motifs d'égalité, d'allonger d'un jour le congé de naissance et de réduire d'autant le congé de sécurité sociale ?

M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Le caractère extraordinaire de ce PLFSS témoigne de la volonté du Gouvernement d'apporter une réponse forte à la crise sanitaire et aux besoins exprimés par les soignants lors du Ségur de la santé. Je salue également la création de la cinquième branche de la sécurité sociale – à l'initiative de notre commission – en harmonisant le cadre législatif et en consacrant de nouvelles ressources propres à la CNSA. C'est un message fort adressé au secteur médico-social, qui attend avec impatience la loi sur le grand âge et l'autonomie.

Le déficit de la branche vieillesse s'est creusé de manière très importante avec la crise – 8 milliards en 2020 – et devrait rester supérieur à 7 milliards en 2021, malgré le transfert exceptionnel, cette année, de 5 milliards d'euros du Fonds de réserve pour les retraites à la Caisse nationale d'assurance vieillesse au titre de la soulte des industries électriques et gazières.

Le Gouvernement a fait le choix de ne pas inscrire les mesures de maîtrise des dépenses de retraites dans le PLFSS, alors que le pouvoir d'achat des retraités a été épargné par la crise. Comment envisagez-vous d'aborder les négociations avec les partenaires sociaux dans la perspective de la réforme des retraites ?

Les organismes de retraite ont démontré leur excellence au service du bien vieillir en finançant l'adaptation de logements ou d'ateliers pour prévenir la perte d'autonomie. Il est de notre intérêt de développer des actions de prévention au service de l'autonomie, et pour la santé publique en général. Face à la crise de santé publique que nous traversons, il est beaucoup fait pour réparer, mais peu pour anticiper. Comment renforcer la santé publique ? Ne faudrait-il pas sanctuariser les dépenses de santé publique au sein du sixième sous-objectif de l'ONDAM, en l'intitulant : « santé publique, prévention populationnelle et autre » ? Ce serait un message politique fort.

M. Paul Christophe, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. Certaines mesures de ce PLFSS étaient particulièrement attendues, notamment l'allongement du congé de paternité ou la traduction budgétaire des engagements du Ségur de la santé. Ancien rapporteur du projet de loi organique relatif à la dette sociale et à l'autonomie, je me réjouis de la matérialisation de la cinquième branche, prélude à la prochaine loi sur l'autonomie.

Alors que la branche des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) a été continûment excédentaire de 2013 à 2019, son solde est exceptionnellement déficitaire en 2020, en raison de la crise sanitaire. Les produits de la branche se sont effondrés de 8,2 %, alors que les dépenses ont augmenté au même rythme qu'en 2019. L'article 48 du projet de loi prévoit pour 2021 une hausse de 2,4 % des dépenses, dont les raisons sont structurelles. C'est la conséquence de la reprise des dépenses dont la hausse avait ralenti pendant le confinement.

Dans quelles proportions la reconnaissance de la covid-19 comme maladie professionnelle fera-t-elle augmenter les dépenses de la branche en 2021 ? Le décret du 14 septembre 2020, prévoyant cette reconnaissance sous certaines conditions, est une avancée indéniable, mais il suscite de nombreuses incertitudes et des critiques.

Vous aviez annoncé que, pour la reconnaissance hors tableau du caractère professionnel de la covid-19, aucun taux d'incapacité permanente ne serait exigé, mais cet engagement n'est pas confirmé dans le décret. Qu'en est-il ?

Vous aviez également annoncé qu'un arrêté prévoirait la mutualisation entre tous les employeurs de la dépense engendrée par la reconnaissance de la covid-19

comme maladie professionnelle. Quand cet arrêté sera-t-il publié et que prévoira-t-il précisément ?

Le décret du 14 septembre est jugé restrictif par un grand nombre d'acteurs sur le terrain. On sait aujourd'hui que les victimes asymptomatiques peuvent développer de graves séquelles. Ne pourrait-on prévoir un dispositif d'indemnisation plus large, financé par l'État ?

Mme Audrey Dufeu. Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale est historique en raison du contexte sanitaire, brutal, mais surtout par la reconnaissance qu'il accorde aux soldats du soin engagés dans la guerre sanitaire que notre pays traverse. Cette reconnaissance salariale était souhaitée par beaucoup, mais aucun dirigeant politique n'en avait eu le courage avant vous, monsieur le ministre.

C'est un projet de loi qui va de l'avant. Alors que d'autres ont reculé en temps de crise, vous relancez l'économie tant affectée de notre pays et, en même temps, vous protégez les plus fragiles. Ce sont les fondements de notre majorité et du groupe La République en Marche.

C'est un texte qui prépare l'avenir en prévoyant des provisions d'équipements personnels individualisés, des provisions de vaccins, et une augmentation des ressources humaines de Santé publique France, pour un total de 4,3 milliards d'euros.

Il optimise les parcours et la tarification, en prévoyant la fin de la T2A, dont le bilan laisse le système hospitalier meurtri. Vous accélérez l'accès aux traitements innovants et lancez le forfait patient urgences.

Enfin, ce texte renforce la politique de l'âge. Le congé de paternité de vingt-huit jours est créé pour ancrer le socle de la cellule familiale autour du bébé dans les premiers jours de la vie, et vous concrétisez la création de la cinquième branche consacrée à l'autonomie, que nous avions décidée au printemps dernier. Elle va permettre de soutenir le monde de la gériatrie et les EHPAD, notamment pour la rénovation des bâtiments et la revalorisation des soignants. Le groupe LaREM souhaite que le secteur du soin à domicile soit également soutenu, et nous espérons que le texte pourra encore avancer sur ce point.

Notre groupe est satisfait de ce PLFSS, qui se montre ambitieux en dépit de la brutale détérioration de la situation économique. La bonne gestion du Gouvernement, en amont de la crise et durant celle-ci, a rassuré les marchés financiers. Leur confiance dans l'émission de la dette sociale exprime simplement qu'une politique humaniste, tournée vers nos concitoyens, a une réelle valeur pour notre société. C'est tant mieux !

M. Jean-Carles Grelier. Sans surprise, le groupe Les Républicains n'a pas la même lecture de ce PLFSS 2021.

Quand vous ne cessez d'affirmer qu'il confinerait à l'historique, je n'y vois qu'une série d'occasions manquées. Pour exprimer la reconnaissance de la nation aux professionnels de santé engagés corps et âme dans la lutte contre la covid-19, vous avez décidé d'augmenter la rémunération des personnels soignants. Nous ne pouvons qu'agréer cette décision, mais vous laissez des milliers d'acteurs du soin au bord de la route. Si l'hôpital public va bénéficier de vos largesses, à l'exclusion toutefois des techniciens de laboratoire ou des ambulanciers du SAMU, les personnels du secteur privé sont renvoyés à d'hypothétiques négociations collectives dont l'aboutissement est incertain. Quant aux professionnels libéraux, ce sont les grands oubliés du « Ségur » : ils sont renvoyés à une négociation conventionnelle qui débouchera, au mieux, en 2023. Auraient-ils démerité ? La nation peut-elle avoir une reconnaissance sélective à l'égard de ses soignants ?

Le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale admet que les impôts et charges sociales n'assurent plus que 76 % des recettes. Le Ségur de la santé n'aurait-il pas dû être l'occasion de réfléchir à l'avenir du financement de notre système de santé ? Toutes les mesures conjoncturelles ajoutées cette année au PLFSS ne font qu'augmenter une dette déjà vertigineuse. Quelles garanties donnez-vous aux Français sur la pérennité du financement de notre système de santé ?

Autre occasion manquée : le financement de la cinquième branche, relative à la dépendance et à l'autonomie. Pensez-vous que ripoliner la CNSA, comme vous le proposez, suffira à faire du neuf ? Les financements prévus à ce jour restent notoirement insuffisants. Parmi les propositions explosives du rapport Vachey, lesquelles entendez-vous retenir pour garantir un financement autonome et pérenne de cette cinquième branche ?

En matière familiale, l'allongement du congé parental dissimule mal le vide sidéral de la politique du Gouvernement. Les PLFSS se succèdent sans offrir de vision ni d'ambition sur ce sujet important.

Enfin, ultime et fautive occasion manquée, où sont les moyens supplémentaires dont manque cruellement la psychiatrie pour répondre aux besoins des millions de Français qui souffrent de troubles mentaux ? Comment nier que la crise sanitaire a fait exploser la demande en santé mentale, en premier lieu parmi les professionnels de santé eux-mêmes ? Pourquoi les laisser sombrer et glisser dans le silence ?

Je n'ai qu'une certitude : si ce PLFSS devait entrer dans l'histoire, ce serait par la petite porte.

Mme Perrine Goulet. Nous abordons l'examen du PLFSS 2021 dans un contexte inédit du point de vue tant sanitaire qu'économique et social. Ce budget de crise transcrit l'ensemble des mesures décidées pour amortir les conséquences de la crise sanitaire sur le niveau de vie des Français et l'activité des entreprises. Il met en évidence la croissance exponentielle des dépenses afin de couvrir les surcoûts et les pertes de recettes des établissements de santé et médico-sociaux.

Ce constat est difficile au regard des nombreux efforts de rétablissement des comptes consentis depuis le début de la législature, mais il faut l'assumer pleinement, avec responsabilité. L'aggravation du déficit résulte également des décisions prises lors du Ségur de la santé : revalorisation salariale des personnels de santé et investissement massif dans l'immobilier, les équipements et le numérique en santé. Cette mesure historique était attendue de longue date, et nous ne pouvons que nous en satisfaire. Pouvez-vous nous assurer que les établissements et les personnels du secteur privé bénéficieront des dotations nécessaires à leurs investissements et à la revalorisation des salariés ?

La mise en œuvre de la nouvelle branche de la sécurité sociale dédiée à l'autonomie constitue un véritable motif de satisfaction. Nous disposerons désormais d'une architecture globale de gouvernance et d'un financement de la politique nationale de l'autonomie. Cette première étape devra se concrétiser dans la loi relative au grand âge et à l'autonomie que l'ensemble des députés du groupe MoDem et Démocrates apparentés attend avec impatience. Sur ce point, nous regrettons l'absence, pour le secteur de l'aide à domicile, de mesures fortes qui lui permettraient de monter en charge dans la perspective de la réforme.

Ce PLFSS 2021 comprend de nombreuses mesures positives, telles que l'allongement du congé de paternité, le développement des maisons de naissance ou la prise en charge intégrale des téléconsultations.

Le groupe MoDem et Démocrates apparentés soutiendra, comme chaque année, le Gouvernement dans l'élaboration du budget de la sécurité sociale, tout en étant force de proposition sur plusieurs sujets. Nous mettrons en débat plusieurs pistes sur lesquelles nous aimerions vous entendre.

Le renforcement de la démocratie sanitaire, dans le cadre de la gestion de la dette, des investissements hospitaliers et de la relation avec les agences régionales de santé (ARS), permettrait d'éviter les impasses sanitaires. Ainsi, dans la commune de Cosne-Cours-sur-Loire, 100 000 personnes n'ont pas de bloc opératoire ou de service d'imagerie médicale.

Plusieurs mesures de la réforme « Ma santé 2022 » devraient progressivement entrer en vigueur cette année. Si la crise impose le report de certaines d'entre elles, l'état d'avancement d'autres soulève des questions. Par exemple, où en est le processus de labellisation des hôpitaux de proximité ?

Le renforcement de notre politique de santé et de prévention sera l'un de nos axes majeurs. Nous espérons qu'ensemble, nous pourrions améliorer ce PLFSS, et que la voix des députés pourra y contribuer.

M. Joël Aviragnet. Ce PLFSS, présenté ce matin en Conseil des ministres, vient d'être publié sur le site de l'Assemblée, 35 minutes après le début de son examen en commission. Il est, à bien des égards, singulier et incontournable.

Le groupe Socialistes et apparentés constate une inquiétante dégradation des comptes sociaux en 2020, en un temps très rapide. Celle-ci est directement liée à une perte de recettes pour la sécurité sociale, principalement due au confinement. Elle résulte aussi d'une hausse des dépenses de santé liée à la covid-19. Pour 2020, la dette s'établit à 45 milliards d'euros, alors que le budget de la sécurité sociale devait être quasiment à l'équilibre. Cette dette est conjoncturelle, et non structurelle, et la reprise de l'économie, une fois l'épidémie de covid-19 maîtrisée, devrait permettre un retour progressif à l'équilibre des comptes sociaux.

Nous saluons la hausse du budget de l'assurance maladie de 10 milliards d'euros, affectés à l'achat de masques et de tests pour lutter contre la covid-19, ainsi qu'à la revalorisation salariale des soignants prévue par le Ségur de la santé, pour 1 milliard d'euros. La traduction en termes financiers des engagements pris lors du « Ségur » constitue une reconnaissance pour les personnels de santé, dont chacun a pu mesurer la détermination pendant la crise.

Nous accueillons favorablement la création d'une cinquième branche de la sécurité sociale, néanmoins nous nous inquiétons de l'absence de financement pérenne de la dépendance : le PLFSS ne prévoit qu'un redéploiement de recettes préexistantes. Les besoins des EHPAD et des services d'aide à domicile sont immenses, il faut nous y atteler sans tarder.

Le choix désolant de défiscalisation et de désocialisation des heures supplémentaires se traduit par des pertes de recettes importantes pour la sécurité sociale et n'incite pas les entreprises à embaucher.

Une partie de la dette de la sécurité sociale devrait être portée aux comptes de l'État au lieu d'alourdir les déficits sociaux. En effet, l'État emprunte à des taux plus intéressants que les organismes de sécurité sociale. De plus, une partie de cette dette est directement imputable à l'État, par exemple à la suite de la décision d'utiliser les congés maladie pour organiser la garde d'enfants à domicile.

L'ouverture de lits dans les hôpitaux est primordiale, à l'heure où la saturation des lits de réanimation conditionne l'ouverture des bars et des restaurants, le port du masque, et un éventuel reconfinement ciblé des grandes métropoles.

Alors que notre pays connaît une crise sanitaire sans précédent, l'instauration d'un forfait payant pour les urgences est une mauvaise solution pour contrer leur engorgement. Cette mesure inique, inégalitaire et inefficace est un contresens absolu en matière de santé.

Enfin, nous saluons la volonté du Gouvernement de doubler la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Nous abordons l'examen des comptes sociaux dans des conditions inédites, confrontés à une crise sanitaire d'ampleur mondiale et à la prise de conscience progressive qu'il faudra vivre avec le virus. Pour le groupe Agir ensemble, ce PLFSS de rupture prend la mesure de cet

environnement nouveau et contient des avancées majeures, même si certains points appellent notre vigilance.

Il met en œuvre les engagements du Ségur de la santé à l'égard de l'hôpital et des EHPAD. Cette avancée sans précédent, très attendue du personnel de santé, est une mesure de justice. J'appelle votre attention, monsieur le ministre, sur l'importance d'appliquer ces revalorisations en assurant l'équité de traitement entre les secteurs. Les acteurs du secteur privé non lucratif s'inquiètent d'une éventuelle inégalité de traitement avec le secteur public, il faudra donner des gages pour les rassurer. S'agissant des EHPAD, il faudra s'assurer que les revalorisations salariales du personnel de soins ne créent pas d'effets de bord sur la fiscalité et la TVA.

La reprise de la dette hospitalière de 13 milliards d'euros est une excellente mesure, saluée par les acteurs. Elle permettra de relancer l'investissement courant à l'hôpital et d'assainir leur situation financière. Pourquoi en écarter totalement le secteur privé lucratif ? Il participe pleinement au service public hospitalier, notamment par l'intermédiaire des services d'urgences.

Le PLFSS crée la nouvelle branche consacrée à l'autonomie, très attendue pour relever le défi de la prise en charge de l'autonomie. C'est un nouveau pas très important pour les acteurs, même s'il faudra très vite concrétiser cette avancée par l'adossement de financements nouveaux et la fameuse loi sur le grand âge.

L'extension du congé de paternité constitue une réforme sociétale historique, qui correspond aux aspirations profondes de nos concitoyens et favorise l'égalité entre les hommes et les femmes. Nous proposons d'étendre la possibilité de fractionner ce congé dans les six mois après la naissance de l'enfant, pour mieux prendre en compte la diversité des situations.

Il serait souhaitable d'améliorer la visibilité des objectifs d'économies sur l'ensemble de la chaîne du médicament et des produits de santé, en instaurant une pluriannualité. Pourquoi ne pas créer une sous-enveloppe au sein de l'ONDAM sur le médicament, qui permettrait de porter un regard sur la régulation spécifique de ce secteur ?

J'appelle également votre attention sur les difficultés récurrentes des grossistes-répartiteurs, pour lesquels une solution pérenne doit être trouvée. Pourquoi rien n'est-il prévu à propos des biosimilaires, pourtant gages d'économies rapides ? De même, il est essentiel de garder à l'esprit l'écosystème particulier du dispositif médical, composé majoritairement de petites entreprises, et fortement pénalisé par les mesures d'économies demandées. La vigilance s'impose sur la réforme en cours des autorisations temporaires d'utilisation, dont la simplification ne paraît pas évidente au vu des mesures proposées.

Venons-en aux grands oubliés de ce PLFSS. Rien n'est prévu pour la prévention – c'est fort dommage. La démocratie sanitaire n'apparaît pas non plus. Enfin, les services d'aide à domicile sont les grands oubliés du Ségur de la santé et

de ce PLFSS, alors que nous avons tant besoin d'eux. Il y a urgence à agir ; nous comptons sur tous nos collègues pour réparer cet oubli.

Les chantiers ouverts sont ambitieux, les propositions du Gouvernement sont fortes ; notre groupe prendra toute sa place dans la discussion qui s'ouvre, dans un esprit constructif.

Mme Valérie Six. Découvrant la procédure d'examen du PLFSS, je m'étonne de la manière dont nous avons à travailler, à comprendre et à amender le budget de la sécurité sociale, un budget hors norme, censé faire face à la crise sanitaire et au déficit record de l'assurance maladie. Alors que cette commission se réjouissait l'année dernière d'un proche retour à l'équilibre, le déficit atteindrait 44,4 milliards d'euros pour 2020, niveau inédit depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale.

Ce PLFSS ne donne pas le sentiment de traduire de manière opérationnelle le choc de décentralisation demandé par les territoires. La crise sanitaire du covid-19 a démontré les limites de la gestion ultra-centralisée de la santé. Osons le pari des libertés locales, et faisons confiance aux territoires en leur rendant le pouvoir de décision au quotidien.

Nous regrettons l'absence de mesures de prévention. Nous en souhaiterions de long terme, adossées à un financement spécial.

En revanche, nous notons avec intérêt la revalorisation tant attendue des salaires des personnels hospitaliers et des EHPAD, l'allongement du congé de paternité, l'expérimentation du modèle mixte de financement des activités hospitalières de médecine, et la revalorisation de l'allocation supplémentaire d'invalidité.

Les expérimentations annoncées semblent intéressantes, à condition qu'une évaluation continue en soit réalisée, que des ajustements soient possibles, et que la généralisation n'en soit pas taboue.

Ce PLFSS acte la création de la cinquième branche de la sécurité sociale pour le soutien à l'autonomie, attendue depuis plusieurs années, et lui donne un premier cadre opérationnel. Cependant, aucune mesure n'y figure pour le soutien au secteur des services à domicile, dont le rôle est déterminant pour l'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap. Pouvez-vous préciser la date d'examen du projet de loi sur le grand âge et l'autonomie ?

Le projet de loi ne répond pas à une question essentielle : comment assurer à notre protection sociale des recettes qui ne pèsent pas principalement sur le travail ? La crise sanitaire a fait basculer un million de Français dans la pauvreté. Préserver une dynamique de ressources représentative de la richesse nationale paraît indispensable afin que la dégradation de l'emploi ne pèse plus que marginalement sur les comptes de la sécurité sociale.

À la lumière des pistes exposées par le groupe UDI et Indépendants sur la lutte contre les fraudes, par quels moyens pensez-vous faire progresser l'efficacité et la qualité des contrôles opérés sur le système de protection sociale ?

Mme Caroline Fiat. Lorsque l'on ne dispose pas d'un texte, on est obligé de travailler en confiance. Vous dites qu'il est en ligne sur le site de l'Assemblée nationale depuis que notre réunion a commencé, or il l'a été bien plus tard, à 16 heures 48 ; cela ne démarre pas très bien... Nous disposons de quarante-huit heures seulement pour l'amender, ce qui témoigne d'un manque de respect à notre égard – nous en avons l'habitude – mais, surtout, à l'égard de nos collaborateurs, dont je ne vois pas pourquoi ils mériteraient ça. La différence avec le Sénat, qui n'est pas mince, c'est que lui ne commence pas l'examen du PLFSS la semaine prochaine.

Dans ces conditions, comment proposer une analyse du projet et l'amender comme il se doit pour qu'il soit conforme aux souhaits largement partagés par nos concitoyens ? Un changement de méthode est toutefois notable : la courtoisie du rapporteur général, Thomas Mesnier, qui a eu l'élégance de transmettre à l'opposition le pré-projet, ce qui nous change grandement de son prédécesseur...

Nous avons donc pu anticiper le contenu du PLFSS tant votre politique de santé s'inscrit dans un carcan idéologique libéral complètement inadapté à la situation vécue par les Français. Aussi, une fois n'est pas coutume, je vais donner raison à notre Président de la République et je suis persuadée, madame la ministre déléguée, monsieur le ministre, que vous serez d'accord avec lui : « *La santé n'a pas de prix. Le Gouvernement mobilisera tous les moyens financiers nécessaires pour porter assistance, pour prendre en charge les malades, pour sauver des vies, quoi qu'il en coûte.* » Cette feuille de route est très claire, quasi martiale puisque « nous sommes en guerre ».

Vous vous flattez d'une augmentation historique de 184 euros mensuels des rémunérations des personnels de l'hôpital et des EHPAD, mais vous ne faites que réparer l'injustice du gel des salaires depuis dix ans. Que comptez-vous faire pour éviter de nouvelles injustices dans les dix ans à venir ? On l'ignore.

En Meurthe-et-Moselle, une infirmière préfère faire trois heures de route pour aller travailler au Luxembourg, en Belgique ou en Allemagne dans des conditions salariales acceptables. Selon les informations du site de la Fédération hospitalière de France, 6 701 postes de soignants sont à pourvoir. Quand proposerez-vous une rémunération attractive, susceptible de stopper cette hémorragie transfrontalière de compétences ?

Vous proposez la reprise d'un tiers de la dette hospitalière, soit 10 milliards, sur trois ans et vous qualifiez cette mesure d'historique. Pour rappel, l'État a distribué 40 milliards aux banques en 2008. Pensez-vous, monsieur le ministre, que les Français préfèrent se faire soigner dans une banque ou à l'hôpital ?

Votre PLFSS illustre une vision comptable de la santé mais sachez qu'à la fin de cette crise, c'est vous qui serez comptable de votre manque de vision !

M. Pierre Dharréville. Le déficit de la sécurité sociale témoigne de l'ampleur économique et sociale de la crise. La sécurité sociale, qui fête ses 75 ans, a pleinement joué son rôle. Il est plus que nécessaire de la renforcer pour accroître les droits à la santé et garantir une protection sociale de haut niveau.

Ce budget de crise montre combien le Gouvernement a été rattrapé par le réel, et ce d'autant plus qu'il n'a pas fait les bons choix lors des exercices précédents. Depuis 2017, chaque budget a été l'occasion de coupes dans les dépenses de santé ou de mesures de désindexation sur les prestations sociales.

Pour un temps au moins, la crise sanitaire vous a contraints de revoir votre doctrine sur le plafonnement des dépenses, face aux pénuries d'équipements constatées dans les hôpitaux et au manque criant de personnels hospitaliers et de lits. Les circonstances vous ont également obligés à octroyer des moyens supplémentaires affectés à la revalorisation salariale des personnels des hôpitaux et des EHPAD dans le cadre du Ségur de la santé, après un mouvement d'ampleur qui durait depuis des mois.

Ces revalorisations sont bienvenues, puisque nous passons de la vingt-deuxième à la dix-huitième place en Europe, mais elles ne permettent pas de rattraper complètement dix ans d'austérité, tout en faisant des oubliés, comme les sages-femmes ou les personnels de l'aide à domicile.

La crise des recettes, quant à elle, dure toujours. Qui paiera la facture ? Les rentrées de cotisations seront durablement moindres en raison de l'explosion du chômage. Au lieu de revenir sur leur assèchement, organisé depuis plusieurs années, vous avez choisi de fabriquer de la dette sociale et de la cantonner à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), dette que vous facturerez ensuite aux salariés et aux retraités à travers la CSG et la contribution pour le remboursement de la dette sociale. Autant d'arguments au service de l'austérité...

Vous continuez à couper dans les dépenses courantes. Vous exigez à nouveau 4 milliards d'euros d'économies sur la santé, dont 800 millions pour l'hôpital, ce qui est suicidaire dans un contexte où nous avons besoin de soignants et de lits. Dans le même registre, la reprise de 13 milliards de dette hospitalière est conditionnée à « des engagements d'assainissement de la situation financière ». Le logiciel n'a donc pas changé.

Quel engagement pouvez-vous prendre, monsieur le ministre, pour que la sécurité sociale ne soit plus la variable d'ajustement de vos politiques économiques ?

S'agissant de la création de la branche autonomie, nos craintes se confirment. Mal financée et sans ambition suffisante pour relever les droits des personnes, il s'agit pour l'heure d'une mesure d'affichage.

Nous nous inquiétons aussi lorsque vous parlez de la grande réforme sociale du quinquennat sur les retraites – qu’il serait sage d’abandonner.

Malgré quelques mesures positives, comme l’allongement du congé de paternité ou, en matière de financement, la diminution du rôle de la T2A, ce budget pour 2021 n’est pas à la hauteur des enjeux et ne tire pas les leçons de l’expérience. Vous avez dérogé temporairement à certaines habitudes mais pas à votre politique, dont nous connaissons les dégâts.

Mme Jeanine Dubié. Octobre 2019 semble bien loin ! Nul n’aurait pu se douter alors que nous accuserions un an plus tard un déficit de la sécurité sociale aussi considérable en raison de la crise liée à la covid-19. La trajectoire d’équilibre poursuivie par le Gouvernement depuis le début du quinquennat paraît définitivement rompue. Depuis le début de la crise, la sécurité sociale a joué un rôle d’amortisseur économique et social, de protection, ce dont nous pouvons nous féliciter, mais aussi nous inquiéter.

Le déficit du régime général et du FSV devrait finalement atteindre 44,4 milliards en 2020 au lieu des 5,1 milliards prévus. L’année 2020 ne sera certainement pas une exception. Déjà, les prévisions font état d’un déficit de 25,5 milliards en 2021 et entre 20 et 25 milliards pour chacun des trois exercices suivants. L’incertitude entourant ces prévisions est encore ce qui inquiète le plus, car tout dépend de l’évolution de la situation sanitaire. La réalité, c’est que nous ne savons pas où nous en serons dans un mois ni dans un an. Toute prévision est quasi impossible.

Si nous saluons les mesures de soutien décidées depuis le confinement, en particulier à destination des entreprises, pour sauvegarder les emplois, nous ne pouvons pas tout faire peser sur le budget de la sécurité sociale. Nos marges de manœuvre pour renforcer notre système de protection sociale sont encore plus limitées, alors même que les défis sont toujours plus importants.

Il convient de relever l’intégration des mesures du Ségur de la santé mais nous regrettons que l’ensemble des secteurs du handicap et du médico-social ne soit pas concerné par les revalorisations salariales et que le secteur de l’aide à domicile soit oublié. Nous alertons sur les difficultés de trésorerie que cela implique, en particulier pour les établissements privés à but non lucratif.

Le manque de visibilité est particulièrement inquiétant. En pleine crise sanitaire, nous nous interrogeons sur l’effort dit de régulation, à hauteur de 4 milliards.

Nous ne cacherons pas notre déception quant à la création de la cinquième branche relative à l’autonomie. La seule nouveauté est l’intégration dans son périmètre de l’allocation d’éducation de l’enfant handicapé. La déception est également au rendez-vous face à l’absence de financements nouveaux, en dépit de l’affectation d’une fraction de CSG, mais seulement en 2024.

L'urgence, ce sont les métiers du soin et de l'accompagnement. Les établissements et les services ne trouvent plus de personnels, les agences d'intérimaires ne peuvent plus leur en proposer. Pouvez-vous lancer immédiatement un grand plan de formation à ces métiers pour que les postes vacants soient pourvus ?

Mme Delphine Bagarry. Ce projet est singulier et, vous l'avez dit, hors norme à bien des égards.

Il s'agit d'un PLFSS de crise qui, comme tel, offre peu de perspectives. Dans ce contexte, le groupe Écologie Démocratie Solidarité regrette que le législateur se soit privé jusqu'en 2033 d'une ressource d'au moins 15 milliards d'euros par an, qui aurait pu être mobilisée dès 2024 pour pallier la dégradation durable de nos comptes sociaux.

Ne voyant pas quel levier pourrait être actionné, notre groupe s'interroge également sur un scénario d'un retour à l'équilibre et souhaiterait avoir des éclaircissements à ce propos. Peut-être avez-vous déjà des pistes ?

Avec le Ségur de la santé, la première réponse que vous apportez à la fragilité de notre système de soins est une revalorisation salariale pour les personnels des hôpitaux et des EHPAD, mais elle ne suffira pas. Quid de la fin du gel des salaires, de l'augmentation du nombre de personnels et, plus généralement, de l'amélioration de l'accès aux soins ?

La seconde réponse est la programmation de 6 milliards d'euros d'investissements, auxquels s'ajoute la reprise de 13 milliards de dette des hôpitaux, conditionnée à une contractualisation. Ne croyez-vous pas que ce contrat passé avec les ARS renforce la mainmise de l'administration déconcentrée sur la gouvernance de l'hôpital public, loin, très loin des revendications exprimées lors du « Ségur » ?

Par ailleurs, je souhaiterais avoir des précisions sur la prise en charge de la téléconsultation à 100 % par l'assurance maladie. S'il est évident qu'elle peut éviter des déplacements superflus, participer au bien-être des patients et, même, à l'amélioration de l'accès aux soins, le Gouvernement mettra-t-il en place des garde-fous pour s'assurer que les consultations nécessitant une rencontre physique avec le médecin aient bien lieu ?

Enfin, ce PLFSS apporte quelques éclaircissements au fonctionnement de la branche autonomie en conférant à la CNSA une gouvernance lui permettant de gérer ce risque en s'appuyant sur les conclusions du rapport Vachey, mais il demeure bien silencieux sur les préconisations du même rapport pour répondre aux besoins de financement de cette branche alors que, là encore, le législateur s'est coupé de toute marge de manœuvre à court et à moyen termes au mois de juillet.

Sur ce point, le groupe EDS souhaite également disposer d'éclaircissements : quels seront les leviers financiers mobilisables face à une dépense qui ira croissant ? Avez-vous déjà imaginé des scénarios, de nouvelles

sources de financement ? Va-t-on sacrifier le financement d'une branche au bénéfice de celle-ci ?

M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé. La réforme de la tarification en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation n'est pas repoussée et sera effective comme prévu, au début de 2021.

Le PLFSS propose une forme de droit d'option pour un financement à la dotation populationnelle dans l'ensemble des hôpitaux. Nous avons choisi une expérimentation très active en faisant confiance aux territoires et aux établissements de santé pour qu'ils postulent à un appel à projet national et dessinent eux-mêmes leur modèle de financement.

Des discussions sont en cours avec les partenaires sociaux à propos du fractionnement du congé de paternité et du délai de prévenance, étant entendu qu'on ne peut pas tout fractionner au risque de perdre en cohérence.

La question du sous-objectif de l'ONDAM « Santé publique et prévention » a bien souvent été débattue. En réalité, la détermination de ces dépenses est très difficile à réaliser dans un PLFSS puisque la prévention y est partout. Ce qui ne serait pas défini dans un sous-objectif de l'ONDAM laisserait penser qu'il ne figure pas ailleurs. J'y reste plutôt défavorable.

S'agissant des modalités de financement de la protection sociale, nous avons un agenda social pour beaucoup de réformes – les retraites, l'autonomie... Les discussions sont en cours et nous rendrons des arbitrages afin d'y voir plus clair. Par ailleurs, j'ai annoncé la saisine du HCAAM sur la rénovation du modèle de financement qu'est l'ONDAM ; j'ai évoqué le rapport Vachey et d'autres autorités susceptibles de nous faire des propositions, tout en précisant bien que l'objectif est que la sécurité sociale, comme elle l'a toujours fait, paie ses dettes.

Nous avons choisi de reconnaître automatiquement la covid-19 comme maladie professionnelle pour tous les soignants. Les non-soignants peuvent déposer un dossier pour qu'il en soit de même. Le coût est estimé entre 10 et 15 millions d'euros pour la branche AT-MP, et il sera vraisemblablement de 5 millions pour les libéraux – cette fois, sous l'égide de l'État à travers le programme 204. Les hypothèses seront beaucoup plus assurées dans quelques mois.

Je vous remercie le groupe LaREM pour sa confiance à l'égard d'un texte en effet porteur de très grandes avancées sociales, que j'ai hâte de discuter avec vous dans l'hémicycle.

S'agissant du « Ségur », il est totalement faux que les ambulanciers et les personnels du SAMU ne seraient pas concernés par la revalorisation salariale : la totalité des métiers de l'hôpital est concernée, ambulanciers et SAMU compris. Pour ce qui est du secteur privé, nous sommes à moins de quarante-huit heures de la signature d'un accord majoritaire entre la Fédération de l'hospitalisation privée et les syndicats représentatifs. Comme le Gouvernement s'y était engagé, la totalité

des salariés du secteur privé lucratif et non lucratif bénéficiera de ces mesures de revalorisation.

M. Grelier votera-t-il la hausse de salaire, qui représente 8,8 milliards par an et qu'il juge insuffisante ? Votera-t-il en faveur du financement exceptionnel de 2,4 milliards supplémentaires pour l'autonomie et la cinquième branche ? Votera-t-il en faveur des 500 millions supplémentaires pour la branche famille afin d'allonger le congé de paternité ? Ce n'est jamais assez, a-t-il dit, mais quelles mesures de financements supplémentaires proposera-t-il par voie d'amendement ?

La démocratie sanitaire est, en effet, un enjeu essentiel pour lequel nous devons nous battre plus encore. Depuis la loi du 4 mars 2002 défendue par Bernard Kouchner, j'y crois fermement. La crise sanitaire a d'ailleurs montré, et j'en prends ma part de responsabilité, qu'elle a peut-être été le parent pauvre lors d'un certain nombre de processus décisionnels territoriaux et nationaux. Elle relève moins du PLFSS que du « Ségur », où j'ai eu à cœur, avec les associations, de restaurer et d'amplifier la place des usagers. Je reste ouvert à vos propositions.

Le forfait patient urgences n'est pas inéquitable ; c'est le système actuel qui l'est. Pour certains patients qui passent aux urgences, le reste à charge peut coûter cher alors que le plafond sera désormais de 18 euros et pris en charge à 95 % par les complémentaires santé. Cette réforme ne rapporte aucun euro à l'État ni, évidemment, à la sécurité sociale, puisqu'elle se fera à budget constant. Par ailleurs, le système de facturation des urgences était si complexe qu'il nécessitait d'y affecter des équivalents temps plein (ETP) administratifs qui auraient été fort utiles en soins. Ce n'est donc pas une mesure d'économie mais de simplification, de clarification et d'équité.

Je n'ai pas suffisamment parlé des grossistes-répartiteurs pendant la crise. Pourtant, comme me le demandait la présidente de l'Ordre national des pharmaciens que j'ai reçue juste avant cette réunion, il ne faut pas les oublier, car eux aussi ont été en première ligne, n'ont jamais cessé de travailler et se sont montrés indispensables. Nous l'avons d'ailleurs reconnu puisque nous avons augmenté leurs indemnités pour la distribution de masques.

De surcroît, la crise économique a eu des conséquences sur leur activité, qui a baissé en raison de moindres commandes de médicaments et de dispositifs médicaux remboursables, alors que ces professionnels sont soumis à des coûts fixes. J'ai pris une mesure d'urgence dont l'effet sera pérennisé en 2021 grâce à un financement de 30 millions d'euros, ce qui est éloquent quant à la reconnaissance de la nation à leur égard si on se réfère aux amendements discutés les années précédentes.

Nous nous engageons pour les EHPAD non lucratifs comme pour les EHPAD publics. Les partenaires sociaux doivent simplement transposer les mesures prises lors du « Ségur » dans leurs conventions collectives, ce qui sera très

rapidement le cas. L'enveloppe financière est prévue et, à nouveau, l'État tiendra son engagement.

Je ne ferai pas ici un long exposé philosophique sur les collectivités, la société et l'État dans la gestion de crise. Certaines collectivités ont été parties prenantes de la gestion de crise sanitaire dès le premier jour et ont apporté leur aide ; d'autres ont eu plus de mal à le faire et certaines, enfin, sont plus ou moins « aidantes », voire « opposantes ». Je vous le dis, moi, ministre des solidarités et de la santé, la gestion du risque sanitaire restera une prérogative nationale, régalienne, parce que l'État doit prendre ses responsabilités. Néanmoins, chaque fois que c'est possible, utile, et sauf avis contraire, nous nous appuyons davantage chaque jour sur les territoires, en les consultant, en se concertant. Je pourrais vous parler longuement de mes échanges, au plus fort de la crise, avec différents présidents de collectivités, quel que soit leur bord politique, afin de leur apporter l'appui de l'État pour l'importation ou la distribution de masques ou quand il a fallu s'occuper des EHPAD. Nous avons demandé leur appui aux départements, et je remercie Dominique Bussereau, président de l'Assemblée des départements de France, d'avoir accepté de nous aider. Le mieux est sans doute l'ennemi du bien et je revendique le rôle déterminant qu'a joué l'État.

Mme Fiat a pu lire le texte il y a quelques jours. Levons un voile pudique sur cette pratique très courante dont personne ne parle : le texte circule depuis des jours, il est publié sur des sites de presse spécialisée et il est envoyé aux caisses nationales de sécurité sociale. Une tradition d'ordre constitutionnel veut que les parlementaires en prennent connaissance après la présentation en Conseil des ministres mais, nous n'allons pas nous mentir : chacun d'entre vous y a accès par les caisses de sécurité sociale, les syndicats ou sur internet depuis un certain nombre de jours.

Le développement de la télémedecine était bloqué à 10 000 actes par semaine, voire moins, et nous l'avons dynamisé à un million en deux semaines grâce à la multiplication des supports et à la facilitation de l'accès, mais aussi parce que le reste à charge est nul et qu'il n'y a pas d'avances de frais. Pour en avoir discuté avec vous lorsque nous étions sur le même banc dans l'hémicycle, madame Bagarry, je sais que vous êtes favorable à ce que l'assurance maladie obligatoire couvre une plus grande partie du risque sanitaire. Je n'ai donc pas peur du déploiement de la télémedecine, au contraire, je n'y vois que du bien, les retours d'expérience étant très positifs. Enfin, l'arrêté que j'ai reconduit jusqu'au 31 décembre 2020 comporte, sinon des garde-fous, du moins des règles de bonnes pratiques. Les négociations conventionnelles avec les syndicats de médecins libéraux permettront également de définir les conditions grâce auxquelles la télémedecine pourra continuer sur sa lancée.

M. Olivier Dussopt, ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics. Je réponds à deux questions qui m'ont été posées avant que je puisse vous rejoindre, et d'abord à celle

du rapporteur général, Thomas Mesnier, concernant les exonérations de cotisations patronales notamment dans la période qui s'ouvre.

Tout d'abord, l'article 65 de la troisième loi de finances rectificative de 2020, a prévu, pour le printemps, un système d'exonération bénéficiant aux entreprises de moins de dix salariés fermées par décision administrative ainsi qu'à celles de moins de deux cent cinquante salariés dans les secteurs les plus touchés, comme le tourisme ou la restauration. Estimées à 3,9 milliards d'euros, ces exonérations s'élèvent en réalité à 5,2 milliards d'euros, le débat parlementaire ayant opportunément élargi leurs critères. En outre, le maintien d'une activité plus importante que prévu s'est traduit par un niveau d'exonération également supérieur aux prévisions.

Ces exonérations sont intégralement compensées à la sécurité sociale, et donc sans effet sur le déficit pour 2020 qui s'élève à 44,4 milliards d'euros. Celui-ci s'explique par les dépenses supplémentaires qu'Olivier Véran a dû vous détailler ainsi que par l'effondrement des recettes, de 32 milliards d'euros, à raison de 23 milliards de pertes de cotisations indexées sur la masse salariale du secteur privé, de 6,2 milliards indexés sur des recettes fiscales et de 6,5 milliards correspondant au report d'un an d'échéances de travailleurs indépendants affiliés au régime général.

Nous allons sans doute devoir mettre en œuvre à partir de maintenant les dispositifs d'exonération pour les entreprises faisant l'objet d'une mesure de fermeture administrative ou de réduction drastique de leurs horaires d'ouverture. Or la disposition législative que vous avez adoptée porte uniquement sur les mois de printemps. Nous aurons donc, dans un texte ou un autre – quatrième projet de loi de finances rectificative ou amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale si le dispositif est suffisamment stabilisé –, à vous saisir d'une proposition de nouvelle exonération, que nous veillerons à compenser.

La perspective d'un déficit durablement important de la sécurité sociale – autour de 20 milliards d'euros en 2020 et dans les années qui suivent – va nous conduire à travailler sur une loi de programmation pluriannuelle des finances publiques. Logiquement, le Haut Conseil des finances publiques nous y engage, compte tenu de l'écart grandissant avec la trajectoire des finances publiques retenue dans la loi de programmation de 2017. Nous nous y emploierons dans le courant de l'année 2021.

S'agissant de la fraude, le rapport de la Cour des comptes remis à la commission des affaires sociales du Sénat souligne trois caractéristiques plutôt encourageantes : le nombre de cas détectés a augmenté de 30 % en dix ans, et de 10 % en un an grâce à la mise en service de nouveaux systèmes informatiques et de traitement des informations ; les caisses de sécurité sociale y consacrent aujourd'hui 4 000 ETP. Une telle évolution ne nous exonère cependant pas du travail qu'il nous est recommandé d'accomplir en matière de lutte contre la fraude documentaire, de

certification des identités et de rapprochement des fichiers des assurés et des cartes d'immatriculation.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée auprès du ministre des solidarités et de la santé, chargée de l'autonomie. Le secteur de l'aide à domicile, que je connais très bien, est en grande difficulté. Peu attractif, il souffre d'un manque de reconnaissance, qu'il a très mal vécu lors de la première crise sanitaire.

Dès mon arrivée, au mois de juillet, je me suis inquiétée de ce que la « prime covid » n'avait été versée que par dix-neuf départements. Après discussion avec Dominique Bussereau et le Premier ministre, un accord a été trouvé : le Gouvernement a mis 80 millions d'euros sur la table et soixante-quatorze départements se sont engagés à verser cette prime.

J'envisage la même méthode pour la revalorisation salariale. De fait, nous ne pouvons pas l'imposer puisque ce secteur dépend non pas de l'État mais bien des départements. Les collectivités veulent s'investir sur ce sujet et, comme nous l'avons fait sur la prime, nous travaillons avec elles en concertation, nous voulons faciliter – sans doute à travers le PLFSS. On ne pourrait pas laisser s'installer la disparité de traitement entre les EHPAD, qui bénéficieraient de la revalorisation salariale issue du Ségur de la santé, et le secteur du domicile, qui ne nous incombe pas à nous seuls.

Par ailleurs, dans la perspective de la loi « Grand âge et autonomie », je lancerai un « Laroque de l'autonomie » qui ne sera pas une énième concertation, comme j'ai pu l'entendre, mais, au contraire, la phase finale de concertation, le kilomètre zéro, pour ainsi dire, de cette coconstruction avec les parlementaires et les principaux acteurs concernés. L'attente de la société vis-à-vis de cette réforme du grand âge est telle que la loi doit être consensuelle. C'est dans cet état d'esprit que nous l'abordons, en tout cas.

M. Thierry Michels. Bien des mesures du PLFSS 2021 constituent des avancées sociétales dont les effets sur la qualité de vie de nos concitoyens seront très concrets. Je pense à l'allongement du congé de paternité, à la revalorisation salariale pour les personnels des hôpitaux et des EHPAD, et à la création de la cinquième branche dédiée au soutien de l'autonomie tant de nos aînés que des personnes handicapées.

L'article 26 crée un fonds pour la modernisation et l'investissement en santé : quelle part de cet investissement dans les hôpitaux sera consacrée à des projets de recherche ?

La prévention est une autre forme d'investissement. Pendant la crise du covid-19, la moitié des patients admis en réanimation étaient obèses. Ces personnes sont également plus susceptibles de développer des pathologies multiples et de souffrir d'une perte d'autonomie. Les chiffres sont alarmants et appellent des mesures fortes en matière de prévention de l'obésité, d'accompagnement des

personnes qui en sont atteintes et d'accès aux soins. Quelles sont les orientations du ministère à ce sujet et comment se traduisent-elles dans le PLFSS ?

Mme Annie Vidal. En trente-deux ans de travail à l'hôpital, je n'avais jamais vu une telle revalorisation salariale : merci !

Je vous sais pleinement conscients de l'insuffisance de l'offre en matière de transports bariatriques, particulièrement des transports programmés, ainsi que de l'importance du reste à charge. La négociation en cours avec la Caisse nationale d'assurance maladie et les transporteurs privés devrait apporter une réponse financière opérationnelle. Quel est l'état d'avancement de cette négociation et comment les mesures financières seront-elles transcrites dans le PLFSS ?

Mme Véronique Hammerer. En 2050, 4,8 millions de personnes, soit trois fois plus qu'aujourd'hui, seront âgées de plus de 85 ans. Dans cette perspective, plus de 80 % des Français souhaiteraient rester à domicile : la politique domiciliaire doit donc être le fer de lance de notre engagement politique en matière d'autonomie et de bien vieillir – un enjeu sociétal crucial.

Les salariés de l'aide à domicile participent au même titre que leurs collègues du secteur sanitaire au bien vieillir, mais leur secteur souffre d'un manque d'attractivité en raison de faibles niveaux de rémunération : 17 % des aides à domicile vivent sous le seuil de pauvreté et certaines font même l'avance de leurs indemnités kilométriques, ce qui peut représenter jusqu'à 200 euros par mois.

Ce PLFSS est déjà ambitieux mais nous pouvons le rendre mémorable. Députés de la majorité extrêmement engagés sur ce sujet, nous ne pouvons que nous réjouir des négociations en cours. Pouvez-vous nous en préciser les contours, et notamment les engagements pris tant par les départements que par l'État ?

M. Bernard Perrut. Les accords issus du Ségur de la santé vont se traduire par des dépenses supplémentaires pour les revalorisations salariales et le programme d'investissements. On connaît les chiffres et l'évolution de l'ONDAM pour 2021, mais quelles en seront les conséquences sur les prochaines lois de financement de la sécurité sociale ? Un PLFSS rectificatif n'aurait-il pas été nécessaire au plus fort de la crise ? Ne devrait-il pas y en avoir un l'année prochaine ?

L'ONDAM inclut une prévision de dépenses de 4,3 milliards d'euros pour faire face à la crise sanitaire, en masques et examens de dépistage, et éventuellement en campagnes de vaccination. Le coût de cette dernière a-t-il été évalué ? Quand pourrait-elle se dérouler ? Où en est-on de l'avancement des vaccins, dont on dit que trois seraient en phase 3 des essais cliniques ?

La branche autonomie se met en place, incluant, dans le périmètre de la CNSA, l'AEEH. Pour la suite, nous manquons de visibilité. Pouvez-vous nous en dire plus sur les 6 milliards d'euros à dégager d'ici à 2024 et les 9,2 milliards à trouver d'ici à 2030 ? Quand allez-vous nous présenter la future loi « Grand âge et

autonomie » ? Il y a urgence de ce point de vue, autant qu'à soutenir nos associations d'aide à domicile. Madame la ministre, nous comptons sur vous !

Mme Catherine Fabre. Certains refusent à ce point de reconnaître les avancées de ce PLFSS qu'ils ont quitté la salle avant que le ministre réponde pour ne pas avoir à entendre la réalité : c'est aussi incroyable que dommage ! Création de la branche autonomie, allongement de la durée du congé de paternité, revalorisation salariale pour l'hôpital et les EHPAD : c'est tout simplement historique !

Pour la revalorisation salariale, 1,7 milliard d'euros sont mobilisés. Une aide-soignante qui gagne aujourd'hui 1 250 euros nets gagnera l'année prochaine 1 433 euros nets, hors primes. C'est une première étape fondamentale pour renforcer l'attractivité des métiers du grand âge, qui devra se prolonger par la formation, l'instauration de passerelles grâce à la validation des acquis de l'expérience (VAE), l'amélioration de la qualité de vie au travail et les perspectives de carrière, toutes préconisations du rapport El Khomri.

Quelle est votre feuille de route sur ces sujets qui participent de l'amélioration de la prise en charge de nos aînés ?

M. Fabien Di Filippo. Travaillez-vous actuellement à une production française pérenne de masques chirurgicaux et FFP2 afin de répondre à nos besoins dans les mois à venir et lors de futures crises sanitaires ?

Les besoins des branches maladie et vieillesse vont s'accroître dans les années à venir et l'équilibre des dépenses se fera sur les allocations sociales. Avez-vous des pistes dans ce sens ? L'allocation de rentrée scolaire a encore été majorée, ce qui témoigne d'une tendance à toujours plus d'aide sociale, ce qui contribuera, à long terme, à un déséquilibre très fort de notre système social.

La sédentarité coûte aujourd'hui près de 17 milliards d'euros aux finances sociales. La nouvelle génération représente une véritable bombe à retardement, avec des capacités physiques de 25 % inférieures à celles des deux générations précédentes. Nos associations sportives et nos clubs sont en grande difficulté du fait de la crise ; le Comité national olympique et sportif français et le ministère des sports estiment à 25 % la baisse du nombre de licenciés. La culture s'est vu allouer 2 milliards d'aides ; comptez-vous contribuer au grand élan nécessaire au sport santé et à son maillage territorial, qui passe inévitablement par l'aide à nos clubs sportifs ?

Mme Stéphanie Rist. Ce PLFSS prévoit d'ajouter 6 milliards d'euros aux 13 milliards de reprise de dette pour l'investissement hospitalier, notamment en vue d'accélérer la modernisation du système informatique hospitalier. Sur le terrain, la crise a montré que le manque d'interopérabilité des logiciels gêne la coopération entre établissements et entre professionnels de santé. Pensez-vous que ces financements pourraient y remédier ?

Mme Geneviève Levy. Les sages-femmes, profession médicale au statut hybride au sein de la fonction publique hospitalière, ont été oubliées du « Ségur » et écartées de la table des négociations, comme semble-t-il de la revalorisation des professionnels paramédicaux et des médecins, alors qu'elles ont pris toute leur place dans la lutte contre la pandémie. Une telle situation est d'autant plus paradoxale que votre majorité s'apprête à voter demain une proposition de loi leur accordant le droit de pratiquer des avortements chirurgicaux au même titre que les médecins. Il faut mettre fin à l'invisibilité de cette profession et reconnaître, dès ce PLFSS, son plein caractère médical.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. La politique de prévention de la perte d'autonomie est mal identifiée, tant au niveau national que territorial. La conférence des financeurs manque encore de maturité, ce que tend à attester la difficile mobilisation des crédits, qui continue de fonctionner en silo. Parmi les pistes qui permettraient de rendre le financement de la prévention de la perte d'autonomie plus efficace et intelligent, quelles sont celles que le Gouvernement explore ?

Depuis le rapport Vachey, politique du handicap et politique de la perte d'autonomie liée à l'âge se rapprochent. Or si le champ du handicap est très structuré et la place des usagers pleinement assurée, il n'en va pas tout à fait de même dans celui des personnes âgées. Ce dernier pourrait-il bénéficier d'un tel rapprochement pour améliorer sa gouvernance, qui reste illisible pour ses usagers ?

Selon l'article L. 3111-4 du code de la santé publique, les personnels de santé exerçant dans des établissements hébergeant des personnes âgées ont l'obligation de se faire vacciner contre la grippe. Or un décret de 2006 a suspendu cette obligation. Compte tenu des symptômes communs à la grippe et au covid-19, ne serait-il pas possible de revenir sur celle-ci afin de protéger les plus âgés ?

M. Marc Delatte. Durant le confinement, j'ai eu l'occasion de travailler en EHPAD dans l'Aisne, territoire fragilisé à vocation rurale. J'y ai constaté que l'accès aux soins, notamment dentaires, était un problème. Pourquoi ne fait-on pas circuler des bus dentaires ?

Le premier président de la Cour des comptes, M. Pierre Moscovici, a pointé de grandes disparités dans l'utilisation des crédits des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et des fonds d'intervention régionaux (FIR). Ne serait-il pas possible de les orienter là où existent de réels besoins de santé, comme dans l'Aisne, afin de réduire ces inégalités ?

Que pensez-vous de doter les praticiens territoriaux d'un véritable statut afin d'élargir l'éventail de soins ? Qu'en est-il du déploiement des hôtels hospitaliers, auxquels je sais M. le ministre des solidarités et de la santé très sensible ?

Mme Fiona Lazaar. Depuis le mois de mars, de nombreux dispositifs ont été mis en œuvre, tant par l'État que par les collectivités locales et les associations, pour aller au contact des populations les plus en difficulté, celles qu'on dit

« invisibles ». Néanmoins, la situation au regard de l'accès aux soins reste grave. Une étude de Médecins sans frontières a révélé hier qu'en Île-de-France, plus de la moitié des migrants et des personnes en situation de grande pauvreté testés en centre d'hébergement d'urgence auraient contracté le virus. Parallèlement, les associations s'inquiètent de voir des milliers de familles tomber, souvent pour la première fois, dans la pauvreté.

Pour lutter contre une épidémie, il faut protéger toute la population. Pour faciliter l'accès des étrangers aux actes de prévention et de soins liés à l'épidémie, serait-il possible de supprimer temporairement le délai de carence introduit en 2019 pour bénéficier de l'aide médicale de l'État (AME) et de la protection universelle maladie ?

Le non-recours aux soins de la part des plus pauvres constitue une vraie source de préoccupation. Il apparaît nécessaire que les allocataires des minimas sociaux, en particulier du revenu de solidarité active, qui ont droit à la complémentaire santé solidaire, puissent en bénéficier de façon automatique.

Ces deux propositions émanent du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, que vous avez installé, monsieur le ministre des solidarités et de la santé, le 25 septembre dernier. L'urgence ne commande-t-elle pas de les introduire dans ce PLFSS ?

M. Belkhir Belhaddad. Je souscris entièrement aux mesures fortes et historiques proposées dans ce PLFSS.

Le sport santé me tient particulièrement à cœur. Tout à l'heure, dans le cadre d'une audition, Tony Estanguet, président du comité d'organisation des Jeux olympiques et paralympiques d'été de 2024 – Paris 2024 –, soulignait que l'on pratiquait insuffisamment les activités physiques et le sport en France. Au moment où nous cherchons des moyens pour maîtriser les dépenses de santé, nous disposons là d'un superbe outil de politique de santé qui concerne potentiellement près de 20 millions de nos concitoyens – et encore, en ne considérant que les malades. Dans son rapport de 2019, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale considérait que ne pas prescrire une activité physique adaptée (APA) réduisait les chances de guérison d'une maladie chronique ; il avançait même qu'une activité physique et sportive devait être prescrite avant tout traitement médicamenteux de la dépression, du diabète non insulino-dépendant et de l'obésité.

Allons-nous continuer à faire exploser les coûts de la sédentarité et à laisser filer les dépenses dans une politique du tout médicament ? Les vrais gisements d'économie, je crois qu'ils sont là. Investir dans le sport à travers la solidarité nationale permettrait de faire des milliards d'euros d'économies : c'est l'Association nationale des élus chargés du sport qui le dit. Au-delà, les APA contribuent à rompre l'isolement, à créer du lien social, à améliorer la qualité de vie et le bien-être. C'est un immense défi pour la santé des Français. Quelles sont vos propositions en la matière ?

Mme Josiane Corneloup. Le PLFSS 2021 a une portée importante, singulière, et je me réjouis qu'il mette l'accent sur la revalorisation des salaires des personnels paramédicaux dans les établissements de santé et dans les EHPAD publics et privés, ainsi que de ceux du personnel médical à l'hôpital public. Cette revalorisation est tout à fait justifiée ; toutefois, je regrette qu'elle ne concerne d'aucune manière les libéraux. Nous avons beaucoup dénoncé le fonctionnement en silo et, aujourd'hui, nous sommes tous appelés à travailler ensemble ; si nous voulons que cela puisse se faire, il est essentiel que les libéraux soient pris en considération.

Je me réjouis également du versement de la prime aux auxiliaires de vie employés par les services d'aide et d'accompagnement à domicile. Je considère toutefois qu'il serait nécessaire d'aller plus loin et plus vite. Les aides à domicile regrettent le manque de reconnaissance et d'attractivité de leur métier. Alors que la majorité de nos concitoyens souhaiteraient rester à leur domicile, qu'il est de plus en plus difficile pour certaines familles d'assumer le reste à charge lorsque leurs proches sont en EHPAD, et qu'un nombre extrêmement faible de GIR 1 et GIR 2 – les personnes les plus dépendantes – sont maintenues à leur domicile, il est indispensable de renforcer l'attractivité de ces métiers et de mettre en place des formations accélérées, de nombreux services d'aide et d'accompagnement à domicile ou de soins infirmiers à domicile réduisant leurs tournées en raison du manque de personnel et de la difficulté qu'ils ont à recruter.

Vous évoquez la nécessité de retrouver une trajectoire d'équilibre, ainsi que le remboursement de la dette sociale. Je me réjouis que la téléconsultation soit prorogée. Toutefois, je regrette que rien ne soit prévu concernant la télé-expertise, pour ce qui concerne tant les disciplines qui pourraient être déployées que le modèle économique actuel, qui n'est pas de nature à favoriser son développement. Celui-ci est pourtant indispensable, vu le nombre insuffisant de spécialistes. Ce serait, en outre, une réelle source d'économies, un remède aux retards constatés dans la prise en charge et à l'éloignement des ressources médicales, en particulier en milieu rural.

S'agissant, enfin, de la stratégie de dépistage du covid-19, pour la seule semaine du 7 septembre, 1,2 million de tests ont été effectués en France. À raison de 73,59 euros par test, cela représente une facture de plus de 88 millions d'euros par semaine pour l'assurance maladie. Envisagez-vous de prioriser les tests ?

M. le ministre des solidarités et de la santé. Sans vouloir polémiquer, je regrette vraiment le départ de certains parlementaires : que trois ministres répondent pendant plus de deux heures aux questions posées par trente parlementaires, cela me semble plutôt une audition de qualité !

Le financement de la recherche n'est pas à proprement parler inclus dans les 6 milliards d'euros d'investissements prévus par le « Ségur ». En revanche, comme je l'ai dit dans le discours que j'ai prononcé il y a quinze jours à la Sorbonne devant le milieu hospitalo-universitaire, nous avons, avec Frédérique Vidal, abondé de manière assez significative les crédits du ministère de l'enseignement supérieur,

de la recherche et de l'innovation dédiés au financement des missions de recherche – nous vous transmettrons les chiffres exacts.

S'agissant de la lutte contre l'obésité, nous sommes quelques-uns à être d'ardents défenseurs du Nutri-score comme outil de prévention. Il se développe : 450 entreprises l'utilisent à ce jour, et 25 % de l'offre alimentaire est concernée. Les produits bio ont, par ailleurs, progressé de 28 % dans la restauration collective, et près de 5,4 millions d'élèves ont étudié les aspects nutritionnels dans le cadre de l'éducation à l'alimentation lors de l'année scolaire 2018-2019. J'ai confié au professeur Olivier Ziegler, président de la coordination nationale des centres spécialisés d'obésité, le pilotage de la feuille de route « Prise en charge de l'obésité » destinée à renforcer les actions en la matière. Je vois mal comment, dans le cadre d'un « Ségur de la santé publique », on pourrait ne pas traiter, plus généralement, des troubles alimentaires – car il y a aussi l'anorexie, la boulimie et tous les autres troubles du comportement alimentaire. C'est, pour moi, un engagement de longue date que je serais ravi de mettre en œuvre avec vous.

Rendre les transports bariatriques plus accessibles, cela passe par le développement pérenne de l'offre de transporteurs privés. Il faut donc adapter les modalités de rémunération de ces derniers afin qu'ils investissent dans les équipements nécessaires à la prise en charge des patients. Cela relève, non du PLFSS, mais des négociations avec l'assurance maladie, qui sont en cours. Les travaux nécessitent des expertises spécifiques, ce qui prend un peu de temps. L'accord à venir sera mis en œuvre dans le courant de l'année 2021.

Pour ce qui concerne les aides à domicile, outre l'engagement très fort de la ministre Brigitte Bourguignon, vous pouvez compter aussi sur le mien. D'ailleurs, mon premier déplacement sur le terrain en tant que ministre fut pour elles, de même que la première rallonge budgétaire que j'ai accordée. Nous aurons, je l'espère, quelques bonnes nouvelles à annoncer dans ce domaine à l'occasion des débats à venir. Brigitte Bourguignon en a fait le *teasing*. Vous vous doutez bien que quand un ministre ne ferme pas une porte lors de son audition par la commission des affaires sociales, cela signifie en général que la porte est plutôt ouverte... Un peu de patience !

Merci, en tout cas, pour votre engagement, que vous êtes nombreux à exprimer. Vous avez raison : cela fait trop d'années que les aides à domicile sont, pour beaucoup d'entre elles, des travailleuses pauvres. C'est une profession qui n'a pu bénéficier des mesures de revalorisation décidées dans le cadre du Ségur de la santé. De nombreux travaux préparatoires ont néanmoins été engagés sur le sujet, notamment des missions – je pense en particulier à celle de Myriam El Khomri. Cela doit aboutir à une réévaluation de leurs conditions de travail et de leurs revenus. Pendant le confinement, je me suis rendu à plusieurs reprises au domicile de personnes âgées pour rencontrer des aides à domicile : ce sont des gens en or. Toutefois, il ne suffit pas de le dire, il faut aussi agir pour valoriser ce métier.

S'agissant de l'impact des accords du Ségur de la santé sur les PLFSS à venir, je propose que nous ayons ce débat dans l'hémicycle. J'ai annoncé la saisine du HCAAM en vue d'un changement de modèle. Je ne sais même pas si l'on peut encore parler de taux d'évolution de l'ONDAM : déjà, cela n'avait pas nécessairement de sens auparavant, mais vu que l'on a affaire aujourd'hui à la plus forte progression de l'ONDAM depuis que celui-ci existe, peut-être ne nous fera-t-on pas grief de vouloir supprimer cet indicateur – qui, en vérité, n'en est pas un. Je pense que le ministre chargé des comptes publics ne me contredira pas : quand on enregistre une progression de plus de 6 % de l'ONDAM même après avoir neutralisé une partie des dépenses dues à l'épidémie de covid-19, on voit bien qu'on est complètement hors clous et que le taux d'évolution de l'ONDAM n'est pas le meilleur indicateur du monde ! Je pense, pour ma part, qu'il vaut mieux raisonner en euros, car une progression de 1 % ou de 6 % de l'ONDAM, les Français ne savent pas ce que cela veut dire ; 220 milliards d'euros par an consacrés à leurs dépenses de santé, voilà qui leur parlerait davantage.

Nous provisionnons 1,5 milliard d'euros environ pour le vaccin, somme qui englobe les dépenses en produit, en vaccination, etc. Le vaccin n'existe pas encore, on ne sait pas combien cela coûtera, et il faut donc provisionner une somme qui soit réaliste afin qu'on ne se retrouve pas à créer du déficit à cause de dépenses qu'on aurait fait semblant de ne pas anticiper. En l'occurrence, nous les anticipons.

Le Président de la République l'a dit, et la ministre Agnès Pannier-Runacher l'a répété : pour ce qui est de la production de masques, la France sera autonome d'ici à la fin de l'année pour une consommation courante – sachant que la consommation avait été multipliée par quarante pendant les semaines de confinement. Je crois qu'on peut féliciter l'industrie française, qui a su se réorganiser et a rouvert des usines de fabrication. Nous avons besoin d'elle.

Quant au sport santé, oui, mille fois oui ! Je suis totalement convaincu des effets bénéfiques du sport sur la santé. Il est important d'en faire, qu'on soit malade ou pas, qu'on soit jeune ou pas. Il faut l'encourager par de multiples voies. Pour ce qui concerne la cancérologie, l'expérimentation votée l'année dernière à l'initiative des parlementaires n'a pas été encore évaluée ; de même, il faudrait évaluer le coût de l'expérimentation sur le diabète. Cela suppose, en effet, de budgéter des sommes assez importantes. J'ai néanmoins envie qu'on avance et qu'on ne se contente pas de répéter que le sport santé, « c'est super », « y'a qu'à », « faut qu'on ». Il faut prévoir des dispositifs, d'autant que de nombreuses salles de sport vont se retrouver dans une situation financière très fragile en raison des mesures de gestion de l'épidémie – que l'on est bien obligé de prendre. Cela peut aussi être l'occasion de faire quelque chose d'intéressant. Je m'engage, en tout cas, à travailler en ce sens avec Bercy.

L'interopérabilité doit, en effet, aller de pair avec les investissements dans le numérique. On comptait, il y a quelques années, 600 systèmes d'information différents à l'AP-HP, tous n'étant pas forcément interopérables ! La situation s'étant peut-être améliorée, le chiffre est sans doute à actualiser, mais il faut que

l'interopérabilité soit la règle de base pour le fonctionnement des systèmes d'information.

J'ai reçu hier la présidente du Conseil national de l'ordre des sages-femmes, et cela s'est très bien passé – je l'avais d'ailleurs reçue, ainsi que des représentants syndicaux, à plusieurs reprises auparavant. Il se trouve que les maïeuticiens hospitaliers sont représentés par les organisations syndicales des professions paramédicales, dont ils font partie du corps électoral. Si j'avais pris la responsabilité de ne pas faire représenter les sages-femmes par leurs syndicats, je pense que cela aurait fait l'objet d'une procédure devant le tribunal administratif ; j'aurais été sûr de perdre et cela n'aurait pas été très respectueux du dialogue social ! Nous avons néanmoins invité des représentants de la profession à participer au comité élargi du Ségur de la santé dès le début de la consultation, mais ils ne pouvaient être signataires d'accords majoritaires. La désignation des partenaires sociaux relève du droit, je ne les choisis pas. J'ai dit aux représentants de la profession que s'ils souhaitaient changer les règles de représentation syndicale, cela ne me posait aucun problème, mais ce n'est pas de ma responsabilité.

Par ailleurs, non seulement les sages-femmes bénéficient de la revalorisation socle de 183 euros attribuée aux personnels soignants et non soignants de l'hôpital, mais un travail a d'ores et déjà été engagé concernant les grilles salariales, les évolutions de carrière, la reconnaissance du diplôme et les missions des sages-femmes, ce qui leur permettra d'obtenir une revalorisation spécifique supplémentaire.

J'entends donc l'émotion qui s'exprime et j'ai reçu beaucoup de courrier de la part de parlementaires sur le sujet, mais je pense qu'il y a là une incompréhension. Ce que je viens de dire, ce sont des choses qui sont en train depuis le premier jour du Ségur – je l'ai rappelé hier aux représentants du Conseil national de l'ordre des sages-femmes. J'ai un profond respect pour la profession. La mission des sages-femmes est belle, généreuse, difficile, exercée souvent dans l'urgence ; elle est indispensable à notre système de santé. Je ne voudrais pas que l'on croie que je pense le contraire, alors que j'ai été de tous les combats – j'étais notamment favorable à ce que les sages-femmes puissent faire des consultations auprès des femmes non enceintes en ville et que ces consultations soit tarifées au même prix qu'une consultation médicale. Je suis par ailleurs, je l'ai dit hier, ouvert à toutes les propositions en matière de représentation et de gouvernance au sein de l'hôpital. Bref, j'espère que le message est passé.

S'agissant des hôtels hospitaliers, quand j'étais député, j'avais fait adopter le principe d'une expérimentation en la matière. Probablement les administrations et la ministre de l'époque n'y croyaient-elles pas trop, parce que l'expérimentation avait été dotée d'un budget de 1 million d'euros pour la France entière – quand on veut tuer son chien, on dit qu'il a la rage. Cette fois-ci, il y aura beaucoup plus d'argent de mobilisé pour le développement des hôtels hospitaliers : jusqu'à 70 euros la prise en charge par nuit. L'objectif n'est pas de fermer des lits ; cela doit

éviter à des patients et des patientes d'être hospitalisés pour rien, simplement parce qu'ils habitent trop loin de l'hôpital. J'y crois énormément.

Personne ne m'a interrogé sur les maisons de naissance – probablement parce que cela fait consensus. Vous avez été nombreux à vous mobiliser en leur faveur ; il y en avait huit jusqu'à présent, vous allez avoir l'occasion d'en voter la création de douze supplémentaires. Cela me semble une bonne chose.

Tout ce qui concerne l'AME relève non du PLFSS, mais du volet santé du projet de loi de finances. Le décret sur le délai de carence n'ayant pas encore été publié, cette mesure n'a pas eu d'impact – si elle devait en avoir un.

De même, les mesures de revalorisation à destination des libéraux relèvent non du Parlement et du PLFSS, mais des négociations conventionnelles dans le cadre du dialogue social – ce sont, là encore, les règles en matière de représentativité qui s'appliquent. De l'argent sera injecté dans l'assurance maladie pour développer les communautés professionnelles territoriales de santé, renforcer la permanence des soins et développer les axes que plusieurs d'entre vous ont mentionnés, en liaison avec les syndicats de médecins libéraux. Tout cela avance – une nouvelle réunion avec eux est d'ailleurs prévue demain matin.

M. le ministre délégué chargé des comptes publics. Un projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale (PLFRSS) aurait-il été nécessaire ? Il se trouve que les modalités d'examen du PLFSS nous permettent de réviser les choses en cours d'année, par l'ajout de dépenses. C'est ce que nous avons fait au cours de l'année 2020, lorsque nous avons décidé d'ajouter 15 milliards d'euros de dépenses supplémentaires. Comme, par ailleurs, la crise sanitaire et le confinement ont entraîné la non-consommation de crédits, à hauteur d'un peu plus de 4 milliards d'euros, le solde est de quelque 10 milliards d'euros de dépenses supplémentaires. Nous aurions pu soumettre au Parlement un PLFRSS, tant pour prendre acte des nouvelles dépenses que pour actualiser l'ONDAM, mais sachant que l'examen du PLFSS 2021 permettrait la constatation de la réalisation de la LFSS et des dépenses, et que nous n'avions aucune obligation légale de le faire, nous avons considéré, pour dire les choses de manière un peu brutale, que l'urgence pour le Parlement était l'examen des trois projets de loi de finances rectificative comprenant des mesures de soutien à l'économie, plutôt que celui d'un texte dont la raison d'être était surtout de l'éclairer.

Cela dit, nous devons travailler sur une trajectoire des finances publiques. Du fait que nous nous trouvons dans une situation de crise, nous avons fait le choix, dans ce PLFSS, de ne pas inscrire de mesures ou de réformes structurelles ayant des rendements économiques majeurs, car il n'est pas opportun de le faire dans une telle période. Nous sommes plutôt enclins à prendre des mesures visant à soutenir la relance et la création d'activités et de richesse, afin de générer des recettes qui permettront de revenir progressivement à l'équilibre.

Cela n'empêche pas d'envisager trois types de réformes. D'abord, des réformes de simplification, contenues dans le texte : nouvelles modalités de déclaration des revenus d'activités annexes, lorsqu'elles sont très marginales, ou fusion des déclarations sociales et fiscales des agriculteurs. Ensuite, des réformes un peu plus structurelles, comme ce que nous sommes en train de faire en matière d'unification du recouvrement, sur la base du rapport d'Alexandre Gardette, ou de contemporanéisation du crédit d'impôt pour l'emploi à domicile, dont nous espérons la généralisation en 2022, ou encore tout ce qui tourne autour de la base mensuelle, afin que les prestations correspondent au niveau de revenu des foyers au moment du versement. Enfin, nous travaillons à des réformes plus lourdes, réellement structurelles, susceptibles d'engendrer des économies et de nous ramener vers l'équilibre. C'est pourquoi le Premier ministre a saisi le Conseil d'orientation des retraites pour qu'il donne un état actualisé de la situation, tenant compte des nouvelles conditions financières et économiques, de même qu'Olivier Véran a saisi le HCAAM.

Nos projections font état d'un déficit de 44,4 milliards d'euros pour 2020 et de 27 milliards d'euros pour 2021 ; le déficit prévisionnel atteindrait entre 18 et 20 milliards d'euros par an jusqu'en 2025 au moins, ce qui est absolument considérable. À long terme, ce n'est pas viable. Heureusement, si je puis dire, la loi organique relative à la dette sociale et à l'autonomie que vous avez adoptée va permettre le transfert à la CADES de 136 milliards d'euros de dette, dont les déficits prévisionnels jusqu'en 2023, sinon l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale rencontrerait de grandes difficultés en matière de trésorerie et de capacité d'emprunt, et la tension sur notre système de protection sociale serait encore plus grande que ce que nous connaissons aujourd'hui.

Mme la ministre déléguée chargée de l'autonomie. Nous avons ajouté la prévention parmi les missions de la CNSA pour que ce soit justement gravé dans le marbre ; je trouve que c'est très important.

La question de la gouvernance sera traitée dans le cadre du « Laroque de l'autonomie ».

Quant à la vaccination, une campagne importante de sensibilisation sera lancée à destination notamment des personnes travaillant en EHPAD ou à domicile, ainsi qu'aux visiteurs.

Un plan métier est en cours d'élaboration, qui puisera très largement son inspiration dans le rapport El Khomri ; nous y travaillerons aussi avec les parlementaires. Il fait, lui aussi, partie de la feuille de route du « Laroque de l'autonomie ».

Dans le cadre du plan jeunes et du Ségur de la santé, nous avons accru la capacité des instituts de formation en soins infirmiers et des instituts de formation d'aides-soignants afin de former 6 000 infirmiers, 6 500 aides-soignants et 3 400 auxiliaires de vie sociale supplémentaires. Cela s'accompagnera d'une

campagne de valorisation de ces métiers car, trop souvent, on n'en parle pas assez bien ; on montrera donc ce qu'ils savent faire, au lieu de toujours pointer du doigt ce qu'ils ne peuvent pas faire.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Malgré l'horaire contraint, ce fut une bien belle audition. Nous avons obtenu de nombreuses réponses aux nombreuses questions qui ont été posées.

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 13 et mercredi 14 octobre 2020.

Réunion du mardi 13 octobre 2020 à 17 heures 15 (article 1^{er} à après l'article 13)

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.9636946_5f85c4c6c041c.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2021--13-octobre-2020

La commission procède à l'examen des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 (n° 3397) (M. Thomas Mesnier, rapporteur général, Mmes Caroline Janvier et Monique Limon, MM. Cyrille Isaac-Sibille et Paul Christophe, rapporteurs).

Mme la présidente Fadila Khattabi. Mes chers collègues, avant d'en venir à l'examen des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2021, je souhaite vous rappeler les décisions prises ce matin en Conférence des présidents quant à l'organisation des travaux des commissions en raison de l'évolution de la situation sanitaire.

Les députés ne peuvent assister aux travaux d'une commission dont ils ne sont pas membres. La présence en réunion de commission est limitée à la moitié des effectifs des députés de chaque groupe, ce qui vaut en particulier pour les votes. En conséquence, aucun registre des présences en commission ne sera tenu et les sanctions applicables en matière d'assiduité sont temporairement suspendues. Tous nos collègues ne pourront donc pas prendre part à nos réunions et défendre eux-mêmes leurs amendements. La Conférence des présidents ayant exclu toute possibilité de visioconférence, même partielle, ainsi que le vote à distance pour les travaux législatifs des commissions, je propose que nous procédions comme au printemps, afin de respecter au mieux le droit d'amendement : je permettrai, lorsque l'auteur d'un amendement n'est pas présent, que l'un de ses collègues le défende, même s'il n'en est pas cosignataire.

M. le président de l'Assemblée nationale, dans un courrier en date de ce jour, appelle par ailleurs votre attention sur l'importance du port du masque en réunion de commission, soulignant qu'il est obligatoire en permanence, y compris lors des interventions des orateurs. Si vous en êtes d'accord, il serait préférable que l'audition de M. Adrien Taquet, prévue mercredi 21 octobre, ait lieu en présentiel, avec la moitié de nos effectifs. Je compte sur votre coopération pour assurer le bon fonctionnement de nos travaux, dans le respect de ces nouvelles règles. Soyons optimistes et espérons qu'elles n'auront à s'appliquer que très provisoirement.

J'ai observé, comme vous, que bon nombre d'amendements avaient subi l'application rigoureuse des règles de recevabilité constitutionnelles et organiques.

Ces règles, comme chacun sait, rendent difficile l'exercice du droit d'amendement sur le PLFSS. D'un côté, l'article 40 de la Constitution interdit d'augmenter les charges publiques, ce qui est souvent tentant dans un PLFSS... D'un autre côté, les dispositions organiques protègent très strictement le champ des lois de financement de la sécurité sociale. Par exemple, pour qu'une demande de rapport soit acceptée, il ne suffit pas qu'elle concerne l'une des branches de la sécurité sociale ou la possibilité de réaliser des économies ; la disposition organique applicable est en effet un peu plus exigeante que cela, et le Conseil constitutionnel veille de plus en plus attentivement à son respect : ne sont recevables que les dispositions améliorant l'information et le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Le président de la commission des finances est tenu d'appliquer ces règles, aussi bien pour l'examen du texte en commission qu'en séance publique. J'observe d'ailleurs qu'elles ont frappé tous les groupes, sans exception. Cela dit, le nombre d'amendements en discussion est assez significativement supérieur à ce qu'il était l'an dernier – plus de 530 amendements, contre 476. Les débats seront donc largement ouverts et je veillerai à ce qu'ils rendent justice aux nombreux sujets que nous aurons à aborder ensemble.

Mme Caroline Fiat. Madame la présidente, ce n'est pas l'élue de La France insoumise, ni la militante de la Gauche républicaine et socialiste qui s'exprime aujourd'hui : c'est la mère de famille, la citoyenne et l'aide-soignante réquisitionnable. Quand je suis arrivée ici, je pensais que je pourrais faire bouger les lignes et je me suis retrouvée devant un rouleau compresseur. Vous nous dites qu'il y a un peu plus d'amendements en discussion que l'année dernière, mais nous sommes en pleine crise sanitaire, et le Gouvernement lui-même reconnaît que nous traversons une seconde vague ! Quand pourrons-nous débattre de l'action du Gouvernement face à la crise sanitaire, si ce n'est lors de l'examen de ce PLFSS ?

Seuls 500 des 1 200 amendements déposés vont être discutés ! Alors que nous sommes en pleine crise sanitaire, nous ne pourrons pas avoir un débat serein, puisque des lignes budgétaires et des sujets essentiels seront laissés de côté. En tant qu'aide-soignante réquisitionnable, je ne pourrai même pas évoquer la question des équipements de protection individuelle, ni celle des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ni beaucoup d'autres !

Je suis parlementaire, j'ai envie de débattre, j'ai envie que vous me disiez que j'ai tort. Au mois de mars, vous réclamiez l'unité nationale et moi, Caroline Fiat, j'ai joué le jeu de l'unité nationale. Et maintenant, nous ne pouvons plus travailler ensemble ? Nous ne pouvons plus nous unir pour protéger nos concitoyens ? Si vous voulez nous museler, nous empêcher de débattre d'un texte qui est censé protéger nos concitoyens, nous protéger, me protéger, protéger mes enfants et mes futurs patients, dites-le moi tout de suite et je quitterai immédiatement cette salle, parce que ma présence ici n'aura aucun sens ! Je ne comprends absolument pas comment nous avons pu passer de 1 200 à 500 amendements !

Mme la présidente Fadila Khattabi. Loin de moi, loin de nous, madame Fiat, l'idée de vous museler ! Ne vous inquiétez pas, tous les sujets pourront être abordés et débattus : faites-moi confiance.

M. Boris Vallaud. Je souscris totalement aux propos de Caroline Fiat. Au fond, notre rare privilège était de pouvoir parler, de pouvoir faire des propositions – même si nous avions peu d'espoir d'être suivis par la majorité. Nous avions au moins la garantie d'un débat parlementaire exigeant et de qualité, un débat parfois âpre, parce que nos désaccords sont profonds, mais témoignant d'une vraie vitalité démocratique.

Notre collègue a rappelé le nombre d'amendements déclarés irrecevables : je ne pense pas qu'il soit la conséquence de l'application de l'article 40 dans toute sa rigueur, mais d'une lecture rigoriste d'un article 40 dont je me demande s'il ne devrait pas être substantiellement révisé. Madame la présidente, j'aimerais d'ailleurs proposer à nos collègues de rédiger ensemble une motion pour protester contre le sort qui est fait au travail parlementaire, afin d'alerter le président de la commission des finances – qui ressent d'ailleurs probablement les mêmes frustrations que nous. Il faut que nous nous posions collectivement la question de la façon dont nous appliquons cet article 40.

M. Pierre Dharréville. J'aimerais à mon tour exprimer la frustration et la colère que font naître en moi les conditions d'examen de ce PLFSS : 56 % des amendements déposés ont été déclarés irrecevables, ce qui est considérable. Le groupe de la Gauche démocrate et républicaine a plutôt de la chance, puisque seuls 22 % de ses amendements ont été jugés irrecevables à cette heure, mais cette proportion doit être beaucoup plus importante pour d'autres groupes.

L'article 40 pose effectivement des problèmes, puisqu'il nous empêche de formuler des propositions, alors que nous sommes là pour ça... Mais il ne faut pas oublier l'article 45, qui s'applique lui aussi, année après année, avec une rigueur toujours plus grande. Il nous empêche d'inscrire à l'ordre du jour du grand débat que nous devrions avoir à l'occasion de l'examen de ce PLFSS, des sujets de première importance. Au motif qu'elles ne font pas partie du projet initial du Gouvernement, nos propositions sont écartées d'un revers de la main. Cela n'est pas acceptable, surtout dans le contexte actuel : en cette période de crise, le pays a besoin d'un grand débat. À mon tour, je proteste contre la façon dont les règles sont utilisées pour limiter la portée de nos échanges et de nos discussions, qui sont pourtant nécessaires.

Mme Perrine Goulet. Vous me connaissez, j'ai tendance à creuser quand on m'empêche d'exercer mon devoir de parlementaire. J'ai donc demandé aux administrateurs pourquoi certains de mes amendements avaient été jugés irrecevables, alors qu'ils ne créaient pas de dépenses supplémentaires. J'ai été assez surprise qu'ils me répondent qu'ils s'étaient appuyés sur le rapport d'information n° 4546 de M. Gilles Carrez sur la recevabilité financière des initiatives parlementaires. Depuis quand un rapport a-t-il force de loi ? Est-il plus fort que la

Constitution ? Pourquoi se référer à ce rapport, alors qu'il est bien plus contraignant que l'article 40 ? Madame la présidente, il me semble important de dénoncer cette dérive. Le PLFSS est certes proposé par le Gouvernement, mais le Parlement doit pouvoir exercer son droit d'amendement. Or un rapport parlementaire nous en empêche. J'aimerais qu'on en revienne à la loi, c'est-à-dire à l'article 40, et à lui seul.

M. Bernard Perrut. Lorsque la loi de financement de la sécurité sociale a été instituée, c'était non seulement pour en faire une loi de finances, mais aussi pour que les parlementaires puissent, au sein de la commission des affaires sociales, puis dans l'hémicycle, débattre de nos politiques de santé et de nos politiques de protection sociale. Or ce débat ne se déroule plus aujourd'hui de la même manière qu'il y a quelques années, du fait des règles juridiques qui ont été rappelées. Notre pouvoir de proposition s'en trouve fortement restreint.

Ne faudrait-il pas réformer l'examen du PLFSS ? Les règles du débat budgétaire nous empêchent d'aborder certains sujets et de faire certaines propositions. Madame la présidente, peut-être pourriez-vous, avec vos services, voir si le niveau d'exigence de la commission des finances n'est pas trop élevé ? Tous les groupes s'en sont plaints, et c'est dommage car nous parlons tout de même du budget de la sécurité sociale, qui est plus important que le budget de l'État ! Or on a l'impression que la discussion est resserrée, contrainte, beaucoup plus que sur le projet de loi de finances, sur lequel nous avons pu déposer davantage d'amendements. Le sort réservé à nos amendements serait-il différent, selon qu'ils portent sur le projet de loi de finances ou sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale ?

Mme Delphine Bagarry. Je souscris à ce qui a été dit sur l'application des articles 40 et 45 de la Constitution. S'agissant de ce dernier, nous n'avons pas obtenu de réponse satisfaisante de la part des administrateurs. Nos collaborateurs et nous-mêmes sommes montés en compétence depuis le début de la législature, et nous faisons extrêmement attention à la recevabilité de nos amendements. Or on peine à comprendre pourquoi un aussi grand nombre d'entre eux ont été jugés irrecevables sur ce PLFSS.

Notre commission, au cours de la législature, a été dépossédée, au bénéfice de commissions spéciales, de plusieurs textes qui semblaient relever typiquement de ses compétences : je pense au projet de loi relatif à la bioéthique, mais aussi aux textes relatifs à l'aide sociale ou à la réforme des retraites. Il me semble que notre commission ne fait pas exactement le travail pour lequel elle a été imaginée au départ.

Mme Jeanine Dubié. Le groupe Libertés et Territoires s'associe à toutes les remarques qui viennent d'être faites par les représentants des autres groupes. Plus de 50 % de nos amendements ont été déclarés irrecevables. Cela m'inquiète, car nombre d'entre eux portaient sur l'amélioration de la situation des EHPAD. Cela ne me semble pas cohérent avec le souhait souvent exprimé par le Gouvernement

d'apporter des solutions aux difficultés que rencontrent les établissements accueillant des personnes âgées.

Madame la présidente, nous avons tous constaté que l'examen de ce texte avait été raccourci. S'il s'avérait que la rigueur avec laquelle les articles 40 et 45 de la Constitution ont été appliqués n'a servi qu'à écourter l'examen de ce texte, afin d'éliminer un grand nombre d'amendements, ce serait très grave. Je vous demande solennellement, madame la présidente, de vous assurer que tout cela a un fondement juridique et que ce ne sont pas les conditions matérielles d'examen du texte qui ont dicté ces décisions.

Mme la présidente Fadila Khattabi. J'ai bien pris note de vos remarques. Les travaux dureront le temps nécessaire : je puis vous assurer qu'il n'est pas question d'écourter nos débats, madame Dubié.

PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019

Article 1^{er}

Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2019

La commission examine l'amendement de suppression AS1024 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Cet amendement vise à supprimer l'article 1^{er}.

Les comptes de 2019 ont poursuivi la logique à l'œuvre depuis une vingtaine d'années de destruction de l'hôpital public. La France insoumise ne cautionne pas cette logique de contrainte budgétaire, qui fait peser sur les établissements publics de santé, mais aussi sur les autres branches de la sécurité sociale, des contraintes excessives.

Emmanuel Macron lui-même a dit « quoi qu'il en coûte » : il faut écouter votre Président de la République de temps en temps, mes chers collègues ! Je suis allée travailler au centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Nancy au mois de mars et je peux vous dire que si les choses ont bien fonctionné dans mon service, c'est grâce au « quoi qu'il en coûte ». Je me rappelle qu'à l'époque, je parlais avec vous en visioconférence le vendredi et que je vous l'expliquais : si nous avons pu sauver nos patients, c'est parce que les vannes étaient ouvertes et que nous avions le matériel nécessaire.

Madame la présidente, vous dites que nous aurons le temps nécessaire pour examiner ce PLFSS, mais l'examen du texte en commission est censé s'achever demain soir, et seuls deux jours et demi lui sont réservés en séance publique !

Mme la présidente Fadila Khattabi. Madame Fiat, si c'est nécessaire, nous pourrions très bien prévoir d'autres réunions jeudi.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général, rapporteur pour l'équilibre, les recettes et la santé. J'ai entendu vos remarques quant aux possibilités limitées d'amender le texte. J'espère que cela ne nous empêchera pas d'avoir un débat serein. En tant que rapporteur général, je mettrai un point d'honneur à vous répondre le plus finement possible, que mon avis soit favorable ou non.

Madame Fiat, vous avez dit que vous seriez heureuse que l'on vous dise que vous avez tort. Je vais donc vous faire plaisir : je considère que vous avez tort, parce qu'il faut, en PLFSS, un article validant l'exercice déjà effectué : il n'est donc pas possible de supprimer l'article 1^{er}.

Par ailleurs, pour bien connaître l'hôpital public, comme vous, je ne fais pas tout à fait la même lecture de l'exercice 2019. Nous avons relevé le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à 2,5 %, soit 400 millions d'euros de plus que prévu ; nous avons engagé des réformes pour sortir du tout « tarification à l'activité » et développé une véritable stratégie de structuration de l'offre de soins avec la loi d'organisation et de transformation du système de santé, votée l'an dernier.

Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Monsieur Mesnier, l'année dernière, vous n'étiez pas rapporteur général : vous êtes donc tout à fait pardonné. Mais vous n'avez pas voté mes amendements : vous êtes donc moins pardonnable ! Je vous avais expliqué en long, en large et en travers que l'ONDAM que vous aviez fixé ne suffirait pas et qu'il ne valait mieux pas qu'une catastrophe arrive. Je n'ai pas le don de voyance et personne ne pouvait prévoir la catastrophe qui allait arriver, mais on pouvait prévoir que cela ne suffirait pas, même sans la crise du covid-19.

Je sais, monsieur le rapporteur général, que vous avez remis la blouse : vous avez donc bien vu, comme moi, que c'est l'ouverture des vannes qui nous a permis d'être de bons soignants. Je sais qu'on ne peut pas supprimer cet article, mais je veux ouvrir les yeux de mes collègues : il ne faut pas être obsédé par l'objectif du chiffre ! Si nous nous en sommes sortis, c'est parce que les directeurs d'hôpitaux et les cadres de santé nous ont donné les moyens de soigner nos patients. Sinon, nous aurions vécu une catastrophe. Même si vous pensez que j'ai tort, je sais, intérieurement, que j'ai raison.

M. Pierre Dharréville. L'année dernière, je n'ai pas voté le projet de loi de financement de la sécurité sociale, parce qu'il me semblait qu'il allait encore dégrader les conditions d'exercice des missions sanitaires. Et quand je vois comment la loi a été appliquée, je me dis que j'ai bien fait. Vous avez dû procéder à des ajustements au fil du temps, parce que votre budget ne suffisait pas. On pourrait débattre de ces modifications, mais ce qui est évident, c'est que le PLFSS 2020 qui a été voté ne correspondait pas à la situation. Et je considère que, tel qu'il a été appliqué, il ne convenait pas non plus. C'est ce qui explique que nous ayons été totalement démunis quand le virus est arrivé.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **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 2019 (annexe A)

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

*Puis elle **adopte** la première partie du projet de loi **sans modification**.*

DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020

Article 3

Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19 au titre de 2020

La commission examine l'amendement AS401 de Mme Annie Vidal.

Mme Annie Vidal. L'article 3 a pour objectif de faire participer les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) aux coûts engendrés par la gestion de l'épidémie de covid-19 en introduisant, de manière exceptionnelle, une contribution en contrepartie des moindres dépenses constatées durant la crise sanitaire. Cette participation est ainsi assise sur les primes qu'ils perçoivent en matière de complémentaire santé.

L'article exclut à juste titre les sommes versées au titre des garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières. Par souci de cohérence et au vu de l'objectif de cet article, cet amendement propose d'exclure de la contribution les sommes versées au titre des garanties dites « frais de soin » des contrats d'assurances de dommages. En effet, ces garanties représentent une part seulement accessoire de ces contrats et sont sans lien avec les moindres coûts des dépenses de santé constatées durant la crise.

M. le rapporteur général. Pour des raisons pratiques et de simplicité, l'assiette retenue pour la contribution exceptionnelle des OCAM est proche de celle de la taxe de solidarité additionnelle. Pourquoi cette assiette a-t-elle été retenue ? En premier lieu, elle constitue la part que prennent les complémentaires dans la solvabilisation de la consommation de soins et de l'universalité des prestations de la branche maladie.

En second lieu, parce qu'elle est un bon reflet des économies dont ont bénéficié les OCAM, sans qu'elles soient de leur fait pour autant. Cette assiette, qui porte sur un certain nombre de contrats responsables et solidaires, a été estimée à

38,7 milliards d'euros en 2019. Or, le Gouvernement a déjà retiré de cette assiette les contrats qui n'avaient pas vocation à être intégrés dans cette contribution, à savoir les dispositions qui garantissent le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières inscrites dans les contrats de garanties santé solidaires et responsables.

Enfin, la contribution s'élève à 1 milliard d'euros pour 2020 et 500 millions d'euros pour 2021, comme nous le verrons à l'article 10. Les économies liées tant à la diminution de la consommation de soins qu'à la prise en charge par l'assurance maladie d'une part des actes, comme la téléconsultation ou les tests, qui font normalement l'objet d'un ticket modérateur, sont actuellement estimées dans une fourchette entre 2 et 2,3 milliards d'euros. L'écart de 500 à 700 millions d'euros entre l'effort demandé et le niveau de la contribution ne me paraît pas confiscatoire, ni devoir entraîner une quelconque augmentation des primes l'année prochaine.

Je vous invite à retirer l'amendement sinon j'y serai défavorable.

L'amendement est retiré.

La commission étudie l'amendement AS1026 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. Le Gouvernement Valls, en 2016, a rendu obligatoires les complémentaires dans les entreprises, ce qui a eu pour conséquence d'augmenter le nombre des entreprises privées qui font du profit sur le dos de l'assurance des personnes.

L'Avenir en commun, programme de La France insoumise, défend le principe de la réintégration de ces complémentaires au régime général de la sécurité sociale afin, d'une part, d'augmenter les recettes de la sécurité sociale et d'autre part, d'assurer une couverture égalitaire des personnes.

Par cet amendement, nous proposons d'augmenter la contribution obligatoire de ces complémentaires qui ont pu prospérer durant la crise.

M. le rapporteur général. Je ne pense pas non plus qu'il faille augmenter significativement le taux de cette contribution exceptionnelle, à hauteur de 3,5 %, soit une augmentation de 340 millions d'euros supplémentaires. Je vous ai expliqué les critères retenus pour la détermination de cette contribution : des économies réalisées à hauteur de 2 à 2,2 milliards d'euros et des effets liés à la portabilité des droits et un éventuel rebond supplémentaire de la consommation de soins autour de 500 millions d'euros.

Dès lors, une contribution à hauteur de 1,5 milliard d'euros sur deux ans me paraît être le bon équilibre. Le cas échéant, je vous donne rendez-vous dans un an, comme j'aurai l'occasion de le redire à l'article 10, pour que nous adaptions, si nécessaire, le produit pour l'année 2021.

Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. C'est dommage de nous donner rendez-vous dans un an alors que nous pourrions nous mettre d'accord aujourd'hui. Monsieur Mesnier, je m'adresse au docteur plutôt qu'au député : mieux vaut prévenir que guérir, n'est-ce pas ? Autant prendre cet argent dès maintenant plutôt que d'attendre d'en avoir besoin pour aller le chercher. C'est ce que nous vous proposons.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement ASI35 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Ces mesures ont été imposées, notamment aux acteurs mutualistes, sans concertation suffisante. Or, ces derniers estiment que les effets réels de la crise sanitaire ne seront connus qu'en 2021, en raison du rattrapage des soins qui n'ont pu être réalisés cette année mais aussi des risques d'impayés des cotisations.

Cet amendement vise à tenir compte des différences entre les différents acteurs en instaurant une modulation de la contribution exceptionnelle demandée en 2020 aux organismes complémentaires. Les assurances privées, qui couvrent d'autres marchés que les complémentaires santé, ont enregistré des surplus de cotisation importants en raison du confinement. Il convient donc de les mettre à contribution plus fortement que les acteurs mutualistes.

M. le rapporteur général. Permettez-moi de m'étonner, au vu des positions constantes que vous défendez dans cette commission mais aussi des amendements que vous défendrez dans la suite de nos débats, que vous souhaitiez diminuer une ressource destinée à l'assurance maladie.

Je ne vois pas de justification particulière à créer un régime préférentiel pour certains organismes plutôt que d'autres et cela n'a, d'ailleurs, jamais été l'esprit de la taxe de solidarité additionnelle, qui concerne à parts égales tous les acteurs. La distinction de taux se fait bien plutôt entre les qualités des contrats qui sont proposés.

Vous pointez à juste titre que les assurances couvrent d'autres risques et représentent les OCAM avec le plus de diversité. Quand nous les avons auditionnées, elles nous ont fait part de l'effort auquel elles participaient s'agissant des autres domaines, au sein du fonds de solidarité que nous avons mis en place avec le Gouvernement ce printemps.

Il me semble enfin que la distinction de taux que vous opérez passerait difficilement l'obstacle constitutionnel au regard de l'égalité devant les charges publiques et de la finalité de la contribution.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Je remercie le rapporteur général de prêter autant d'attention à nos propos et aux logiques qui fondent nos raisonnements. Vous avez

raison sur un point mais vous vous trompez pour le reste. En effet, je me plains de l'assèchement des ressources de la sécurité sociale. Cela ne m'a pas empêché, cependant, de critiquer systématiquement l'amalgame entre les différents opérateurs, en particulier les opérateurs mutualistes et les assureurs privés, qui ne sont pas de même nature. Je souhaite que les ressources soient puisées au bon endroit. Du reste, j'ai toujours critiqué cette taxe sur les mutuelles, qui est également fustigée par le mouvement mutualiste.

Mme Stéphanie Rist. Non !

M. Pierre Dharréville. La Fédération nationale de la mutualité française s'y est opposée ! Nous pouvons prendre des mesures plus ajustées et adaptées, en nous appuyant sur la distinction, reconnue en droit, entre les mutuelles et les assurances.

Mme Delphine Bagarry. Nous soutiendrons cet amendement car nous en approuvons l'esprit. Il faut distinguer les acteurs mutualistes qui, depuis leur création, font leur possible pour mettre en commun toutes les ressources qu'ils dégagent et les acteurs privés, qui se sont multipliés et ont engrangé d'énormes profits depuis la loi qui a rendu obligatoire la complémentaire santé.

La commission rejette l'amendement.

Elle passe à l'amendement AS634 de M. Stéphane Viry.

M. Bernard Perrut. Nous devons trouver des moyens financiers pour faire face à l'épidémie. Cependant, cette contribution exceptionnelle aux fins de participation des OCAM aux coûts engendrés par la gestion de l'épidémie pose question en ce qu'elle pourrait avoir des conséquences pour les comptes des régimes collectifs complémentaires pilotés par les branches professionnelles et hébergés par des organismes assureurs recommandés.

Les organismes assureurs répercuteront mécaniquement cette contribution sur les régimes collectifs de branche en relevant, à due concurrence les cotisations patronales et salariales. Or ces régimes sont déjà, souvent, tout juste à l'équilibre, sinon en déficit.

D'une part, l'augmentation des cotisations salariales comme patronales serait inopportune en période de crise économique, alors que les entreprises sont déjà très fragilisées, particulièrement les TPE-PME, qui sont les principales souscriptrices des contrats collectifs de branche organisant une mutualisation.

D'autre part, cette augmentation risque de dissuader les entreprises de rejoindre les régimes de branche et donc de réduire la mutualisation qu'ils doivent en principe favoriser, particulièrement en période de crise sanitaire.

L'amendement tend, par conséquent, à ce que la contribution exceptionnelle ne puisse être répercutée sur les régimes collectifs complémentaires de branche

gérés par des organismes recommandés. Ces organismes doivent financer cette contribution sur leurs fonds propres.

M. le rapporteur général. Je partage votre inquiétude face au risque d'augmentation des primes mais je voudrais, là encore, m'inscrire en faux par rapport à l'idée que la contribution exceptionnelle prévue par cet article pourrait entraîner l'augmentation des primes d'assurance l'année prochaine, y compris pour les contrats collectifs complémentaires. Les marges laissées aux OCAM sont largement suffisantes pour qu'elles ne reportent pas cette contribution sur les cotisants et ce d'autant plus qu'elles estimaient que les économies réalisées pendant la crise pourraient leur permettre de diminuer ces mêmes primes l'année prochaine.

Par ailleurs, votre amendement ne me semble pas recevable. L'assiette retenue, celle des cotisations recueillies par les OCAM, présente l'avantage de la profondeur comme de la simplicité, ce qui permet d'appliquer un taux qui ne soit pas dissuasif, à savoir 2,6 %.

Les mutuelles et les assurances sont, en outre, sensibles en matière de fonds propres. Elles sont soumises à un contrôle constant de leur niveau de fonds propres, lesquels doivent répondre à un certain nombre d'exigences, en application de la directive européenne dite Solvabilité II.

Je vous invite à retirer cet amendement sinon avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Je m'étonne qu'une autre solution n'ait pas été retenue. Ces organismes ont eu des ressources durant cette période et n'ont pas eu à s'en servir. Pourquoi n'a-t-on pas discuté avec eux d'un système de séquestre qui aurait permis de réserver ces fonds en attendant de savoir comment la situation allait évoluer et de décider, ensuite, de leur utilisation. Mais, une fois encore, vous avez préféré ponctionner.

Mme Audrey Dufeu. J'ai assisté à l'audition des mutuelles des différentes fédérations, de la Fédération nationale de la mutualité française, des acteurs du secteur privé : tous ont reconnu que les marges étaient largement suffisantes pour supporter la taxe de solidarité additionnelle. D'importantes économies ont été accumulées non seulement en raison des soins non effectués, mais aussi parce que les consultations en télémedecine, durant la crise, ainsi que les tests de dépistage ont été intégralement pris en charge par l'assurance maladie. Le volume de cette taxe se justifie largement. Du reste, les acteurs auditionnés n'y étaient pas frontalement opposés et, surtout, l'État a clairement exigé que les cotisations n'augmentent pas. La question ne se pose donc pas et nous pouvons adopter sans réticence cette mesure. Ce serait une belle avancée et une reconnaissance de l'importance des investissements consentis par l'État durant la crise.

Mme Annie Vidal. Les OCAM n'ont pas été ponctionnés brutalement comme certains le laissent entendre. Ils étaient volontaires pour participer à l'effort de solidarité et ont accepté le principe de cette contribution.

M. Thibault Bazin. Nos concitoyens s'inquiètent grandement du risque d'augmentation des cotisations. Vous avez beau essayer de les rassurer en leur rappelant les engagements des organismes, ils savent bien que, dans la réalité, les promesses ne sont pas toujours tenues. Les exemples récents ne manquent pas, en particulier celui du reste à charge zéro. Du reste, les organismes complémentaires ne sont pas tous dans la même situation. Certains ont des réserves, d'autres non. L'inquiétude monte. On a promis aux gens que leurs impôts n'augmenteraient pas, mais si c'est le cas de leurs cotisations, leur pouvoir d'achat en sera tout autant réduit. En l'espèce, le texte n'offre aucune garantie. Certes, les organismes se sont engagés mais comment le vérifierons-nous ? Si l'on se contente de constater les pots cassés, l'année prochaine, ce seront encore les Français qui en auront pâti.

M. Jean-Carles Grelier. Monsieur le rapporteur général, permettez-moi une remarque qui relève de la technique comptable : une contribution volontaire et spontanée s'appelle un don, une contribution ni volontaire ni spontanée s'appelle une taxe.

Par ailleurs, on a tendance, depuis quelques années, à opacifier ce qui relève du secteur privé et ce qui relève de la solidarité nationale. Le reste à charge zéro devrait déjà représenter 500 millions de dépenses supplémentaires, à la charge du secteur privé. Vous voulez, à présent, ponctionner un milliard et demi d'euros sur le secteur privé pour financer l'assurance maladie.

Si la remise en cause du système de 1945 pour faire financer les dépenses de santé par le secteur privé est un choix politique, soit, mais dites-le clairement aux Français, qui ont le droit de savoir. En revanche, ce procédé qui consiste à taper régulièrement et subrepticement dans les caisses du privé pour financer la solidarité nationale s'apparente à une privatisation rampante du système. Ne pas le reconnaître me gêne beaucoup.

Mme Delphine Bagarry. Je n'ai malheureusement pas pu assister à l'audition des organismes complémentaires mais je pense que nos concitoyens s'inquiètent surtout de leur avenir professionnel et des licenciements qui pourraient considérablement augmenter prochainement. Une réflexion a-t-elle été engagée avec les organismes complémentaires au sujet de la portabilité ou de la création d'un fonds de réserve ?

M. Bernard Perrut. Seule la baisse de l'activité de soins pendant cette période explique l'amélioration des résultats financiers. Or, l'avenir sera sans doute meilleur et les hospitalisations ou les actes de soins déprogrammés, finiront bien par avoir lieu – espérons-le, du moins – dans des établissements publics ou privés. Les personnes concernées ne vont pas attendre des mois, voire des années, pour recevoir ces soins, dont le report a déjà eu de lourdes conséquences pour elles. Par conséquent, les effets financiers s'en feront ressortir en 2021, voire en 2022.

Les organismes complémentaires ont-ils pu vous apporter des précisions ? J'essaie d'être le plus objectif possible pour savoir si les cotisations augmenteront

ou non au cours des prochaines années. Qu'en pensez-vous, monsieur le rapporteur général ? Avez-vous des chiffres ? Pouvez-vous nous apporter des garanties ? Une étude d'impact a-t-elle été réalisée ?

Mme Audrey Dufeu. Durant le confinement, j'ai conduit des travaux, avec Mme Biémouret, autour du report des soins des patients atteints d'autres pathologies que la covid-19. La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) aura peut-être l'occasion d'en analyser les conséquences financières. Je répondrai simplement à M. Bazin, qui entretient le culte de la peur de l'augmentation potentielle et hypothétique des cotisations, que rien ne nous empêchera, le cas échéant, de refaire le point, quitte à prendre des mesures dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale rectificatif l'an prochain.

Cela étant, je n'y crois pas car les organismes complémentaires se sont engagés à ne pas augmenter les cotisations. L'importance des économies qu'ils ont réalisées et qu'ils réaliseront encore le leur permet.

M. le rapporteur général. Le principe de cette contribution exceptionnelle a été discuté – j'ai presque envie de dire « validé » – avec les organismes complémentaires. Surtout, ce modèle de contribution n'est pas inédit, monsieur Grelier, puisque certaines familles politiques l'ont retenu, en 2010 et 2011, avec de bons résultats, d'ailleurs.

Monsieur Perrut, nous avons objectivé un rebond de la reprise des soins, notamment dentaires et optiques, après le déconfinement, entre mai et juillet. Par rapport à tous les types de soins, il y aurait un retard de 6 % par rapport à l'année dernière.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS134 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Le caractère répétitif de cette pratique devrait nous pousser à y réfléchir. Vous le savez, je suis un ardent défenseur du 100 % sécurité sociale. Nous devrions renforcer la prise en charge pour atteindre un très haut niveau de protection sociale, par la sécurité sociale elle-même, ce que le dispositif, tel qu'il a été instauré, nous empêche de réaliser. Il faudrait le revoir.

Refermons la parenthèse.

En raison du risque important de faillites d'entreprises, suite à la crise sanitaire, de nombreux salariés pourraient perdre le bénéfice de leur mutuelle d'entreprise. Nous souhaiterions, dès lors, que le Gouvernement remette au Parlement un rapport pour expertiser la création d'un fonds de gestion de la contribution exceptionnelle des OCAM, dont la mission est de permettre le maintien, sans cotisation, d'une couverture santé complémentaire pour les salariés dont l'entreprise aurait fait faillite.

M. le rapporteur général. Je partage vos inquiétudes, tout comme le Gouvernement, qui a conduit des simulations sur l'application de cette portabilité dans un contexte économique dégradé. Ces hypothèses sont, par nature, fragiles, dans une période où l'ensemble des prévisions économiques sont rapidement caduques. À ce stade, l'impact maximal de la portabilité serait de 300 millions d'euros, en nous fondant sur des hypothèses de forte dégradation du marché du travail.

Ce coût supplémentaire est inquiétant, notamment au regard de sa signification pour la situation de notre pays. Il ne justifie pas, cependant, la remise d'un rapport *ad hoc* et encore moins la création d'un fonds, puisque ce risque a été pris en compte dans la détermination du montant de la contribution exceptionnelle demandée aux OCAM.

Je vous invite à retirer l'amendement sinon j'y serai défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 3 sans modification.

Après l'article 3

La commission examine les amendements identiques AS457 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS1007 de M. Jean-Carles Grelier.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Les complémentaires santé peuvent conditionner l'accès des professionnels de santé au tiers payant par le respect de plafonds tarifaires ou l'exigence de modération tarifaire, dans les réseaux ou les organismes de tiers payant. Les réseaux de soins exercent cette modération tarifaire dans un cadre formalisé mais ce n'est pas le cas des plateformes de tiers payant, tant sur le plan juridique que tarifaire.

Suite à une recommandation de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans un rapport de 2017, nous souhaiterions appeler l'attention du Gouvernement sur l'importance et l'enjeu que représente, en termes de transparence, la sécurisation juridique du fonctionnement des plateformes de tiers payant, qu'il convient d'engager dès à présent.

M. Jean-Carles Grelier. Suite au rapport de l'IGAS de 2017, nous voulons, nous aussi, appeler l'attention du Gouvernement sur la nécessité de renforcer la transparence et la sécurité juridique dans le fonctionnement des plateformes de tiers payant.

M. le rapporteur général. L'amendement est satisfait par l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale qui dispose que les conventions conclues entre les OCAM et les professionnels de santé, établissements ou services de santé, ne peuvent comprendre aucune stipulation portant atteinte au droit fondamental de

chaque patient au libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé et au principe d'égalité et de proximité dans l'accès aux soins.

S'agissant de la problématique des plateformes de tiers payant pour la part complémentaire, le rapport de l'IGAS de 2017 avait déjà soulevé un certain nombre de difficultés, qui ne relèvent pas tant du domaine de la loi que de l'amélioration des relations techniques entre les établissements et services de santé d'une part, ces acteurs d'autre part.

En espérant vous avoir rassurés, je vous invite à retirer les amendements, sinon j'y serai défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Je ne suis pas du tout rassurée ! Cet amendement tend à alerter le Gouvernement sur le fait que cette recommandation de l'IGAS, qui date de 2017, n'est toujours pas suivie. Il serait temps que l'on se penche vraiment sur la sécurisation juridique du fonctionnement de ces plateformes.

M. Jean-Carles Grelier. Je ne suis pas davantage rassuré. Si l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale avait suffi à apaiser tout le monde, l'IGAS ne se serait pas crue obligée de recommander des obligations supplémentaires. Si elle l'a fait, c'est justement parce que cet article ne répond pas à toutes les questions. Je maintiens sans hésiter cet mon amendement.

La commission rejette les amendements.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS453 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS990 de M. Jean-Carles Grelier.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Le présent amendement vise à encadrer la pratique du remboursement différencié dans le cadre du contrat solidaire et responsable. Cette pratique permet aux complémentaires santé de moins bien rembourser leurs assurés qui ne se rendraient pas chez un professionnel de santé affilié à leur réseau de soins, y compris lorsque celui-ci est leur professionnel de santé habituel.

De nombreux territoires ayant très peu de professionnels de santé affiliés à ces réseaux – voire aucun –, le remboursement différencié peut aggraver les inégalités territoriales d'accès aux soins. Cette pratique, qui s'apparente à un malus, rompt le caractère solidaire du contrat. C'est pourquoi il est proposé de conditionner les avantages fiscaux accordés aux complémentaires santé à une limitation du niveau possible de différenciation des remboursements dans et hors réseau de soins.

M. le rapporteur général. Nous commençons, avec ces amendements, une série qui a globalement le même objet, à savoir faire en sorte que la réforme du reste à charge zéro ne se traduise pas par un moindre accès aux soins pour les assurés, objectif que je ne peux que pleinement partager.

La suppression de l'accès à un taux réduit pour les organismes modulant leurs primes dans les contrats responsables et solidaires en fonction des professionnels qui participent à leurs réseaux de soins a déjà fait l'objet de débats, ici comme au Sénat. Issus de la loi de 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé, ces réseaux de soins permettent de limiter fortement le reste à charge pour les patients. Un rapport de l'IGAS indiquait ainsi en 2017 que les patients bénéficiaient d'une diminution de moitié de ce reste à charge en optique, en grande partie grâce à une baisse de prix.

La loi prévoit déjà des garde-fous relatifs au libre choix du professionnel, établissement ou service par le patient et à l'interdiction de toute clause d'exclusivité. Ces garanties applicables au niveau de prise en charge des actes et prestations médicaux me semblent suffisantes en l'état, d'autant qu'il faut tenir compte de la montée en charge progressive de la réforme du reste à charge zéro.

Demande de retrait, sinon avis défavorable.

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

Elle en vient aux amendements identiques AS455 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS999 de M. Jean-Carles Grelier.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Le présent amendement vise à favoriser la mise en place du tiers payant intégral dans le cadre de la réforme du 100 % santé. En effet, si la réforme permet à un assuré de bénéficier d'un équipement sans reste à charge, il n'en demeure pas moins contraint d'avancer les frais pour son acquisition selon les conditions particulières fixées par sa complémentaire santé.

Concrètement, près de 27 % des patients en optique et 57 % en audiologie n'ont pas accès au tiers payant intégral. Pour les Français les plus fragiles, cette avance de frais peut constituer un motif de renoncement aux soins, contre lequel le 100 % santé doit justement permettre de lutter.

Alors que certains OCAM font de l'accès au tiers payant intégral un enjeu commercial et prudentiel, de nombreux bénéficiaires d'équipements 100 % santé risquent de ne pas pouvoir en bénéficier. Les dispositions que nous proposons sont nécessaires pour assurer un succès plein et entier de la lutte contre le renoncement aux soins pour raisons financières, qui était un engagement fort du Président de la République pour plus de justice sociale.

M. Jean-Carles Grelier. Mon amendement étant identique à celui qui vient de vous être présenté, je ne développerai pas. Sans m'appuyer sur les déclarations du Président de la République, il s'agit de lutter contre le renoncement aux soins.

M. le rapporteur général. Je partage votre vigilance sur l'application pleine et entière de la réforme par les OCAM. Nous avons enregistré des progrès en échangeant avec ces derniers ou par la voie législative. Outre le reste à charge zéro

proprement dit, je vous signale la loi autorisant la résiliation à tout moment des contrats de complémentaire santé et instaurant un suivi du déploiement des outils numériques permettant à ces organismes d'assurer le tiers payant. Je ne suis pas sûr qu'il soit opportun en l'état d'aller plus loin. Je vous demanderai donc le retrait de ces amendements ; à défaut, avis défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Je maintiens mon amendement parce que l'avance de frais est encore problématique pour 27 % des patients en optique et 57 % en audiologie. Il serait donc dommage de ne pas aller plus loin.

La commission rejette les amendements.

Puis elle examine les amendements identiques AS459 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS982 de M. Jean-Carles Grelier.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Les opticiens-lunetiers peuvent, dans le cadre de la réforme 100 % santé, renouveler les ordonnances en adaptant la correction de leurs patients après la réalisation d'un examen de la réfraction. En permettant de désengorger les cabinets des ophtalmologistes, cette prestation participe très largement à l'amélioration de l'accès aux soins visuels. Si elle donne lieu, pour un équipement 100 % santé, à un remboursement intégral des assurés après l'intervention conjointe des assurances maladies obligatoire et complémentaire, elle n'est toutefois plus remboursée par les organismes complémentaires lorsqu'elle donne lieu à la délivrance d'un équipement en dehors du 100 % santé. Cette situation est incompréhensible, alors même que ces organismes et leurs prestataires de gestion communiquent auprès de leurs assurés sur la possibilité de renouveler leur ordonnance chez un opticien-lunetier.

Alors que l'IGAS a très récemment recommandé de maximiser le potentiel du renouvellement des ordonnances par les opticiens, le présent amendement propose de généraliser la prise en charge de cette prestation dans le cadre des contrats solidaires et responsables.

M. Jean-Carles Grelier. Chacun connaît la difficulté d'accéder à une consultation en ophtalmologie : cela prend parfois plusieurs mois, c'est de plus en plus compliqué ; la plupart des ophtalmologistes ne prennent plus de nouveaux patients. Autoriser les opticiens-lunetiers à développer leur activité en prenant en charge les renouvellements lorsque la consultation d'un spécialiste en ophtalmologie n'est pas absolument nécessaire va dans le bon sens, celui d'une prise en charge plus rapide et plus proche des citoyens.

M. le rapporteur général. S'il existe en effet une difficulté d'accès aux soins en ophtalmologie, nous avons fait des progrès depuis le début de la législature avec le développement des protocoles de coopération entre les ophtalmologistes et les orthoptistes – j'en ai un exemple dans ma propre circonscription.

Ces amendements entrent trop profondément dans les relations contractuelles entre les OCAM et les établissements, professionnels et services de

santé. L'opticien peut déjà adapter la prescription médicale de verre correcteur. Lorsqu'un équipement relevant du 100 % santé est choisi, la prestation est intégralement remboursée par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Lorsqu'un autre équipement est choisi, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est abaissée et il n'y a aucune obligation de couverture dans le cadre des contrats responsables. L'application de ce principe, tout à fait cohérent avec l'esprit de la réforme, ne me paraît pas devoir être modifiée.

Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Dans un monde idéal, il y aurait suffisamment de médecins ophtalmologues pour soigner tous les Français ; mais ce n'est pas le cas. Pour pouvoir être remboursé, un patient fait rédiger la prescription par un opticien et doit ensuite trouver un ophtalmologue pour la signer. Cela coûte de l'argent à la sécurité sociale. Soyons cohérents ! C'est pourquoi je soutiendrai ces amendements.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Je maintiens mon amendement car cela pose un problème d'inégalité : si on a le 100 % santé, on est remboursé, mais si on ne l'a pas, on ne l'est pas !

La commission rejette ces amendements.

Elle se saisit ensuite de l'amendement AS718 de M. Joël Aviragnet.

M. Boris Vallaud. Le présent amendement vise à créer une contribution exceptionnelle sur les bénéfices réalisés par les plateformes de *streaming* pendant le confinement, ceux-ci ayant doublé au premier semestre 2020. Cette contribution, limitée à 0,5 % des bénéfices, serait indolore mais son rendement serait important. La gravité de la crise sanitaire justifie ces mesures exceptionnelles pour rétablir l'équilibre des comptes sociaux.

M. le rapporteur général. Vous souhaitez contribuer à la réduction du déficit de la sécurité sociale par l'instauration d'une nouvelle contribution à hauteur de 0,5 % des bénéfices des plateformes en ligne. Ce faisant, vous ne touchez pas seulement les plateformes de *streaming*, qui ont en effet bénéficié d'une forte augmentation de leur chiffre d'affaires pendant le confinement, mais aussi les plateformes françaises, comme Le Bon Coin et l'ensemble des plateformes de l'économie collaborative, au moment où celles-ci souffrent, autant que de nombreux autres secteurs, de la crise économique et des restrictions sanitaires.

Par ailleurs, et ce n'est pas l'objet du débat ici, l'application des conventions fiscales internationales évitant la double imposition sur le bénéfice réduit largement l'assiette de la contribution que vous souhaitez mettre en place, là encore au détriment des acteurs français.

Je vous signale néanmoins que les plateformes que vous semblez viser participeront bien en 2021 à la reprise de l'activité économique en France en raison

de la transposition accélérée de la directive sur les services de médias audiovisuels, sur laquelle l'Assemblée vient de se prononcer.

Pour toutes ces raisons, avis défavorable.

M. Boris Vallaud. Je maintiens cet amendement. Nous lui apporterons quelques améliorations, avec l'aide du rapporteur, pour que justice fiscale soit faite.

La commission rejette l'amendement.

Article 4

Contribution au financement de la prime covid pour les personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile

La commission examine les amendements identiques AS54 de Mme Émilie Bonnivard, AS66 de M. Bernard Perrut, AS219 de M. Thibault Bazin, AS717 de M. Boris Vallaud et AS895 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Bernard Perrut. Il s'agit des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). C'est un sujet important ; le ministre des solidarités et de la santé a d'ailleurs consacré son premier déplacement à l'aide à domicile des personnes en perte d'autonomie, rappelant que la refonte du maintien à domicile, notamment de sa tarification, devait être au cœur de la réforme relative au grand âge et à l'autonomie.

Monsieur le rapporteur général, j'aimerais connaître votre point de vue sur l'abrogation du XI de l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. Sur les 100 millions d'euros de crédits annoncés dans le cadre de la stratégie « Grand âge et autonomie », une première enveloppe de 50 millions d'euros avait été fléchée pour 2019 en vue de préfigurer le nouveau modèle de financement des SAAD. Or l'article 4 du présent projet de loi supprime la contribution de 50 millions d'euros de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) à l'expérimentation de la réforme du financement de ces services en 2020. Le secteur est dans l'attente de la traduction des 20 millions d'euros supplémentaires annoncés par le ministre pour le soutenir.

M. Thibault Bazin. Nous ne pouvons qu'être en faveur de l'article 4, relatif à la contribution au financement de la prime covid pour les personnels des SAAD. La prime accordée aux soignants des établissements hospitaliers avait provoqué une tension ; l'attente d'une revalorisation des agents s'occupant des personnes à domicile, en première ligne dans les territoires, était forte. Cela dépendait des conseils départementaux, dont les finances sont très contraintes du fait de la montée en puissance des allocations individuelles de solidarité.

Toutefois, alors qu'une réforme structurelle du financement était attendue, vous vous êtes livrés à un tour de passe-passe : il y a des plus d'un côté et des moins de l'autre. Y aura-t-il une revalorisation durable des salaires des personnels des

SAAD ? Cela aurait des conséquences sur l'attractivité de ces métiers. Certes, nous allons participer au financement à parité avec les conseils départementaux, mais les dispositions visant à réformer le financement des SAAD sont reportées et les crédits ne sont plus là.

J'aimerais donc savoir si, à côté de l'enveloppe de 50 millions et des 20 millions supplémentaires – cela fait toujours moins que les 100 millions annoncés –, des crédits sont encore prévus pour la réforme du financement des SAAD, souhaitée par tous. C'est un enjeu de solidarité nationale, la population dans certains départements étant plus âgée et disposant de plus faibles ressources que dans d'autres.

M. Boris Vallaud. Au détour de la participation de l'État au versement des primes covid-19 aux professionnels des SAAD, l'article 4 abroge purement et simplement la contribution de 50 millions d'euros pour 2020 de la CNSA à l'expérimentation de la réforme du financement des SAAD. Cela n'est pas admissible. En dépit d'un certain nombre d'alertes sur ses modalités d'application, l'expérimentation a été lancée en 2019 et certains SAAD ont contractualisé dans ce cadre sur deux ans ; or le législateur revient sur son engagement pour l'année 2020. L'objectif de notre amendement est donc de rétablir cet engagement. Cet amendement a été proposé par APF France Handicap.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Nous sommes très nombreux à connaître la situation difficile des services d'aide à domicile et à avoir défendu l'octroi d'une prime à leurs personnels, au même titre que les personnels soignants, car eux aussi ont été en première ligne pendant cette crise sanitaire, ce dont nous les remercions très sincèrement.

L'État a souhaité accompagner les départements à hauteur de 50 %, mais cet accompagnement a donné lieu, sinon à un tour de passe-passe, du moins à un jeu de vases communicants concernant les crédits alloués en 2019 et 2020 à la nécessaire refonte du modèle économique des SAAD. Pour l'État, c'est une opération blanche mais, pour les services d'aide à domicile, c'est une opération à moins 50 : ce n'est pas un très bon signal à envoyer à ce secteur.

M. le rapporteur général. Ce sujet est au cœur des préoccupations de notre majorité. J'en veux pour preuve les travaux de la MECSS sur la question de la préfiguration de la réforme de la tarification des SAAD amorcée en 2019.

Pour mémoire, nous avons voté une première enveloppe de 50 millions d'euros lors de l'examen du PLFSS 2019, puis une seconde enveloppe de 50 millions d'euros l'an dernier – celle dont nous discutons aujourd'hui. La préfiguration de la réforme de la tarification des SAAD engagée est loin de faire l'unanimité parmi les fédérations du secteur. Un contentieux a d'ailleurs été introduit par plusieurs fédérations contre le décret d'application de 2019.

Les événements de cette année ont retardé l'application de la LFSS 2020. Les administrations ont été pleinement mobilisées pour gérer au mieux la crise

sanitaire, ce qui a relégué au second plan la préfiguration de la réforme de la tarification des SAAD.

Depuis plusieurs mois, le secteur exprime une forte attente pour le versement d'une prime covid en faveur des salariés des services à domicile. Le 4 août dernier, l'État et l'Association des départements de France sont parvenus à un accord, l'État s'engageant à aider les départements qui verseront une prime, dans la limite de 80 millions d'euros. Cet accord a eu un véritable effet de levier : alors qu'une vingtaine de départements seulement avait annoncé le versement d'une prime en juillet, ils étaient soixante-quinze en fin de semaine dernière. Certains départements ont également décidé de revoir à la hausse le montant de la prime : ainsi, le département des Landes a décidé d'en faire passer le montant de 750 à 1 000 euros.

La réallocation des 50 millions d'euros signifie-t-elle que l'on abandonne la réforme de la tarification des SAAD ? Évidemment non ! Ce sera tout l'enjeu du projet de loi relative à l'autonomie que nous examinerons dans quelques mois. Le Gouvernement aura certainement l'occasion de nous le confirmer en séance la semaine prochaine.

Enfin, s'agissant des amendements identiques que nous examinons, je tiens à vous signaler que leur dispositif propose le contraire de ce que vous souhaitez puisqu'il vise à supprimer les alinéas 1 à 3 de l'article 4, qui concernent justement l'aide de l'État aux départements.

L'avis sera donc défavorable.

Mme Monique Iborra. Il y a quelques mois, j'ai déjà appelé l'attention de la commission des affaires sociales sur le fait que nous avons voté deux fois, en 2019 et en 2020, un montant de 50 millions d'euros pour cette préfiguration. J'avais suivi sur le terrain l'application de la volonté du Parlement d'aider les services à domicile. Or cette préfiguration en est restée au stade embryonnaire : l'État récupère 50 millions qui n'ont pas été utilisés. Certes, il existe des blocages importants, qu'il faudra surmonter, mais vous ne pouvez mettre cela sur le compte de la prime : ce serait faire preuve de mauvaise foi ! Le Parlement mérite mieux que cela.

Mme Caroline Janvier, rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Je trouve un peu curieux que l'on nous propose des amendements supprimant une prime demandée, fort légitimement, par les acteurs du secteur des services à domicile qui, eux aussi, ont travaillé en première ligne. C'est la crise sanitaire qui nous a conduits à instaurer cette prime, non prévue en 2018.

Par ailleurs, nous avons voté une loi historique, la loi du 7 août 2020, qui crée une nouvelle branche relative à la perte d'autonomie. Elle nous permettra, avec la future loi sur le grand âge, de proposer une réforme de l'autonomie beaucoup plus ambitieuse que la seule réforme de la tarification.

M. Thibault Bazin. On ne peut pas laisser dire cela ! Monsieur le rapporteur général, vous nous dites que ce sujet est au cœur de vos préoccupations ; Mme Janvier nous dit que c'est historique. Soyons sérieux ! Il y a un écart entre les paroles et les actes budgétaires ! En utilisant des crédits qui étaient fléchés, certes pour une bonne cause, vous reportez le financement de la dépendance. Voilà la vérité ! Cela vous gêne qu'on le dise...

Vous ne pratiquez pas le « en même temps » : il aurait fallu tout à la fois valoriser les acteurs pendant la crise sanitaire et respecter les engagements de financement de la réforme des SAAD. Dans les faits, la plupart des SAAD ont préfinancé cette prime, avant même que les conseils départementaux la financent, et avant même que l'État vienne financer les départements ! Nous l'avons constaté chez nous : les SAAD ont versé la prime assez rapidement, en juillet, même si elle n'était pas encore financée ; puis les départements ont financé les SAAD quelques mois plus tard. Nous attendons encore un peu de l'État pour un certain nombre d'éléments.

J'ai une question très concrète : comment verser la prime covid aux aides à domicile présentes sur le terrain pendant le confinement mais qui, assurant des contrats à durée déterminée de remplacement des salariés arrêtés pour garder leurs enfants, n'étaient plus sous contrat le 30 juin, au moment du versement des primes ? Cela pose un véritable problème d'égalité. Nous aurions besoin que vous nous apportiez cette réponse d'ici à la séance car les SAAD sont dans l'incertitude, alors qu'ils souhaiteraient pouvoir récompenser ces personnes.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Je suis assez contrariée par les mots prononcés par certains de mes collègues. Nous sommes tous d'accord sur la nécessité, voire l'urgence, d'accompagner les services d'aide à domicile. Cette réforme du financement des SAAD a été engagée dans le PLFSS que nous avons voté en 2018 pour une application, pour une première partie, en 2019. Si celle-ci n'a pu être appliquée, c'est parce que les décrets sont sortis beaucoup trop tard.

Mme Monique Iborra. Mais non !

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il faut dire les choses, madame Iborra, parce qu'il se trouve que votre collègue Annie Vidal et moi, qui avons mené la même mission, avons entendu les mêmes choses. Les décrets de 2019 sont sortis trop tard et n'ont pas permis de donner satisfaction. C'est une des raisons pour lesquelles nous avons voté une deuxième enveloppe pour 2020. Il se trouve que certains services d'aide à domicile ont contractualisé pour deux ans : comment leur expliquer qu'on ne leur donnera rien en 2020, l'enveloppe de 50 millions servant finalement au paiement de la prime ? Je suis ravie que l'État s'engage à 50 % mais l'État s'engage sur une somme que nous avons destinée à autre chose, à savoir la réforme du financement : il faut le dire !

Mme Monique Iborra. Sur le terrain, ce n'est pas vrai.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Vous dites qu'il faut accompagner et aider les services d'aide à domicile : or là, on leur retire 50 millions ! Je trouve que ce n'est pas un bon signal à envoyer.

Mme Annie Vidal. Nous sommes en train de faire un amalgame de tous les sujets qui touchent à l'aide à domicile. Je suppose que cet amalgame est dû à l'émotion que nous ressentons tous devant les difficultés de ces secteurs.

Dans cet article, il s'agit essentiellement de valider le fait que la CNSA versera aux départements jusqu'à 80 millions d'euros, pour les aider à financer la prime à verser aux acteurs de l'aide à domicile. Il n'est question que de cela dans cet article, ce qui ne signifie pas qu'il n'y a pas d'autres problématiques à exposer concernant l'aide à domicile.

Pour ce qui est de l'évaluation que nous avons conduite, je rejoins ma collègue Agnès Firmin Le Bodo. Nous avons entendu les mêmes propos, notamment la difficulté d'utiliser l'enveloppe de 50 millions d'euros, en particulier eu égard au décret d'application, qui est sorti beaucoup trop tard.

Par ailleurs, ce décret ne convenait – et ne convient – pas en raison de modalités trop peu opérationnelles. Notre rapport concluait à la nécessité de trouver d'autres modalités pour utiliser l'enveloppe de 2020.

Précisons que les contrats engagés sur deux ans sont couverts par l'enveloppe de 50 millions de 2019. Il fallait donc définir des modalités pour l'enveloppe de 2020, ce qui devait être fait en début d'année, pour essayer d'avoir un effet cumulatif avec les crédits de 2019, retardés. Cela n'a pas été fait, pour les raisons que vous savez. Ce financement était d'une certaine manière disponible, puisque ses modalités d'utilisation n'étaient pas définies. La crise sanitaire a conduit à réorienter ces financements.

Mme Caroline Fiat. C'est toute la complexité d'un PLFSS où l'on ne peut pas déposer d'amendements qui créent des dépenses : on se retrouve avec des amendements ubuesques, qui essaient de défendre des revendications, sans dépenser d'argent.

Depuis 2017, je vous explique que la situation des EHPAD et des personnes âgées est plus que compliquée. La maltraitance est à un point de non-retour. Je rappelle que les auxiliaires de vie sociale s'occupent à 85 % de personnes âgées mais elles ont aussi la charge de personnes souffrant de handicaps. Dans mon département, la Meurthe-et-Moselle, j'ai eu la chance qu'une prime soit versée très rapidement aux aides à domicile – je préfère « auxiliaires de vie sociale », qui montre qu'elles ont un diplôme, et ce n'est pas un diplôme qui ne sert à rien.

J'entends dire que l'on a donné des sous et voté des choses en 2019 – bientôt on entendra qu'en 2019, on avait prévu de verser des primes covid : Agnès Buzyn savait qu'en 2019, il y aurait une crise covid, dis donc ! Restons sérieux : en 2019, on ne savait pas qu'il y aurait la crise covid et encore moins que l'on verserait des

primes covid aux auxiliaires de vie sociale. Ces 50 millions serviront donc à verser des primes covid et, en aucun cas, à ce à quoi ils devaient servir, c'est-à-dire à permettre aux auxiliaires de vie sociale de travailler.

Monsieur le rapporteur général, j'appelle votre attention, pour que vous puissiez appeler celle du ministre des solidarités et de la santé en séance, sur le fait que 50 millions ne suffiront pas. Déjà, à l'époque, je disais qu'ils n'étaient pas suffisants. Maintenant, si ces 50 millions servent à payer la prime covid, il y aura un problème.

Mme Jeanine Dubié. Je voudrais réagir aux propos de notre rapporteure thématique, Caroline Janvier. Le sujet qui se pose est celui la réforme de la tarification, que ce soit au niveau des établissements ou des services à domicile. Cela touche à un aspect dont personne ne parle : le reste à charge, que doivent payer les bénéficiaires. Il n'est jamais abordé, ni dans les textes proposés ni dans le PLFSS 2021.

Tant que le sujet du reste à charge ne sera pas posé, nous ne réglerons pas le problème de la prise en charge correcte des personnes des personnes âgées, qu'elles soient à domicile ou dans des établissements.

La réforme de la tarification est le sujet. Nous ne devons jamais l'oublier.

Mme Delphine Bagarry. Je n'ai trouvé aucune information sur les départements qui avaient versé la prime covid et à quelle hauteur. J'apprends que la Meurthe-et-Moselle l'a versée ; les Landes ont donné un peu plus que ce qui était prévu au départ. Comment s'assurer que la prime sera réellement versée ?

Mme Monique Iborra. Les 50 millions que nous avons votés étaient destinés non aux SAAD mais aux conseils départementaux. Ce sont eux qui devaient lancer des appels à projets en direction des SAAD pour modifier le modèle économique. Cela n'a rien à voir avec le reste à charge, du moins pas directement. Dire que les SAAD regretteront qu'on leur enlève les 100 millions est faux. Encore une fois, ce sont les départements qui ont été destinataires de ces sommes.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Merci pour cette précision.

Mme Annie Vidal. Je réagis aux propos selon lesquels la maltraitance atteindrait un niveau très élevé dans notre pays. La maltraitance est un phénomène très complexe, que je ne le développerai pas ici. En tout cas, chaque fois que nous évoquons la maltraitance comme un phénomène généralisé dans la prise en charge du grand âge, nous dénigrons les professionnels du grand âge, qui font un travail remarquable. Or, ceux-ci, qui n'en peuvent plus d'être dénigrées sans cesse, quittent de plus en plus ce secteur. J'en parle en connaissance de cause car je les rencontre sans cesse dans ma circonscription comme au niveau national. Ce dénigrement leur est insupportable. Je veux donc le redire, et j'espère que je suis largement écoutée hors de cette salle : ces professionnels font un travail remarquable auprès des personnes âgées.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Nous partageons ce point de vue, madame Vidal.

M. Thibault Bazin. Tout le monde sait que l'État participe au financement des conseils départementaux, qui sont les interlocuteurs des SAAD, derrière lesquels on retrouve les bénéficiaires. Concrètement, la prime ne descend pas directement, nous l'avons compris. Et il en va de même dans la réforme du financement : elle ne descend pas directement. Il y a un tour de passe-passe budgétaire – le rapporteur général l'a compris.

Nous vous interpellons en demandant où sont les crédits de la réforme du financement des conseils départementaux pour financer les SAAD. Nous attendons une réponse, monsieur le rapporteur général. Rassurez-nous, rendez-nous l'argent !

Mme Caroline Fiat. Madame Vidal, je suis aide-soignante en EHPAD – je peux le dire, car je suis dernièrement retournée mettre la tunique. Je n'ai pas honte de dire, et je le répète depuis trois ans ici, que nous maltraitons nos patients. Alors oui, forcément, cela ne donne pas envie d'aller travailler, mais donnez-nous les moyens de faire notre métier correctement ! Cela vous en bouche un coin que l'on dise que l'on maltraite nos patients, parce que cela vous bloque dans votre politique, parce que cela ne donne pas envie de faire notre métier. Ah ça, c'est sûr mais je n'ai pas honte.

Madame Vidal, je vous le dis, droit dans les yeux, quand on me demande de faire une toilette en moins de 5 minutes, je maltraite mon résident. Je n'ai pas honte de le dire.

Effectivement, ça ne donne pas envie à la jeunesse de notre pays de faire mon métier. C'est bien ce que je regrette, et c'est pour ça que je me suis fait élire, pour donner envie de faire mon métier.

Les soignants sont nombreux dans vos rangs : tous vous diront qu'une toilette protocolaire se fait en 20 minutes. Nous demander de faire une toilette en moins de 20 minutes, c'est donc de la maltraitance institutionnelle.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Nous vous avons entendue, madame Fiat.

M. le rapporteur général. Je rappelle la volonté d'un débat serein que nous affichions il y a quelques minutes, en commençant ces débats.

Mme Caroline Fiat. Personne ne peut faire une toilette en 5 minutes ! Essayez donc ! Oui, c'est de la maltraitance ! Et en plus, on dit que je mens !

(Mme Caroline Fiat quitte la salle.)

M. le rapporteur général. Je ne reviendrai pas sur les éléments de fond que j'ai déjà abordés, et qu'Annie Vidal a complétés. M. Bazin a une nouvelle fois fait

preuve de toute sa sagacité : il m’a posé une colle avec sa première question. Je lui répondrai d’ici à la séance.

Nous avons demandé à plusieurs reprises, notamment à la CNSA, en audition, la liste des départements qui se sont engagés à donner une prime. Nous n’avons pas encore reçu d’éléments consolidés. Ils seraient environ soixante-quinze. Je n’ai pas d’informations précises concernant par exemple les Alpes-de-Haute-Provence, de Mme Bagarry. Je devrais en savoir davantage d’ici à la séance.

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

*Puis elle **adopte** l’article 4 sans modification.*

Après l’article 4

La commission examine l’amendement AS1037 de M. Thierry Michels.

M. Thierry Michels. Nous venons de l’évoquer en examinant les amendements à l’article 4, un des grands enjeux du soutien à l’autonomie de nos aînés est le maintien à domicile. Nous le savons, mais il est important de le répéter encore et encore, deux tiers des personnes âgées de plus de 85 ans vivent à leur domicile et 80 % de nos concitoyens souhaitent y vieillir.

L’amendement vise à demander au Gouvernement un rapport sur l’expérimentation que nous avons permise lors des précédentes lois de financement de la sécurité sociale, à savoir la réforme de tarification des SAAD. Derrière ce terme technique de tarification, il y a l’enjeu du temps que peuvent consacrer les professionnels du service à domicile aux aînés, de l’attractivité de leur métier et des moyens de l’exercer dans les meilleures conditions pour eux-mêmes et les personnes dont ils s’occupent.

L’évaluation proposée permettra le suivi effectif d’une mesure importante, votée par notre commission. Même si l’expérimentation n’a pas eu l’ampleur souhaitée, cela vient d’être indiqué, certains SAAD se sont saisis de cette opportunité. Il s’agit maintenant pour nous de prendre le recul nécessaire et de comprendre ce qui a effectivement été mené dans les territoires, les freins rencontrés, les réussites, les leçons à tirer, les bonnes pratiques, en vue de les généraliser. Cette évaluation sera donc une contribution importante, pour aborder comme il se doit le virage domiciliaire nécessaire et réussi, que nous appelons tous de nos vœux et qui sera au cœur de la loi « Grand âge et autonomie » à venir.

M. le rapporteur général. Cher collègue, vous demandez un rapport sur la mise en œuvre des 50 millions d’euros pour la préfiguration de la réforme du financement des SAAD, qui était prévue dans la LFSS 2020. Nous venons d’adopter l’article 4, qui prévoit justement de réallouer ces 50 millions d’euros pour financer la prime covid. Je vous suggère donc de retirer l’amendement, en envisageant plutôt,

en séance, de demander un rapport pour connaître l'utilisation des 50 millions d'euros votés en LFSS 2019.

M. Thierry Michels. Je vous remercie de vos précisions, monsieur le rapporteur général. Je retire l'amendement, afin de le retravailler d'ici à la séance.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Je remercie M. le rapporteur général d'avoir employé le mot « réallouer ». C'est le mot que nous souhaitions entendre depuis tout à l'heure. Je le remercie donc d'avoir précisé que ces 50 millions avaient été réalloués au financement de la prime. Je remercie également M. Michels de cet amendement. Une telle évaluation a été réalisée dans le cadre de la MECSS. Son rapport est disponible, s'il souhaite le consulter.

Mme Monique Iborra. Nous comprenons que le rapporteur général demande le retrait de l'amendement car sa rédaction doit être modifiée. Le groupe La République en Marche tient toutefois à ce que l'amendement soit déposé à nouveau.

L'amendement AS1037 est retiré.

Article 5

Ratification des décrets de relèvement des plafonds d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole

La commission adopte l'article 5 sans modification.

Article 6

Mise en œuvre de la compensation des exonérations créées lors de la crise de la covid-19

La commission adopte l'article 6 sans modification.

Après l'article 6

La commission est saisie de l'amendement AS987 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il vise à permettre aux agriculteurs, touchés à la fois par la crise de la covid-19 et par la sécheresse, de calculer leurs cotisations et contributions sociales sur la base d'une assiette spécifique. Les conditions de mise en œuvre des dispositions sécheresse seront ensuite définies par décret.

M. le rapporteur général. L'amendement, qui est assez technique, vise à faire en sorte que les exploitants agricoles ayant subi d'importantes pertes de récoltes puissent choisir l'assiette dite « du nouvel installé » pour l'exercice 2020.

Je rappelle que les cotisations des exploitants agricoles sont en principe calculées soit sur la moyenne des revenus des trois dernières années, soit, sur option, sur le revenu de la dernière année.

L'amendement conduirait à appliquer aux agriculteurs un troisième régime, aujourd'hui ouvert aux seuls nouveaux exploitants, consistant à ne rien cotiser lorsque les revenus ne sont pas connus, puis à régulariser les deux années suivantes, à mesure que le revenu est mieux identifié. Rendre plus contemporain le prélèvement sur les non-salariés agricoles et non agricoles est un sujet de préoccupation partagé, en particulier dans le contexte de crise que nous connaissons. Pour autant, cela revient en pratique à reporter à 2021 le paiement de ces cotisations, au moment de la régularisation, au risque d'un effet boule de neige l'année prochaine.

Par ailleurs, certaines cotisations ont déjà été appelées en 2020, sur la base de 2019 ou la base triennale. Elles devraient donc être remboursées, pour être ensuite récupérées, au moins partiellement, en 2021. Changer les règles, notamment en fin d'exercice, semble compliqué. C'est pourquoi j'émetts un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 7

Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2020

La commission examine l'amendement AS1052 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. Les entreprises ont bénéficié d'une aide importante de l'État en temps de crise, afin de limiter l'impact économique de la pandémie que nous connaissons. Ces aides viennent, de façon logique, affecter le budget de l'État. Dès lors, ce dernier aurait dû prévoir des contreparties aux aides versées, comme l'ont fait d'autres pays tels l'Espagne et le Portugal, en s'assurant que cette crise ne serait pas l'occasion pour les entreprises de bénéficier d'aides publiques, tout en ayant un prétexte pour licencier et délocaliser leur main-d'œuvre.

Par ailleurs, puisque le monde d'après doit commencer maintenant, nous souhaitons que les entreprises qui bénéficient de ces aides respectent un cahier des charges écologique, qui pourra être établi par décret. Cela évitera que des entreprises à l'activité non essentielle, comme Amazon, dont l'existence même représente pour l'environnement un fardeau, de prospérer aux frais de l'État.

M. le rapporteur général. Vous proposez d'ajouter aux montants approuvés dans le tableau d'équilibre de 2020 une déclaration politique sur la nécessité de contreparties pour les entreprises pendant la crise.

Nous aurons le débat sur des amendements de fond, mais je souhaiterais insister dès à présent sur la gravité de la situation dans laquelle nombre de nos

entreprises se trouvent. Elle rend les mesures prises non seulement utiles, mais surtout indispensables.

Donner l'impression aux entreprises que nous pourrions reprendre toutes les aides versées, à tout moment et sur des critères flous, me semble dangereux.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Elle **adopte** l'article 7 **sans modification**.*

Article 8

Rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et des sous-ONDAM 2020

La commission examine l'amendement AS1124 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Le 12 mars, le Président de la République Emmanuel Macron disait : « *La santé n'a pas de prix. Le Gouvernement mobilisera tous les moyens financiers nécessaires pour porter assistance, pour prendre en charge les malades, pour sauver des vies quoi qu'il en coûte.* »

Le groupe La France insoumise souhaite aider le Président de la République à tenir ses promesses – il me semble que la majorité sera d'accord avec nous. La contrainte qui pèse sur le financement de la sécurité sociale est liée étroitement à la gouvernance par la fixation d'objectifs de dépenses.

Nous avons une philosophie complètement opposée à celle du Gouvernement et des gouvernements précédents : nous ne considérons pas la santé publique comme une dépense de l'État. Déjà, parce que c'est le budget non pas de l'État mais des cotisants.

De plus, l'État gère le budget de la sécurité sociale dans une optique néolibérale, en faisant passer l'argent avant les gens – mutualisation des services, téléconsultations, fermeture de lits. On a vu ce qu'avait donné la fermeture des lits lors de la première vague ; avec l'arrivée de la deuxième, on va essayer de ne pas faire pareil !

Nous avons vu les conséquences de ces politiques austéritaires durant la crise sanitaire, sur lesquelles il faut revenir complètement. Les hôpitaux ont besoin d'un plan massif de recrutement, de rééquipement, non d'aller jouer leur budget en bourse, comme ce PLFSS le permet.

C'est pourquoi nous vous proposons, comme M. Emmanuel Macron l'a promis le 12 mars 2020, de supprimer l'ONDAM pour l'année prochaine. Le « quoi qu'il en coûte » a fonctionné dans mon service au mois de mars, et M. le rapporteur

général ne me dira pas le contraire pour son service : ouvrir les vannes nous a permis de sauver nos patients. Nous vous proposons donc de supprimer l'article 8.

M. le rapporteur général. Ouvrons une brève parenthèse sur le fait d'avoir renfilé la blouse, comme vous : à l'hôpital public, j'ai surtout vu des soignants, des amis, particulièrement engagés, dans le soin de leurs concitoyens. C'est avant tout grâce à elles et grâce à eux que le système de santé a tenu. Il est important de les saluer.

Pour ce qui concerne l'amendement, vous souhaitez supprimer un article qui doit obligatoirement figurer dans les lois de financement de la sécurité sociale, en application de la loi organique. Il permet de plus de montrer l'évolution des dépenses de santé par rapport à ce « quoi qu'il en coûte » du Président de la République, que vous citez. Il s'agit de mettre en lumière les mesures prises dans le cadre non seulement de la lutte contre la covid-19 mais aussi du Ségur de la santé, qui ont eu une forte incidence sur l'ONDAM.

Avis défavorable.

Mme Audrey Dufeu. Supprimer cet article sous prétexte que le Président de la République n'aurait pas mis, « quoi qu'il en coûte », tous les moyens financiers nécessaires pour faire en sorte que notre système de santé fonctionne, n'a pas de sens. Les mesures déployées et l'actualité le démontrent.

Si l'ONDAM n'est certes pas un indicateur adéquat en temps de crise, nous démontrons au travers du vote de ce PLFSS que nous pouvons rectifier la situation, et que des budgets ont été déployés pour répondre aux besoins des soignants, des hôpitaux, de notre système de santé.

Le ministre a prévu de rénover l'ONDAM dans les années à venir, et a commandé un rapport au Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). Nous aurons probablement des éléments nouveaux l'année prochaine. Supprimer l'ONDAM aujourd'hui n'a pas de sens, puisque les moyens « quoi qu'il en coûte » ont été déployés.

Mme Caroline Fiat. Mme Dufeu vient d'aller dans mon sens : si des rapports ont été commandés pour prouver que l'ONDAM ne servait à rien, ce n'est pas pour rien. M. le rapporteur général a prouvé que c'est grâce à la bonne volonté des soignants que l'hôpital a fonctionné, mais tous les directeurs d'hôpitaux avec lesquels j'ai discuté m'ont dit que c'est bien le fait que les vannes aient été ouvertes qui a permis le fonctionnement des hôpitaux pendant la première vague. Auditionnez les directeurs de vos territoires, ils vous répondront la même chose !

Nous sommes en crise sanitaire. Certains se moquaient de ceux qui craignaient une seconde vague – aujourd'hui c'est le Gouvernement qui en parle, non La France insoumise. Nous avons une certitude : en pleine crise sanitaire, quel est l'intérêt de maintenir un ONDAM ? Une fois que nous serons dedans, nous entendrons Emmanuel Macron – peut-être demain, en plein PLFSS – nous dire

« quoi qu'il en coûte ». Alors que nous débattons du budget, si, pour préserver la santé de nos concitoyens, il faut ouvrir les vannes, ouvrons-les ! Sauf que ce n'est pas au Président de la République de le faire. C'est aux parlementaires français que nous sommes de le décider. Aussi, nous vous proposons d'ouvrir les vannes et de supprimer l'ONDAM, en pleine crise sanitaire dans notre pays.

M. le rapporteur général. L'ONDAM a largement dépassé le chiffre prévu et que nous avons voté l'année dernière. Avec +7,6 %, il atteint la progression la plus élevée depuis sa création, il y a des années, sous Alain Juppé. 15 milliards de dépenses pour faire face à la crise, « quoi qu'il en coûte » : l'ONDAM est assez souple, alors qu'il avait été fixé l'année dernière, pour être largement dépassé afin de faire face à la crise et être rectifié dans ce PLFSS.

Enfin, il n'est pas question de supprimer l'ONDAM, mais de le réformer. C'est en ce sens que le ministre des solidarités et de la santé a confié une mission au HCAAM. Nous aurons l'occasion de prendre connaissance de ses travaux d'ici au printemps ou à l'été prochain, avant le PLFSS 2022.

M. Jean-Carles Grelier. Je voulais souligner la grande relativité des ONDAM. Je rappelle à mes collègues, qui ne peuvent pas l'avoir oublié, que votre prédécesseur, monsieur le rapporteur général, qui est aujourd'hui ministre des solidarités et de la santé, a fait voter l'année dernière à l'Assemblée nationale, en première lecture, un ONDAM à 2,1 % d'augmentation. Ce n'est qu'après que les professionnels de la santé ont manifesté dans la rue, qu'à la demande du Président de la République, l'ONDAM a été corrigé en nouvelle lecture, pour être porté à 2,4 %. Bref, un ONDAM reste un objectif, et est souvent très relatif.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS133 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. L'ONDAM 2020 rectifié affiche une progression importante de 7,6 % à la suite des dépenses liées à la gestion de la crise sanitaire, notamment dans les hôpitaux, et aux engagements de revalorisation issus du Ségur de la santé. Pour autant, l'ONDAM hospitalier ne permet pas de couvrir les surcoûts engendrés par le covid et l'augmentation structurelle des dépenses courantes, estimée à 4,2 % lors de la commission des comptes de la sécurité sociale.

Nous proposons une nouvelle écriture pour augmenter l'enveloppe hospitalière – c'est le jeu auquel nous sommes contraints. Revoir son volume est nécessaire : il s'agit non seulement de faire face à l'urgence de la crise, mais aussi de mettre les moyens pour être à la hauteur de l'évolution des dépenses de santé. Ce n'est pas le cas dans le plan que vous nous proposez, puisque, si l'on enlève les dépenses exceptionnelles, le taux reviendrait à la compression de l'ONDAM que vous avez déjà effectuée l'année précédente.

M. le rapporteur général. Nous avons cette discussion chaque année. Il ne suffit pas de décider de transferts rétroactifs entre les sous-objectifs pour obtenir le

résultat que vous recherchez. Nous discutons de l'ONDAM 2020, à la mi-octobre 2020.

Par ailleurs, je partage, ainsi que le Gouvernement, l'objectif d'une meilleure régulation au sein des sous-objectifs de l'ONDAM. Nous aurons une longue discussion sur le sujet avant l'article 45.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 8 **sans modification**.*

Article 9

Rectification de la dotation au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

*La commission **adopte** l'article 9 **sans modification**.*

*Puis elle **adopte** la deuxième partie du projet de loi **sans modification**.*

TROISIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2021

TITRE IER DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

Chapitre I^{er} Tenir compte de la crise de la covid-19

Article 10

Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19 au titre de 2021

La commission examine l'amendement de suppression AS876 de M. Charles de Courson.

Mme Jeanine Dubié. Les complémentaires santé ont déjà annoncé une hausse de 8 à 9 % de leurs cotisations pour 2021. Créer un nouvel impôt surévaluerait encore le coût de l'assurance maladie complémentaire. Nous demandons la suppression de l'article 10.

M. le rapporteur général. Cette contribution exceptionnelle, dont nous pourrions adapter le niveau en fonction de l'évolution de la situation économique, demeure inférieure aux économies réalisées par les OCAM en 2020 grâce à la baisse

de la consommation de soins et à l'augmentation de la prise en charge par l'assurance maladie. Les OCAM pourront ainsi participer à l'effort collectif, sans que rien ne laisse croire à une augmentation des cotisations.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Puis elle examine l'amendement 1163 de M. Michel Larive.

Mme Caroline Fiat. L'article 3 fixe à 2,6 % les prévisions de contribution des OCAM au titre de l'année 2020. Les difficultés à percevoir cette contribution pour l'année écoulée doivent nous conduire, au minimum, à maintenir ce taux pour l'année 2021. Par ailleurs, la diminution de ce taux est fondée sur l'hypothèse d'une année plus dynamique, de moins en moins certaine vu la reprise de l'épidémie.

Comme nous estimons que ces complémentaires instituent des inégalités de traitement entre les personnes et créent des disparités entre la protection sociale des travailleurs et leur réintégration dans le système général, nous serions plutôt favorables à ce que ce taux augmente, faisant progressivement disparaître, en douceur, ce secteur.

M. le rapporteur général. Avis défavorable, pour les mêmes raisons que celles exposées à l'article 3.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Elle en vient à l'examen de l'amendement AS626 de M. Stéphane Viry.

M. Bernard Perrut. Dans le même esprit que précédemment, nous proposons de compléter l'article par l'alinéa suivant : « Le montant de cette contribution est financé sur les fonds propres des organismes concernés. » Les organismes pourraient répercuter la contribution exceptionnelle sur les régimes collectifs complémentaires de branche gérés par des organismes recommandés. Cette augmentation risque de dissuader les entreprises de rejoindre les régimes de branche.

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

Puis elle est saisie de l'amendement AS1099 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Encore une fois, la contribution demandée aux organismes complémentaires n'est pas encadrée et il est fort probable que ces organismes en fassent peser le poids sur les personnes contractantes. Il est important de prévoir que cette contribution, qui est la résultante d'un enrichissement sans cause des organismes complémentaires au détriment de l'État, ne sera pas répercutée.

M. le rapporteur général. J'entends votre préoccupation et je la partage. Toutefois, votre amendement constitue une injonction difficilement compatible avec la liberté du commerce et de l'industrie.

La mise en place d'une contribution exceptionnelle, destinée à assurer que les OCAM contribuent à hauteur de ce qu'ils auraient payé en l'absence de crise sanitaire, ne justifie en aucun cas une augmentation des cotisations pour 2021. Celle-ci ferait payer un effort fictif à des cotisants bien réels. Nous serons collectivement attentifs à ce que les organismes complémentaires ne travestissent pas l'objet de cette contribution. Tous en reconnaissent le bien-fondé, quand bien même ils en contestent les modalités ou le périmètre.

Je vous suggère de retirer cet amendement.

Mme Caroline Fiat. Monsieur le rapporteur général, je vous remercie de partager ma préoccupation, mais j'en conclus qu'il aurait fallu voter l'amendement de M. de Courson. Nous ne pouvons pas dire aux cotisants qu'il nous est impossible de les protéger d'une augmentation éventuelle.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 10 sans modification.

Après l'article 10

La commission examine l'amendement AS358 de M. Stéphane Viry.

M. Bernard Perrut. Le fait que les établissements de santé publics et privés aient déprogrammé des activités de soins non urgentes pendant l'épidémie a entraîné des pertes de recettes, que les compensations par l'assurance maladie n'ont pas permis d'atténuer. Cela les fragilise financièrement, menace leur solvabilité et leur pérennité. C'est pourquoi nous proposons qu'en complément des dispositifs mis en place par l'assurance maladie, un prélèvement exceptionnel auprès des OCAM soit instauré en 2021. Ces organismes n'ont pas procédé au remboursement du ticket modérateur des interventions déprogrammées, alors qu'ils ont perçu des cotisations. Il s'agit d'une mesure de solidarité.

M. le rapporteur général. Je ne peux qu'être d'accord avec la mise en place d'une contribution exceptionnelle sur les OCAM, mais cet amendement entrerait en contradiction avec les dispositions que nous venons de voter pour 2020 et 2021. Je vous propose donc de le retirer.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS686 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Des bières à très haut degré d'alcool, jusqu'à 17 degrés, sont apparues depuis peu sur le marché. Vendues en bouteilles de

50 centilitres, elles ciblent les jeunes consommateurs afin de les rendre tôt dépendants, avec les conséquences sociales que l'on sait. L'objectif de cet amendement, inspiré d'une recommandation de l'Institut national du cancer, est de taxer très fortement ces bières, souvent brassées à l'étranger.

M. le rapporteur général. Ce débat avait déjà animé notre commission l'an dernier. Je partage vos préoccupations concernant la consommation excessive d'alcool chez les jeunes, mais je pointe deux risques, juridique et économique.

Le seuil de 11 degrés pourrait entraîner une forme de discrimination à l'égard de bières brassées en Europe, sans qu'il soit justifié comme une nécessité de santé publique.

Par ailleurs, le doublement du taux de la taxe à partir de 11 degrés pourrait créer un effet de seuil dont nous ne mesurons pas encore toutes les conséquences. Je comprends que votre objectif soit de « tuer » l'assiette de cette taxe comportementale, mais cela risque d'inclure les bières traditionnelles, qui ne sont pas forcément prisées des jeunes.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Tous les scientifiques le disent : ces industriels ciblent d'abord les jeunes, pour les alcooliser le plus tôt possible et les rendre dépendants. Bien sûr, il peut y avoir des effets collatéraux sur le marché des bières, mais il faut lutter contre ce problème de santé publique, dont les conséquences sociales se perçoivent quotidiennement. Je maintiens l'amendement.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Puis elle est saisie de l'amendement AS722 de M. Joël Aviragnet.

M. Boris Vallaud. Les exonérations décidées par le Gouvernement fin 2018 et reconduites en 2019 et 2020, sont supportées par le budget de la sécurité sociale. Or, s'agissant d'une décision prise par le Gouvernement, l'État aurait dû compenser à la sécurité sociale le montant de ces mesures.

Nous rappelons qu'au cours du Grand débat, nos concitoyens ont exprimé leur attachement au service hospitalier et les sondages montrent que la situation des hôpitaux fait désormais partie des premières préoccupations des Français.

Cet amendement, travaillé avec un collectif de professionnels de la santé, propose de financer la branche maladie de la sécurité sociale avec une partie des recettes de l'impôt sur la fortune immobilière, deux fois supérieures aux prévisions initiales de son rendement en 2020.

M. le rapporteur général. Je ne peux que saluer la diversité des arguments et des propositions pour renforcer les recettes de la sécurité sociale, mais cet amendement consiste à déshabiller Pierre pour habiller Paul. Étant donné la situation budgétaire dans laquelle se trouvent l'État et la sécurité sociale, je ne pense

pas qu'il soit opportun de priver l'État, sans réflexion approfondie, de la moitié d'une recette de 2,1 milliards d'euros en 2019.

Avis défavorable.

M. Jean-Carles Grelier. J'ai eu l'occasion de le dire au ministre de la santé, le « Ségur » aurait dû être l'occasion de réfléchir à la pérennité du financement du système de santé. Il est certain que nous sommes déjà dans le mur : les dépenses de l'assurance maladie ne sont couvertes qu'à 76 % par les cotisations sociales et par l'impôt ; la dette finance le reste.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS165 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Alors que la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement a été augmentée de 1,7 point en 2018 pour financer la baisse des cotisations sociales chômage et maladie, la CSG sur les revenus du capital a été augmentée de 1 point seulement.

Nous proposons de l'augmenter de 2,8 points, pour un rendement supplémentaire de 3 milliards d'euros au profit des caisses de sécurité sociale. Cela permettrait de financer, par exemple, des mesures de soutien au pouvoir d'achat pour les familles et les jeunes fortement impactés par la crise sanitaire.

M. le rapporteur général. Malheureusement, cet amendement ne va pas dans le sens de ce que vous souhaitez faire puisque ces 3 milliards pèseront sur tous les Français qui détiennent un produit d'épargne ou une propriété, et pour lesquels l'épargne s'est avérée un refuge au moment du confinement. Prendre sur les plans épargne logement, les comptes épargne logement et les contrats d'assurance vie freinera la consommation et l'investissement. Ce sont pourtant les moteurs par lesquels la France peut espérer retrouver le chemin de la croissance et qui ont justifié que l'État et l'UNEDIC prennent en charge l'activité partielle.

M. Pierre Dharréville. Je veux vous inciter à la créativité, monsieur le rapporteur général, en vous invitant à travailler cette piste. D'autant qu'une enquête de France Stratégie, la semaine dernière, a montré qu'il y a, disons, un petit problème...

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS721 de M. Joël Aviragnet.

Mme Gisèle Biémouret. De façon injuste, le Gouvernement a augmenté pour 2018 la CSG de 1,7 point, provoquant une perte de pouvoir d'achat importante chez les retraités et les fonctionnaires. Après la crise sociale de 2019, le Gouvernement a fixé un seuil à 2 000 euros mensuels en dessous duquel les retraités ne sont pas assujettis au taux de CSG revalorisé. Porter ce seuil à 3 000 euros mensuels permettrait de redonner du pouvoir d'achat aux retraités.

M. le rapporteur général. Sur le fond, votre amendement conduirait à réduire drastiquement les recettes de la sécurité sociale, alors que notre majorité a déjà adapté la fiscalité sur les revenus des retraités en créant une tranche intermédiaire pour les pensionnés de moins de 2 000 euros. Cela représente un coût annuel de 1,5 milliard pour les finances publiques.

Par ailleurs, outre le fait que votre amendement ne renvoie pas aux bonnes références, puisqu'il porte sur une version de la loi antérieure en 2018, son adoption conduirait à ne plus soumettre les revenus de remplacement à la CSG.

Enfin, vous intégrez, dans le taux de 6,3 %, les retraités et les demandeurs d'emploi qui bénéficient actuellement d'un taux réduit de 3,8 % en raison de la faiblesse de leurs revenus. Je crois pourtant comprendre qu'il n'est pas dans votre intention d'augmenter la fiscalité sur les retraités les plus modestes !

Je vous suggère de retirer l'amendement.

Mme Jeanine Dubié. Je salue la persévérance de nos collègues du groupe Socialistes, qui avaient déjà défendu cet amendement l'an dernier. L'objectif étant d'établir une progressivité, le groupe Libertés et Territoires votera pour.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'examen de l'amendement AS163 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Le financement de la protection sociale est aujourd'hui fragilisé par la multiplication des exonérations sociales, ce qui obère la capacité de la sécurité sociale à répondre aux besoins sanitaires et sociaux. Ce débat est d'autant plus urgent que notre pays fait face à une crise sanitaire sans précédent.

Au-delà d'une remise à plat des dispositifs d'exonération de cotisations, il convient de réfléchir à des solutions pour élargir l'assiette de financement de la protection sociale. Dans cette optique, cet amendement propose de soumettre à cotisations sociales les revenus financiers des sociétés. Ceux-ci seraient soumis aux taux actuels des cotisations sociales employeurs de chaque branche de la sécurité sociale.

M. le rapporteur général. Outre qu'il doublerait mécaniquement les charges, votre amendement aboutirait à déformer la stratégie des entreprises concernées et à « tuer » l'assiette sur laquelle votre contribution est assise.

Cet amendement étant le premier d'une longue liste prévoyant l'augmentation des cotisations des entreprises, je me permets de signaler ici que j'émettrai systématiquement des avis défavorables.

La stratégie développée par le Gouvernement et la majorité consiste à accompagner les entreprises – toutes les entreprises – face à l'une des plus fortes récessions que nous ayons connues. L'heure n'est pas à l'ajout de charges

supplémentaires, mais à un effort collectif pour éviter l'explosion du chômage et une crise sociale majeure.

M. Pierre Dharréville. La sécurité sociale ne doit pas être la variable d'ajustement des politiques publiques. L'État doit assumer ses choix, ce n'est pas le rôle de la sécurité sociale que de servir de levier. Nous allons vers une fusion des deux budgets et cette logique me semble assez dangereuse. Il faut au contraire sanctuariser la réponse aux besoins sociaux.

Par ailleurs, vous dites que cela pourrait déformer la stratégie des entreprises. Au contraire, l'État doit intervenir pour modifier les comportements. Les entreprises du CAC 40, dans une période aussi difficile que celle que nous traversons, doivent cesser de distribuer des dividendes aux actionnaires. Une telle mesure pourrait avoir des vertus, dont celle de remettre à l'honneur le facteur travail.

La commission rejette l'amendement.

Article 11

Affectation à la Caisse nationale d'assurance maladie des excédents de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières et des provisions relatives à la réserve de prévoyance de la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF

La commission est saisie des amendements de suppression AS132 de M. Pierre Dharréville et AS1105 de M. Adrien Quatennens.

M. Pierre Dharréville. Nous proposons de supprimer l'article 11, qui prévoit une ponction des excédents de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) et des provisions de la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel (CPRP) de la SNCF pour l'affecter à l'assurance maladie.

Outre qu'elle conduit à réduire les prestations pour les assurés, cette mesure s'inscrit dans la logique de la réforme des retraites, qui est d'effacer les régimes spéciaux. Elle a été imposée sans concertation, alors que les caisses proposaient d'utiliser ces réserves. Elles ont pourtant démontré que lorsque l'on ne porte pas atteinte aux ressources, une caisse peut être excédentaire.

Mme Caroline Fiat. Cet article transfère à la Caisse nationale d'assurance maladie une partie des fonds de la CAMIEG, excédentaire de 175 millions d'euros. Il prévoit aussi le prélèvement des réserves de la CPRP SNCF dont l'exposé des motifs précise qu'elles avaient été jusque-là conservées pour assurer le financement d'une partie des besoins de trésorerie du risque vieillesse. La trésorerie du risque vieillesse du régime spécial ayant été reprise par l'ACOSS, le présent article procède logiquement à la centralisation au niveau du régime général des réserves servant à cet usage, estimées au 31 décembre 2019 à 176,6 millions d'euros.

Nous nous opposons à ce que le Gouvernement se serve, à l'occasion du PLFSS, dans les régimes excédentaires. Le prélèvement sur les réserves de la CPRP SNCF apparaît comme une anticipation de la réforme des retraites. Mais, nous l'espérons, elle ne passera pas !

M. le rapporteur général. Cet article tire pourtant les conséquences d'une mutualisation bienvenue de la trésorerie des régimes de sécurité sociale. Sa trésorerie étant entièrement assuré par l'ACOSS, la CPRP SNCF n'a pas besoin de maintenir de telles réserves ; en cas de coup dur, elle pourra toujours compter sur les capacités de financement du régime général. Par ailleurs, ses réserves ne proviennent pas des cotisations des salariés mais d'un transfert de CSG en 2007.

La ponction sur les réserves de la CAMIEG est équilibrée puisque la sécurité sociale ne reprend que la part qui servait à couvrir les besoins de trésorerie, aujourd'hui assurés par l'ACOSS à hauteur de 175 millions. La CAMIEG conserve le reste des réserves, à hauteur de 176 millions, afin de baisser les cotisations et d'augmenter les prestations des salariés pour quelques années. Naturellement, ces mesures sont prises en concertation avec les caisses concernées.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. À ma connaissance, la CAMIEG était favorable à cette disposition mais elle s'est vu imposer le montant du transfert. Par ailleurs, une telle mesure introduit une inégalité puisque les salariés des industries électriques et gazières contribueront nettement plus au budget de la sécurité sociale.

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

Puis elle en vient à l'amendement AS57 de Mme Marine Brenier.

M. Jean-Carles Grelier. L'amendement est défendu.

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

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

Article 12

Sécurisation du mode de calcul de l'évolution du plafond annuel de la sécurité sociale

*La commission **adopte** l'article 12 **sans modification**.*

Article 13

Prolongement du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE)

La commission examine l'amendement AS392 de M. Charles de Courson.

Mme Jeanine Dubié. Le dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE) est une avancée notoire. Il est prolongé de deux ans, ce qui prouve son intérêt pour la viticulture ou l'horticulture. Afin d'éviter les sempiternels débats sur son maintien, nous proposons de le pérenniser.

M. le rapporteur général. Il est vrai que ce dispositif fait l'objet, chaque année, de longs débats en commission et dans l'hémicycle. Si le Gouvernement et la majorité souhaitent le prolonger de deux ans, c'est que la crise a touché indirectement des secteurs proches de l'hôtellerie et de la restauration que sont la viticulture et l'horticulture.

Toutefois, il me paraît difficile de pérenniser ce dispositif, pour plusieurs raisons. D'abord, il représente un effort important de la puissance publique, à hauteur de 454 millions d'euros en 2019, alors même que les allègements généraux ont été largement étendus par la LFSS de la même année ; par ailleurs, les exploitants agricoles, notamment les jeunes agriculteurs, bénéficient d'exonérations spécifiques pendant cinq ans ; enfin, des dispositifs comme la facilitation de l'épargne ou le rééquilibrage des relations commerciales entre distributeurs et producteurs sont depuis montés en charge.

La solution proposée dans cet article paraît la plus cohérente, sans que l'on renonce pour autant à intégrer à terme les travailleurs saisonniers dans le droit commun des allègements généraux. Ceux-ci, je le rappelle, ont permis de baisser de 42 points les cotisations patronales pour un salarié au SMIC.

Avis défavorable.

Mme Jeanine Dubié. Adopter cet amendement aurait été une façon de clore le débat, mais nous estimons que la prolongation de ce dispositif pour les secteurs de la viticulture et de l'horticulture est déjà une bonne chose.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS882 de M. Jean-Carles Grelier et AS1103 de M. Bernard Perrut.

M. Jean-Carles Grelier. Cet amendement très équilibré – comme généralement tous ceux que propose le groupe Les Républicains –, propose de prolonger ce dispositif jusqu'à 2025. Il s'agit de donner de la visibilité au monde agricole, dont le rythme n'est pas celui, annuel, de nos comptes publics. J'ai bien

entendu que vous refusiez de rendre le dispositif pérenne, monsieur le rapporteur général, nous vous demandons juste de consentir un effort supplémentaire.

M. Bernard Perrut. Tout justifie de prolonger ce dispositif jusqu'en 2025. Les exploitants agricoles, particulièrement dans la viticulture et l'horticulture, ont été impactés par les fermetures administratives des restaurants et des hôtels. Par ailleurs, ils travaillent sur une temporalité qui n'est pas celle du budget et ont besoin d'une certaine visibilité. Enfin, ce dispositif leur permet de tenir face à la concurrence venue de pays européens comme l'Espagne ou l'Italie, où les salaires minimum sont très inférieurs. D'importants syndicats, telle la FNSEA, ont réuni les parlementaires de tous bords à Paris afin d'évoquer leurs préoccupations et nous demander de les soutenir. Il est important de leur donner satisfaction et de prolonger ces exonérations de charges patronales, monsieur le rapporteur général.

M. le rapporteur général. Nous avons déjà modifié ce dispositif en 2019 pour le rapprocher des allègements généraux. J'ajoute qu'en 2011 – cela date, certes –, le comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales a jugé ce dispositif peu efficace.

La commission rejette ces amendements.

Puis elle adopte l'article 13 sans modification.

Après l'article 13

La commission examine l'amendement AS1022 de M. Hervé Pellois.

M. Hervé Pellois. Cet amendement, proposé par le syndicat Jeunes agriculteurs, vise à autoriser le cumul de deux dispositifs, la modulation des taux des cotisations maladie et maternité en fonction des revenus des chefs d'exploitation et l'exonération partielle réservée aux jeunes agriculteurs qui s'installent. Cela mettra fin à des situations où, dans un même GAEC familial, le jeune qui s'est installé depuis plus de trois ans paye davantage de cotisations que ses aînés. Je signale que ce cumul est déjà possible pour les bénéficiaires de l'aide à la création ou à la reprise d'une entreprise.

M. le rapporteur général. Votre amendement, outre le fait qu'il renforcerait encore la spécificité des exonérations pour le secteur agricole, au moment précis où nous prolongeons le dispositif TO-DE d'exonération de charges patronales, me paraît revenir sur un principe général, celui qui consiste à éviter, autant que possible, le cumul des exonérations ciblées.

Les jeunes agriculteurs bénéficient déjà d'une exonération spécifique dont le taux, fixé à 65 % la première année, décroît progressivement pour atteindre 15 % cinq ans après leur installation. Il me semble que cette exonération joue déjà pleinement son rôle dans le renouvellement des générations agricoles.

La seconde exonération, relative aux cotisations famille et maladie pour les exploitants agricoles dont les revenus sont inférieurs à 110 % du plafond annuel de la sécurité sociale, introduite par notre majorité, a permis à plus de 60 % des exploitants agricoles de bénéficier, à revenu équivalent, d'un gain net de pouvoir d'achat entre 2017 et 2018.

D'autres outils, comme un droit d'option entre ces deux exonérations ou un renforcement des primes d'installation pour les jeunes agriculteurs pourraient être étudiés. En l'état, votre dispositif ne me paraît pas répondre au problème de façon adéquate. C'est pourquoi j'émettrai un avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

La commission examine l'amendement AS46 de M. Patrick Hetzel.

M. Alain Ramadier. Cet amendement vise à étendre l'exonération de cotisation patronale aux actions gratuites attribuées par des entreprises de taille intermédiaire (ETI), au sens de l'article 51 de la loi n° 2008-776.

M. le rapporteur général. L'exonération supplémentaire que vous proposez est intéressante. Elle favoriserait le développement des actions gratuites dans les ETI, sur le modèle de ce qui a déjà été développé dans les petites et moyennes entreprises (PME). Cela étant, votre amendement supprime l'éligibilité des PME à ce dispositif. La seule extension aux ETI pourrait avoir des effets de bord que nous ne maîtrisons pas. Par ailleurs, je ne connais pas l'impact qu'aurait cette disposition sur les dépenses sociales.

Pour toutes ces raisons, avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

La commission examine l'amendement AS723 de M. Joël Aviragnet.

Mme Gisèle Biémouret. Cet amendement a un objectif opposé, puisqu'il propose de supprimer le dispositif des actions gratuites voté par la majorité dans la LFSS 2019.

Cette disposition n'avait pas fait l'objet d'une étude d'impact mais, au moment des débats en séance, la perte de recettes avait été chiffrée à 120 millions d'euros par an. Une telle dépense n'est pas justifiée cette année, alors que le déficit de la sécurité sociale repart à la hausse.

Ce dispositif, qui permet l'attribution gratuite d'actions, concerne essentiellement des salariés très bien rémunérés de grands groupes et les dirigeants. Alors que de nouveaux efforts sont demandés à l'hôpital public, aux actifs et aux Français les plus modestes, il n'est pas concevable de maintenir ce cadeau fiscal au bénéfice des plus riches.

La crise sanitaire et économique justifie que chacun fasse preuve de solidarité – les premiers de cordée, plus que les autres.

M. le rapporteur général. Nous avons déjà eu ce débat l'année dernière et l'année précédente. Pour rappel, le taux que vous entendez relever a été abaissé par notre majorité pour des raisons précises. D'abord, il s'agissait du taux antérieur à son relèvement en 2017. Ensuite, la distribution gratuite d'actions aux salariés participe d'une logique qui nous a notamment animés dans l'adoption de la loi pour la croissance et la transformation des entreprises (« PACTE »). Nous souhaitons que les salariés puissent, au sein même de l'entreprise, récupérer leur juste part des profits créés.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. La logique que vous défendez permet aux entreprises de contourner la question du salaire, dont on sait qu'il contient deux parts : la part du salaire mensuel et la part du salaire pour la vie, qui passe par la sécurité sociale. Tout cela n'est pas très sain financièrement et je crois qu'il faudrait effectivement limiter le recours aux actions gratuites pour rémunérer les salariés.

La commission rejette l'amendement.

La commission examine l'amendement AS97 de M. Yves Daniel.

M. Yves Daniel. Les Français s'inquiètent de la désertification rurale, qui concerne à la fois les commerces, les services publics, les médecins, mais aussi les vétérinaires.

La désertification de la médecine vétérinaire d'élevage en zone rurale est un sujet que le ministère de l'agriculture et de l'alimentation suit avec une vigilance particulière, tant elle est déterminante dans le dispositif de sécurité sanitaire, pour la santé animale et la santé publique.

Indéniablement, des conditions professionnelles très difficiles expliquent le désamour des vétérinaires d'élevage pour l'exercice de leur métier à la campagne : cette profession, qui exige un engagement de tous les instants, est particulièrement éreintante. Le résultat est alarmant : seul un vétérinaire sur cinq exerce en milieu rural et le nombre de vétérinaires en exercice libéral a diminué entre 2015 et 2017, notamment dans l'Ouest de la France.

Il faut saluer l'action du Gouvernement, qui s'efforce de répondre à cette situation préoccupante. Mais, dans ce contexte tendu de désertification médicale, il devient urgent d'agir encore davantage, afin d'assurer un égal accès au suivi et aux soins médicaux sur tous les territoires.

En attendant d'autres mesures, cet amendement propose, comme solution à court terme, l'octroi d'une exonération fiscale aux vétérinaires d'élevage retraités. Une telle mesure les encouragerait à prolonger leur exercice.

M. le rapporteur général. Je ne nie pas la réalité du problème. Vous saluez d'ailleurs l'action du Gouvernement pour lutter, plus globalement, contre la désertification des campagnes. Les vétérinaires bénéficient déjà du cumul emploi-retraite ou activité-retraite s'ils décident d'exercer en libéral.

Votre dispositif, qui s'inspire largement de ceux qui ont déjà été proposés par amendement aux PLFSS pour les médecins retraités exerçant en zone sous-dense, ne me paraît toutefois pas recevable. Outre qu'il ne chiffre pas son coût – un reproche que l'on peut d'ailleurs faire à un certain nombre d'amendements d'exonérations de cotisations spécifiques –, il pourrait entraîner des effets d'aubaine majeurs. La limitation que vous introduisez sur les revenus à 90 000 euros ne permet pas de limiter réellement les coûts. Pour toutes ces raisons, j'émettrai un avis défavorable sur cet amendement.

M. Yves Daniel. Il faut un travail de fond pour lutter contre la désertification de la médecine vétérinaire. Je ne retirerai pas mon amendement : il n'est peut-être pas suffisamment chiffré, mais je propose de le retravailler en vue de la séance.

Mme Isabelle Valentin. J'ai reçu des vétérinaires de ma circonscription ce week-end. En zone rurale, ils ont tendance à se regrouper, si bien qu'ils ont un secteur d'intervention de plus en plus large : il leur faut parfois faire une heure et demie à deux heures de route pour une intervention. Cet amendement me semble être un bon moyen d'accompagner la profession et d'éviter l'apparition de déserts vétérinaires dans les zones rurales : nous pourrions y retravailler ensemble.

M. Yves Daniel. Monsieur le rapporteur général, j'aimerais que vous me disiez ce que vous comptez faire pour lutter contre la désertification vétérinaire. Je veux bien retirer cet amendement, à condition de pouvoir le retravailler en vue de la séance.

M. le rapporteur général. Je vous ai indiqué que je craignais un effet d'aubaine. J'ajoute que les dispositions qui ont été prises en loi de financement de la sécurité sociale et par voie réglementaire pour les médecins retraités n'ont pas eu un effet majeur. Je vous invite donc à revenir sur cette question en séance, pour en débattre avec le ministre. Mais, pour l'heure, je maintiens mon avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Réunion du mardi 13 octobre 2020 à 21 heures 30 (après l'article 13 (suite) à après l'article 16 inclus)

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.9642088_5f85feceb9ecb.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2021-su-13-octobre-2020

La commission poursuit l'examen des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 (n° 3397) (M. Thomas Mesnier,

rapporteur général, Mmes Caroline Janvier et Monique Limon, MM. Cyrille Isaac-Sibille et Paul Christophe, rapporteurs).

Après l'article 13 (suite)

La commission est saisie de l'amendement AS520 de M. Jean-Félix Acquaviva.

Mme Jeanine Dubié. Cet amendement vise à étendre les exonérations de charges patronales prévues pour les entreprises implantées en zone de revitalisation rurale (ZRR) à celles situées en zone de développement prioritaire (ZDP), dispositif récemment créé par l'article 135 de la loi de finances pour 2019. La nouvelle ZDP couvre la Corse, île-montagne subissant une double contrainte, où les surcoûts, liés à l'étroitesse du marché, au transport, aux difficultés de recrutement et au surstockage, peuvent peser jusqu'à 9 % du chiffre d'affaires par an par rapport aux entreprises du continent.

Il s'agit de favoriser le développement économique et l'emploi ainsi que d'améliorer le dispositif nouvellement créé, qui, pour le moment, ne rencontre pas un franc succès en raison de la faiblesse des avantages prévus. Cela permettrait de donner aux entreprises insulaires de production et de services une bouffée d'oxygène qui profiterait aussi aux activités du tourisme, affectées par la crise du covid.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général, rapporteur pour l'équilibre, les recettes et la santé. Les entreprises, en Corse comme ailleurs, bénéficient de l'augmentation des allègements généraux votés l'année dernière. Ils se chiffrent à plus de 20 milliards d'euros, notamment avec les allègements de cotisations maladie. Les allègements issus des ZRR peuvent être moins intéressants que ces derniers, puisqu'ils n'intègrent pas l'assurance chômage ou les cotisations de retraite complémentaire.

En outre, la quasi-intégralité de la Corse est couverte par le dispositif de ZRR, ce qui diminue largement l'intérêt de créer un nouveau dispositif.

Enfin, tel qu'adopté en commission des finances, le projet de loi de finances (PLF) pour 2021 permet aux entreprises corses de bénéficier de crédits d'impôts renforcés, notamment pour les activités d'innovation des petites et moyennes entreprises.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Puis elle est saisie de l'amendement AS191 de Mme Corinne Vignon.

Mme Corinne Vignon. Les pédicures-podologues libéraux présentent une double spécificité. D'une part, ce sont les seuls professionnels de santé

conventionnés à acquitter la cotisation maladie la plus élevée, au taux de 9,75 %. D'autre part, ceux d'entre eux qui sont restés au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) s'acquittent d'une cotisation plus élevée que ceux qui ont opté pour la sécurité sociale des indépendants.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 a introduit une taxe additionnelle de 3,25 % applicable aux revenus tirés d'une activité non conventionnée ou aux dépassements d'honoraires, pour les seuls professionnels de santé affiliés au régime PAMC. Cette taxe, qui devait sanctionner les dépassements d'honoraires abusifs, est particulièrement pénalisante pour les pédicures-podologues dont une grande partie de l'activité de soins est hors convention et dont les actes, comme les orthèses plantaires, pourtant remboursées par l'assurance maladie, n'entrent pas non plus dans le champ d'application de la prise en charge. Cela constitue une iniquité entre les professionnels affiliés au PAMC et les autres professionnels de santé, qui en sont exonérés.

La suppression de cette taxe additionnelle vise donc à mettre un terme à cette iniquité.

M. le rapporteur général. La suppression de cette taxe additionnelle introduite en LFSS 2016 fait partie de nos marronniers de l'automne. Enfin un visage familier dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) très singulier !

Cette fiscalité à deux niveaux s'explique simplement : les médecins qui pratiquent des dépassements d'honoraires contribuent à créer une médecine à deux vitesses et diminuent l'accès aux soins de nos concitoyens. Les contraintes qu'implique le conventionnement justifient donc l'existence de cette différence de taux. La meilleure manière de ne pas payer de taxe additionnelle reste de ne pas pratiquer de dépassements d'honoraires.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

L'amendement est retiré.

La commission examine les amendements identiques AS396 de M. Stéphane Claireaux et AS808 de Mme Justine Benin.

Mme Audrey Dufeu. Afin d'accompagner la relance du secteur de la production audiovisuelle dans le contexte de fermeture de France Ô, l'amendement AS396 a pour objet d'inscrire ce secteur dans le barème renforcé du régime d'exonération de charges sociales patronales spécifiques applicables aux entreprises ultramarines, instauré par la loi pour le développement économique des outre-mer de 2009, dite « LODEOM ».

Mme Perrine Goulet. Les pertes de recettes publicitaires énormes subies par les médias de l'audiovisuel en raison du confinement ont fait de celui-ci un secteur sinistré, et plus encore outre-mer où son exclusion du dispositif

d'exonération de charges renforcé de la LODEOM l'avait déjà placé en très grande difficulté. L'amendement AS808 tend à réintégrer les médias audiovisuels – radio et télévision – dans ce dispositif renforcé pour éviter de mettre en péril ces outils essentiels de la démocratie, de la culture et de l'information de proximité, étant entendu que la presse écrite en a bénéficié lors du précédent PLFSS.

M. le rapporteur général. Le dispositif LODEOM a été modifié ces deux dernières années. Simplifié dans la LFSS 2019 à l'occasion de la revue des exonérations spécifiques, il a été étendu à la presse en LFSS 2020, renforçant d'autant l'effort national en faveur des activités économiques en outre-mer. L'intégration du secteur audiovisuel dans le barème renforcé me semble participer de la même logique que celle que nous avons suivie l'année dernière.

Avis favorable.

La commission adopte les amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS152 de M. Didier Le Gac.

M. Didier Le Gac. Le transport maritime sous pavillon français souffre depuis le début de la crise sanitaire, dans un contexte déjà marqué par une forte concurrence internationale. Ainsi, le transport de passagers transmanche a vu son activité réduite jusqu'à 90 % pour certains acteurs. Le fret maritime dans son ensemble est aussi durement touché, alors même qu'il assure le transport de 90 % des marchandises mondiales. Il importe à tout le moins de maintenir la compétitivité internationale des entreprises françaises de transport et de services maritimes.

En 2016, la loi pour l'économie bleue, dite « loi Leroy », avait aménagé un dispositif d'exonération totale des charges patronales selon le principe du *net wage*, ou salaire net, conforme au droit de l'Union européenne en matière de concurrence. La Finlande, le Danemark, l'Allemagne, la Belgique, l'Italie ou le Royaume-Uni pratiquent eux aussi le *net wage* mais de façon intégrale, puisqu'il porte également sur les charges salariales. Compte tenu de la situation des compagnies maritimes françaises, il convient d'étendre l'exonération à la part des cotisations salariales du marin français, et de mettre en place les conditions d'un *net wage* étendu.

M. le rapporteur général. Les entreprises d'armement maritime sont déjà exonérées de cotisations d'allocations familiales et de contribution à l'allocation d'assurance contre le risque de privation d'emploi pour les équipages et les gens de mer qu'elles emploient. En outre, les cotisations des marins et les contributions des armateurs sont assises sur des salaires forfaitaires, et non sur la rémunération réellement versée au salarié. Elles font l'objet d'une exonération totale ou partielle, des contributions patronales.

L'ensemble de ces exonérations a coûté près de 60 millions d'euros en 2019. Ce coût est parfaitement justifié par la concurrence exacerbée au niveau international, mais me semble témoigner du soutien qui existe déjà pour ces entreprises.

S'agissant des conséquences du covid et de la situation du secteur, outre le recours au chômage partiel et aux prêts garantis par l'État pour plus de 120 millions d'euros, le Premier ministre a annoncé, le 15 septembre dernier, un remboursement de l'ensemble des cotisations salariales pour l'exercice 2021, pour un montant supplémentaire de 15 millions d'euros.

Je vous invite donc à retirer votre amendement, afin d'avoir, le cas échéant, le débat en séance avec le Gouvernement.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Je soutiens cet amendement, d'ailleurs cosigné par plusieurs députés. Le transport maritime, et les ferries transmanche en particulier, non seulement pâtissent de la crise du covid, qui a fait disparaître 90 % de leur activité, mais du fait de leurs relations avec nos partenaires britanniques, ils sont aussi confrontés au Brexit.

Il faut soutenir le pavillon français pour maintenir un lien commercial et touristique avec les îles britanniques et, plus au sud, avec d'autres pays. Les touristes anglais qui viennent en France consomment, et bien au-delà des villes d'accostage et du bord de mer. Ils aiment ainsi beaucoup la Dordogne ou le Luberon. À travers cet amendement, c'est aussi un soutien nécessaire, utile et reconnu de tous qui serait apporté au secteur touristique.

M. Didier Le Gac. Bien sûr, des aides ponctuelles – prêts garantis par l'État, chômage partiel – ont été débloquées en lien avec la crise du coronavirus, mais c'est le cas pour toutes les entreprises françaises. Il ne faut pas oublier que le transport maritime souffre d'une situation très particulière : la concurrence déloyale d'autres compagnies européennes, appliquant pourtant le droit communautaire. Nous plaçons donc pour une exonération de l'intégralité des charges patronales et salariales. J'espère que nous pourrions avoir ce débat en séance, si possible avec la ministre de tutelle.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS988 de M. Sébastien Jumel.

M. Pierre Dharréville. Sébastien Jumel et Fabien Roussel se préoccupent également des entreprises opérant les liaisons transmanche. Par cet amendement d'appel, ils proposent de donner une suite à l'engagement que le Premier ministre a pris lors de la séance de questions au Gouvernement du 15 septembre dernier, et de le traduire sous la forme d'une aide au paiement.

M. le rapporteur général. De même qu'il me paraissait anticipé d'envisager l'exonération de cotisations sociales salariales dans ce secteur, de même je le pense s'agissant de votre demande d'aide au paiement. Je suis néanmoins conscient des difficultés majeures des entreprises de l'armement maritime. Je vous propose de retirer votre amendement et de poursuivre ce débat en séance, en présence des ministres.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS294 de M. Charles de Courson.

Mme Jeanine Dubié. Pour les exploitants agricoles ayant subi des pertes importantes pendant la période de confinement, la troisième loi de finances rectificative de 2020 a prévu la possibilité d'opter pour le calcul des cotisations dues au titre de 2020 sur le revenu professionnel de l'année 2020. Toutefois, pour de nombreux exploitants, les pertes résultant de la crise sanitaire seront constatées dans les bilans clos en 2021, notamment quand l'exercice ne coïncide pas avec l'année civile.

Asseoir les cotisations sur les revenus contemporains est le meilleur moyen d'adapter leur montant aux capacités réelles des exploitants et de tenir compte de la grande hétérogénéité des impacts économiques du covid-19 en agriculture.

M. le rapporteur général. Le système que votre amendement reprend de la troisième loi de finances rectificative permet aux exploitants agricoles de calculer leurs revenus pour l'année 2020 sur la base des revenus de l'année 2020 afin de prendre en compte la baisse d'activité tout en évitant de réduire leurs droits contributifs.

Les exploitants agricoles peuvent bénéficier, sur droit d'option, du calcul de leur assiette sur les revenus de l'année n-1, et non pas des trois années précédentes. Il ne me revient pas de donner des conseils, mais les exploitants qui ont été particulièrement touchés par la crise sanitaire et économique en 2020 auront sans doute intérêt à recourir à cette assiette annuelle en 2021. Pour ce faire, il suffit d'envoyer un formulaire à la mutualité sociale agricole (MSA) avant le 30 juin, l'assiette annuelle prenant effet à compter de l'année au cours de laquelle est intervenue la demande.

En outre, il n'existe aucune obligation quant à la date de clôture obligatoire des comptes pour les exploitants agricoles, sauf fourniture d'un arrêté fiscal intermédiaire au 31 décembre quand l'exercice n'est pas encore clos. Les exploitants peuvent donc déjà adapter la tenue de leurs comptes à leurs revenus pour ces années particulières. Le droit d'option me semble donc régler le problème, réel, que vous soulevez.

À l'inverse, bien que les réflexions doivent se poursuivre sur la contemporanéisation du calcul des revenus pour les cotisations des travailleurs indépendants agricoles ou non agricoles, l'option que vous proposez complexifie le paysage de la récupération des cotisations et reporte en 2022 l'effet potentiellement massif de régularisation.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Chapitre II

Poursuivre les simplifications pour les acteurs de l'économie

Article 14

Clarification des règles d'affiliation et simplification des démarches déclaratives et de paiement des cotisations des activités issues de l'économie collaborative

*La commission **adopte** l'article 14 sans modification.*

Article 15

Simplifier les démarches déclaratives des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants agricoles

La commission est saisie de l'amendement de suppression AS1113 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Quelle drôle de façon de faire que de moderniser en créant une obligation de déclaration en ligne, adossée à un malus pour les personnes qui ne s'y plieraient pas ! Pour certains, la déclaration en ligne peut être une source de complexification des démarches. Le Président a beau avoir fait part de sa volonté de développer la 5G, l'ensemble du territoire n'a pas encore un accès facile à internet !

L'obligation déclarative doublée d'un malus se distingue, par son esprit orwellien, du traitement réservé aux entreprises en matière d'égalité salariale : qu'elles remplissent quelques conditions, et elles bénéficient d'un bonus – ces exonérations de cotisations auxquelles nous sommes absolument opposés !

Cette façon de conférer un caractère punitif aux cotisations complique n'incite pas les personnes à déclarer correctement leurs revenus. Comment leur faire comprendre qu'il s'agit d'un salaire différé, qui bénéficie à toutes et tous, si l'on s'en sert de levier pour punir ? C'est pourquoi nous souhaitons supprimer cet article.

M. le rapporteur général. L'article n'impose pas l'obligation de dématérialisation – elle existe depuis 2015. Il s'agit ici simplement de simplifier les modalités déclaratives en unifiant la déclaration rendue à la MSA, une mesure qui paraît bienvenue pour les déclarants agricoles.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Puis elle est saisie de l'amendement AS546 de Mme Jeanine Dubié.

Mme Jeanine Dubié. Il s'agit de revenir sur l'obligation de déclarer les cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants agricoles par voie

dématérialisée. Les disparités d'accès aux solutions numériques sont bien réelles, et encore renforcées par une fracture territoriale qui désavantage les zones rurales : 7 millions de personnes sont encore privées d'un accès de qualité minimale à internet.

M. le rapporteur général. Plus de 85 % des agriculteurs procèdent déjà par voie dématérialisée et cela ne soulève pas de difficultés, d'autant que les agences MSA sont attentives à la situation des déclarants.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS611 de Mme Delphine Bagarry.

Mme Delphine Bagarry. Nous souscrivons à cette simplification des démarches administratives des travailleurs indépendants agricoles par la réunion en une seule de la déclaration sociale et de la déclaration fiscale.

Il nous apparaîtrait comme une plus grande simplification encore que les informations soient automatiquement transmises par la direction générale des finances publiques à la MSA, avec l'autorisation du déclarant.

M. le rapporteur général. Votre amendement n'opère pas la simplification que vous évoquez. En soumettant la transmission des informations nécessaires au calcul de l'assiette sociale des déclarants par la MSA à l'autorisation de ces derniers, il leur laisse la possibilité de s'opposer au calcul de leurs cotisations, et donc à leur paiement.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle est saisie de l'amendement AS1119 de M. Michel Larive.

Mme Caroline Fiat. Sous couvert de modernisation, les chefs d'exploitation devront déclarer leurs revenus en ligne, sous peine de connaître une augmentation de leurs cotisations. Ce caractère punitif des cotisations est proprement aberrant. Pire encore, il est infantilisant : les indépendants agricoles ne sont pas des enfants que l'on doit mener à la baguette !

Il est nécessaire de faire preuve d'un peu plus de discernement : des difficultés réelles peuvent se cacher derrière l'impossibilité de déclarer ses revenus en ligne. Cet article devrait *a minima* assurer une formation au numérique des indépendants agricoles et assurer la fourniture d'un accès internet à ceux qui le demandent.

M. le rapporteur général. La MSA a bien pris en compte ces craintes. Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 15 sans modification.*

Chapitre III **Créer la nouvelle branche autonomie**

Article 16

Gouvernance de la nouvelle branche de sécurité sociale pour le soutien à l'autonomie

La commission est saisie de l'amendement de suppression AS1169 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Pourquoi créer une nouvelle branche de la sécurité sociale, si, immédiatement, vous désocialisez son fonctionnement en lui attribuant un impôt comme source de financement pérenne ? Quel est l'intérêt si cela a pour conséquence la stabilité de son budget ? En l'état, cette création relève de la pure communication. Pire, les compétences de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) telles que prévues par le projet de loi semblent surtout relever d'une volonté de rationaliser les coûts.

Mme Caroline Janvier, rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. L'article 16 pose les premiers jalons de la cinquième branche de la sécurité sociale que nous avons créée il y a quelques semaines. La France insoumise est le seul groupe à avoir déposé un amendement de suppression. C'est regrettable, car nous partageons tous l'ambition d'une grande politique de soutien à l'autonomie.

Contrairement à ce que laissent entendre vos propos, l'article 16 ne porte pas sur le financement de la cinquième branche, abordé à l'article 18, mais sur sa gouvernance. Il est fondamental en ce qu'il transpose le patrimoine commun de la sécurité sociale à cette cinquième branche. Il n'est pas souhaitable de revenir sur ce principe.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Elle examine ensuite l'amendement AS130 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. J'ai déjà dit ce que nous pensions de cette décision « historique ». Puisqu'il s'agit ici de définir les missions et l'architecture de la branche, je formule des propositions.

Le premier des objectifs de la branche devrait être de coordonner un service public décentralisé de l'autonomie. La création de celle-ci doit s'appuyer sur l'ambition politique forte de garantir à chacun un droit universel à l'autonomie. Il

faut construire un service public de l'autonomie décentralisé sur tout le territoire, dont les missions principales seraient la prévention, l'octroi des prestations et l'information des assurés.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Je vous rejoins sur l'ambition d'une politique forte en matière d'autonomie. En revanche, la configuration territoriale de ce service public n'est pas encore tout à fait arrêtée. Dans son rapport, Laurent Vachey propose différents scénarios et souhaite s'en tenir à une organisation duale reposant sur les collectivités – les départements – et les agences régionales de santé (ARS) – services déconcentrés. Cette proposition me paraît raisonnable et réaliste. Votre amendement, en mentionnant un service public « décentralisé », pourrait écarter les ARS, ce qui ne semble pas pertinent. En outre, nous aurons aussi besoin des opérateurs privés.

La rédaction de l'alinéa 5 est préférable, qui confie à la CNSA la mission de piloter et de coordonner l'ensemble des acteurs participant à la mise en œuvre des politiques de soutien à l'autonomie. Nous pourrions aller plus loin dans le cadre du « Laroque de l'autonomie » et du projet de loi « Grand âge et autonomie ».

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Il nous semble important d'inscrire dans les missions de la branche cette ambition et cette attention au service public. Nous ne nions pas le rôle des départements, mais estimons qu'il ne faut pas découpler le service de sa prise en charge. Au contraire, il faut mieux connecter les deux.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS131 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Le premier objectif indiqué dans l'article est de veiller à l'équilibre financier de la branche. J'aurais préféré qu'on affiche une véritable ambition de réponse aux besoins. De fait, nous ne savons toujours pas quels sont les objectifs sociaux poursuivis par la branche.

Nous proposons donc d'inscrire dans la loi le droit universel à l'autonomie en garantissant à chacun, et dans les mêmes conditions, l'accès aux prestations d'autonomie, le libre choix des personnes sur le maintien à domicile et la réduction des restes à charge en établissement pour les assurés. Il importe de préciser dans la loi les progrès que la création de cette branche pourrait apporter.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Sur le fond, je ne peux que vous rejoindre : il s'agit bien de garantir les mêmes droits à nos concitoyens et de leur offrir les mêmes possibilités de choix : rester vivre chez eux ou entrer en établissement médico-social. Le renforcement du pilotage de la CNSA devra permettre de faire converger les pratiques entre départements et, ainsi, de réduire les disparités territoriales.

Pour autant, si quelqu'un doit établir un droit universel, ce n'est pas à une caisse de sécurité sociale – et donc pas la CNSA – de le faire, mais bien au législateur, mais pas dans le cadre du PLFSS.

Demande de retrait ou avis défavorable.

M. Thibault Bazin. L'amendement de notre collègue Dharréville soulève une question fondamentale : l'attente d'une équité de traitement. La façon dont la gouvernance de cette branche autonomie sera organisée induira forcément une équité ou une inéquité territoriale. Comme nous le constatons avec les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), le traitement du handicap diffère complètement selon les départements, ce qui entraîne une inéquité de traitement, à la différence du versement des prestations familiales, dont le traitement est plutôt national, donc plutôt juste.

Si nous voulons tous l'équité, il faut que la gouvernance de la branche en soit partie prenante.

M. Pierre Dharréville. Je n'étais pas très favorable à la création de cette branche, selon moi un geste politique symbolique, selon vous, « historique ». Vous avez renvoyé la suite au PLFSS ; or le compte n'y est pas, ce que je regrette. Je crains que ce que nous avons appelé une coquille vide ne le reste. Si ce n'est pas à nous de nous en saisir dans ce texte, quand le fera-t-on ? Quelque chose ne tourne pas rond dans cette mécanique !

Vous proposez que cette caisse garantisse les mêmes droits ; je propose, quant à moi, qu'elle garantisse des droits plus élevés, ce qui n'exclut pas leur universalité. Je souhaite, en quelque sorte, fixer un objectif de progrès social.

Mme Jeanine Dubié. Je soutiens cet amendement, dont la rédaction permet de traiter deux questions. Tout d'abord, la réduction du reste à charge : le vrai progrès, c'est la prestation universelle autonomie, c'est qu'une personne, quels que soient son lieu de résidence et son âge, puisse bénéficier d'une telle prestation. Ensuite, le traitement équitable sur l'ensemble du territoire.

Je crains que cette cinquième branche ne passe à côté de ces questions et ne permette pas de résoudre les problèmes auxquels sont confrontés les bénéficiaires et les familles pour assumer le reste à charge et pour bénéficier de plans d'aide correspondant à leur état de dépendance.

Mme Monique Iborra. N'oublions pas que le PLFSS est un document budgétaire. On peut certes le regretter et juger qu'il aurait été préférable de discuter avant de la loi sur l'autonomie et le grand âge, du contenu avant le contenant, mais il n'est pas possible de transformer la branche en ce qu'elle n'est pas. Ce document budgétaire est appelé à évoluer en fonction de la loi qui sera votée.

Une dotation de 31 milliards d'euros, ce n'est pas rien ! J'entends que cette façon de procéder soit peut-être insatisfaisante mais, un peu de patience, la loi à

venir alimentera cette branche plus qu'elle ne l'est aujourd'hui en tant que simple support.

M. Jean-Carles Grelier. Les propos de Mme Iborra soulèvent la question de la méthode de travail parlementaire. Nous avons voté pendant l'été la création d'une cinquième branche dont on ne savait pas ce qu'elle contiendrait et on nous a demandé d'attendre la remise du rapport de M. Vachey, ce qui a été fait à la fin de l'été. On nous demande maintenant d'adopter ici ou là dans le PLFSS des dispositions relatives au fonctionnement, à la gouvernance, au financement de cette cinquième branche sans que les conclusions issues de la lecture du rapport Vachey aient été arrêtées et que les orientations aient été fixées.

Depuis le début, on met la charrue avant les bœufs ! Sans doute aurait-il fallu d'abord discuter la loi sur l'autonomie et le grand âge puisque c'est elle qui définira la gouvernance de la caisse, l'organisation territoriale et les moyens de financement, afin que nous puissions ensuite en tirer les conséquences.

Comme vous l'avez fait lors de la discussion du principe de la création de cette branche, vous nous demandez de trancher des débats qui n'ont pas encore eu lieu et dont nous ne disposons ni des tenants ni des aboutissants.

Peut-être certains, dans la majorité, peuvent-ils le dire, mais moi je ne sais pas ce que seront les choix et les orientations du Gouvernement en matière d'autonomie, de dépendance, de gouvernance, de financement et de territorialité.

Mme Monique Iborra. Nous en avons tout de même une petite idée !

M. Jean-Carles Grelier. Vous oui, mais pas nous !

Cette méthode, qui consiste à organiser d'abord un débat sur le principe de cette création, puis sur des aspects mineurs du financement, est tout de même un peu curieuse.

M. Pierre Dharréville. L'article 16 énonce : « *I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié [...] : "La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie gère la branche [...] et, à cet effet, a pour rôle..."* ». S'ensuit une liste de missions que le Gouvernement a décidé de définir dans ce PLFSS.

Soit le débat est ouvert, soit il ne l'est pas ; soit nous savons où nous allons, nous connaissons les objectifs poursuivis, soit nous en restons à ceux qui sont inscrits dans le PLFSS : « *veiller à l'équilibre financier* » de cette branche – cet objectif numéro un fait rêver –, « *piloter et assurer l'animation et la coordination, dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie* », « *contribuer [...] au financement de la prévention de la perte d'autonomie* », « *contribuer à l'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches aidants* », « *contribuer à la recherche et à l'innovation dans le champ du soutien à l'autonomie* ».

Je considère que tout cela n'est pas à la hauteur. Comme je le craignais, l'ambition politique n'est pas au rendez-vous.

M. Thibault Bazin. La couverture de ce cinquième risque est attendue depuis longtemps, et vous faites croire à nos compatriotes que le problème est résolu. La communication gouvernementale a fait valoir une création « historique » ! Or créer une branche sans lui donner la sève qui lui permettra de vivre, c'est un problème !

De plus, la question de l'équilibre et du champ de compétence, en la matière, se pose toujours, à moins de vouloir déshabiller Pierre pour habiller Paul. Le risque est grand, en l'occurrence, de faire un faux départ. Ce n'est pas dans quinze ans que les besoins seront criants en matière d'autonomie : ils le sont déjà. Se donne-t-on les moyens de couvrir ce risque à partir d'objectifs que nous fixons maintenant ou bien en appelle-t-on au contexte – la covid-19, les difficultés budgétaires... ? Dans ce cas-là, je ne suis pas persuadé qu'il soit opportun de dire que vous créez cette branche sans la créer vraiment. Si nous le faisons, faisons-le réellement et fixons des objectifs, sinon, cela n'aura pas de sens !

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. On peut toujours avoir un œil critique : rien n'est parfait. Nous travaillons depuis deux ans au projet de loi sur l'autonomie et le grand âge ; il y a eu le rapport Libault, une réflexion de fond a été menée, etc. Maintenant, nous sommes sur la dernière ligne droite, majorité et oppositions attendent d'interpeler le Gouvernement sur un texte qui ne saurait tarder à être présenté. Tous ces travaux ont permis de montrer à nos concitoyens que la réflexion est solide, que le projet de loi sera concrétisé, et que nous en posons en ce moment la première pierre, même s'il n'est pas encore formalisé.

La question de la gouvernance, en particulier, est complexe, les enjeux sont nombreux et de toutes sortes, y compris politiques. Nous avons donc besoin de temps – le rapport Libault préconise d'ailleurs des expérimentations. La CNSA connaît déjà ses missions – information, coordination, supervision – et il convient maintenant de lui donner les moyens financiers lui permettant de continuer à les assurer, puis, d'aller ensuite plus loin dans la déclinaison et la répartition des rôles de chacun.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Tout le monde souhaite la création de cette cinquième branche.

Je rappelle que la création de la sécurité sociale, en 1945, ne s'est pas faite en six mois mais qu'il a fallu quatre ans : d'abord, l'assurance maladie, puis l'assurance retraite... Et vous voudriez que nous créions cette cinquième branche en trois mois ? Non !

J'entends les oppositions : selon M. Grelier, le projet est vide, selon M. Dharréville, tout est déjà écrit. Nous devons surtout le construire peu à peu : la cinquième branche a été créée en juillet, nous commençons à la financer, et la grande loi sur l'autonomie et le grand âge qui sera discutée dans quelques mois

permettra de parachever ce financement. Tout ne peut pas se faire en quelques mois, même si je comprends votre impatience.

Mme Annie Vidal. Nous regrettons tous que cette loi sur le grand âge et l'autonomie ne soit pas encore inscrite à notre agenda parlementaire, pour autant, la politique de l'autonomie ne saurait être décidée subrepticement aujourd'hui : elle a été définie dans la loi d'adaptation de la société au vieillissement et force est de constater qu'elle mérite d'être confirmée et renforcée.

Nous connaissons les points d'achoppement, qui concernent essentiellement la gouvernance et le financement.

La création de cette cinquième branche témoigne de notre volonté de renforcer la politique de l'autonomie. Nous reconnaissons ainsi le risque de la dépendance à part entière ainsi que sa prise en charge, pour partie, par la solidarité nationale, en adéquation avec la transition démographique engagée – le choc démographique se produira en 2030, autant dire, demain. Nous posons donc des fondations, et j'ai du mal à entendre parler de « coquille vide ».

M. Paul Christophe. M. Bazin affirme que nous créerions cette branche sans la créer. Il ne faut pas tromper les Français ! Au mois de juillet, nous avons balisé un chemin vers la création de cette cinquième branche et la prise en compte de ce risque.

Ce balisage reposait sur une loi organique et sur une loi ordinaire offrant les conditions pour que ce PLFSS s'enrichisse d'éléments permettant de faire vivre cette branche. La troisième étape, c'est celle de la fameuse loi évoquée par Mme Vidal. Nous ne savons pas comment elle s'intitulera au final mais j'appelle votre attention : l'autonomie concerne certes le vieillissement mais, aussi, le handicap ; la dépendance est une perte, mais l'autonomie est un gain.

Nous poursuivons notre engagement à procéder par étapes, en trois séquences. Ce PLFSS valide la deuxième. Quelle perte de temps si nous avons commencé par la loi sur le grand âge et l'autonomie pour attendre ensuite le PLFSS 2022 ! Nous validons des éléments stratégiques en rapport avec cette loi, et cette « préemption » a tout son sens dans le cadre du travail parlementaire.

Mme Véronique Hammerer. Cet amendement a toute sa place dans la loi sur le grand âge et l'autonomie. Il est vrai que nous procédons d'une manière qui n'est pas tout à fait normale, mais sans doute parce que nous faisons de la politique autrement.

Mme Iborra a peut-être raison, nous aurions pu commencer par l'examen de ce projet de loi. Nous avons toutefois commencé par les fondations en posant le principe de la création de la cinquième branche, puis, ce PLFSS construit les murs et le toit et, ensuite, la loi aménagera l'intérieur de la maison.

Profitons donc de ce moment en effet historique pour donner du contenu à ce PLFSS et, ensuite, disposer d'une loi qui en soit à la hauteur !

Mme Jeanine Dubié. Je ne dis pas que rien n'est fait. Tel qu'il est rédigé, l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles dispose que la CNSA a pour missions *« de contribuer au financement de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, à domicile et en établissement, ainsi qu'au financement du soutien des proches aidants, dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire »*.

Avec le 3° de l'article 16, vous avez changé l'ordre des mots mais vous dites exactement la même chose. Si cette cinquième branche doit avoir du sens, ce n'est pas « contribuer au financement » qu'il conviendrait d'écrire, mais « financer ». C'est cela, la différence importante, la prestation universelle attendue par tous, le financement à caractère national !

En l'occurrence, le dispositif reste le même, avec des contributions variables des départements et avec des plans d'aide élaborés, non en fonction de la situation des personnes, mais des capacités financières des départements.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. M. Dharréville, notamment, s'est interrogé sur l'équilibre financier de cette branche. La question se pose pour toutes les caisses nationales de sécurité sociale. Cette interrogation prouve à quel point la CNSA accède au statut de caisse, ce qui renforce ses prérogatives et ses missions.

De plus, le droit universel aux soins, par exemple, ne fait pas partie des missions de la Caisse nationale d'assurance maladie et il n'est pas étonnant que le droit universel à l'autonomie ne figure pas parmi celles de la CNSA. Nous avons configuré et défini les missions de cette nouvelle branche sur le même modèle que celui des autres branches, ni plus ni moins, ce qui me semble assez cohérent avec ce qui a été fait il y a soixante-dix ans avec la création de la sécurité sociale.

Enfin, concernant la question de l'équité, je vous renvoie notamment aux alinéas 5 et 6 de cet article, où figure respectivement la garantie de l'équité et d'une « répartition équitable ». L'équité est donc bien au cœur des missions de la CNSA.

En effet, madame Dubié – je vous renvoie aux annexes du PLFSS – la CNSA finance les dépenses en faveur du soutien à l'autonomie à hauteur de 52 %, contre 49 % avant la création de la cinquième branche et, comme vous le savez, les départements, l'État et d'autres branches de la sécurité sociale participent également à ce financement. La loi sur le grand âge et l'autonomie entraînera des évolutions mais la situation actuelle est ainsi.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS912 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. À l'alinéa 5, cet amendement vise à substituer aux mots « l'équité et l'efficacité » les mots « l'égalité et la qualité ». Le terme « égalité » figure d'ailleurs dans le texte en vigueur, tel que l'a cité Mme Dubié.

L'équité et l'égalité, ce n'est pas tout à fait pareil. Cet amendement a le mérite de la cohérence puisqu'il est conforme, peu ou prou, aux objectifs fixés par le rapport Vachey. L'équité et la simplification y figuraient-elles ? Ces objectifs me paraissent très insuffisants.

Je confirme à Mme Hammerer que nous faisons de la politique autrement, mais je ne m'engagerai pas dans de trop longues démonstrations.

Enfin, ces amendements ne visent pas à repousser ce projet aux calendes grecques : il s'agit, au contraire, d'acter dès aujourd'hui un certain nombre de choses. Je ne vois pas ce qui pourrait nous retenir de le faire, car nous devons afficher le plus rapidement possible des objectifs ambitieux.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. La mention de l'équité me paraît plus adéquate que celle d'égalité, car elle correspond à des besoins singuliers et personnels, les personnes en perte d'autonomie vivant des situations différentes. Tel est également le cas des personnes bénéficiant d'une prestation comme l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH) : personnalisées, celles-ci ne sont pas égales mais équitables.

Je ne crois pas que l'efficacité et la qualité soient incompatibles. La première consiste à délivrer le meilleur service possible en fonction des moyens dont on dispose. Il est vrai que, dans l'actualité récente, la notion d'efficacité a parfois été associée à une baisse des moyens – et c'est cette efficacité « par le bas » qu'il faut éviter – mais il est possible de rendre une action plus efficace en améliorant la qualité du service rendu. C'est d'ailleurs l'ADN même de la sécurité sociale, qui publie chaque année des programmes de qualité et d'efficacité.

La notion de qualité étant intéressante, je vous propose de retravailler votre amendement, monsieur Dharréville, et de le défendre en séance publique en y associant celles de l'efficacité et de l'équité, sans la notion d'égalité.

M. Thibault Bazin. Les amendements de notre collègue Dharréville soulèvent de bonnes questions.

J'ai bien compris que nous discutons d'un PLFSS, mais c'est vous qui y avez inclus un article sur la gouvernance de la branche autonomie. J'ai relu vingt fois cet alinéa 5 et j'ai du mal à comprendre où vous voulez en venir. « *Piloter et assurer l'animation et la coordination* » des acteurs, cela se fera-t-il sur le plan national ? Qu'en sera-t-il, dès lors, des conseils départementaux, qui sont aujourd'hui leurs principaux interlocuteurs ?

Vous évoquez également les « systèmes d'information ». Cela signifie-t-il qu'il en sera avec la branche autonomie comme avec le handicap, où nous ne parvenons pas à connaître les besoins sur le plan national ? J'ai besoin de comprendre, car la sémantique a des incidences pratiques. Plusieurs systèmes d'information seront-ils utilisés ou bien un seul ? J'espère que les amendements qui s'imposent seront recevables d'ici à la séance publique.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Elle examine ensuite l'amendement AS1029 de Mme Monique Iborra.

Mme Monique Iborra. Après le mot « équité », nous souhaitons préciser « notamment territoriale ». La CNSA ayant pour mission de garantir l'équité ou l'égalité et l'efficience de la prise en charge des publics concernés, il conviendra de revoir la gouvernance locale de la politique de l'autonomie ou, à tout le moins, d'en débattre dans le cadre de la future loi sur le grand âge et l'autonomie.

Avec l'ensemble des personnels et de nos concitoyens, nous constatons des inégalités départementales et infra-départementales en raison de choix politiques légitimement différents, mais aussi de ressources inégales.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Vous avez raison, cette question d'équité territoriale est bien au centre de nos discussions car, comme vous l'avez rappelé, les départements n'ont pas la même politique en matière d'autonomie, ce qui explique une partie des différences entre eux.

Cette question fera bien partie des missions d'animation et de coordination des acteurs que vous avez évoquées, monsieur Bazin, mais une telle précision me paraissant pertinente, je suis favorable à l'adoption de l'amendement de Mme Iborra.

M. Thibault Bazin. Prenons garde à ce que nous sommes en train de faire !

Si les dotations varient selon les territoires, dont les politiques sont diverses, la comparaison sera-t-elle fonction des revenus ou des actions menées ? Les prises en charge de la perte d'autonomie étant variables, quel sera le mètre étalon de la CNSA ? Je pense, quant à moi, que l'autonomie relève de la solidarité nationale et je ne vois pas quel sera le fonctionnement de la CNSA à partir de cette notion d'équité territoriale. Quel en sera le critère ? La prise en charge de l'autonomie risque d'être à plusieurs vitesses alors que, collectivement, nous ne le voulons pas.

Cet amendement révèle l'une des failles de votre projet. Il convient d'abord de définir des objectifs sur le plan national avant d'en écrire les déclinaisons. On a presque l'impression qu'il y aura des appels à projets !

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

Puis elle examine l'amendement AS927 de Mme Stéphanie Atger.

M. Thierry Michels. Dans le cadre de la création de la cinquième branche, la CNSA se voit confier de nouvelles missions, notamment dans les champs de l'animation, de la coordination mais aussi de l'information. Cet amendement vise à préciser son action en lui confiant la mission de coordonner les politiques de la bientraitance et du respect des droits des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle pourra ainsi s'appuyer sur la commission pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance, installée le 19 mars 2018 dans le cadre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

La maltraitance est une réalité pour de nombreuses personnes âgées dépendantes, mais aussi pour celles souffrant d'un handicap psychologique, physique ou financier. En 2019, la plateforme 3977 a reçu 25 000 appels. Le dispositif national a documenté plus de 4 200 situations de maltraitance, qui ont donné lieu à 28 000 interventions d'accompagnement et à 6 000 actions individuelles.

Il est donc urgent que les pouvoirs publics, à travers la CNSA, se saisissent pleinement de cette question, qui pourra intégrer la formation des personnels, en lien avec les personnes dépendantes.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. La promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance sont forcément des objectifs prioritaires mais ils me semblent satisfaits. Cet article, en effet, permet également de rationaliser et de recentrer les missions de la CNSA autour de six axes stratégiques en lieu et place des dix-sept missions qui lui ont été confiées depuis sa création en 2004 et qui étaient, en fin de compte, source de confusion.

Plusieurs alinéas de cet article concernent la bientraitance, dont l'expertise et la formation mentionnées à l'alinéa 5. Si M. Dharréville soutient en séance publique un amendement mentionnant la notion de « qualité », la bientraitance en fera partie d'une manière encore plus large.

Avis défavorable ou demande de retrait.

Mme Annie Vidal. Je profite de cet amendement pour signaler les travaux du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge qui, sous les auspices de Mme la ministre Buzyn et de Mme la secrétaire d'État Cluzel, a missionné l'an dernier M. Piveteau pour rédiger un rapport sur cette question de la promotion de la bientraitance.

Nous sommes dans la deuxième phase des travaux, consistant à définir ce qu'est la maltraitance et à proposer des actions ciblées en fonction de sa typologie. Nous nous inscrivons donc dans une démarche « qualité » sous le principe de la conférence de consensus, la première ayant eu lieu il y a quinze jours.

Mme Caroline Fiat. Mme la rapporteure a parlé de formation et de qualité. Je tiens à rappeler que les professionnels de santé qui travaillent auprès des

personnes âgées ou handicapées disposent déjà d'une très bonne formation et que la définition de la qualité repose déjà sur un grand nombre de critères.

Pour faire face à la maltraitance institutionnelle, nous manquons de moyens, souvent humains. Dans un rapport que Monique Iborra et moi-même avons rendu en mars 2018, nous avons proposé la définition d'un ratio minimal permettant aux professionnels de travailler correctement. Il est regrettable que cela ne figure pas dans le PLFSS.

M. Brahim Hammouche. Dans mon rapport budgétaire pour avis sur la mission *Solidarité, insertion et égalité des chances*, il y a deux ans, j'avais appelé l'attention sur la promotion de la bientraitance, notamment la lutte contre la maltraitance, en particulier institutionnelle.

Nommer les choses permet au moins de définir une orientation, qui dépasse très largement les critères de qualité ou d'orientation budgétaire, et constitue un véritable repère pour les professionnels, leur permettant ainsi de prévenir le *burn out* lorsque survient une dissonance entre les valeurs d'un métier et ce que peut être la réalité du terrain, dans l'urgence et le manque de moyens.

Les mots sont aussi un remède, tout comme la libération de la parole, afin de préserver ces professionnels d'une maltraitance insidieuse ou parfois même explicite.

Cet amendement va dans le sens de la qualité et du sens des actions menées quotidiennement.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine les amendements identiques AS314 de M. Charles de Courson, AS407 de Mme Jeanine Dubié et AS916 de M. Pierre Dharréville.

Mme Jeanine Dubié. Par les amendements AS314 et AS407, nous souhaitons ajouter aux missions de la CNSA l'accompagnement et l'appui aux maisons départementales de l'autonomie (MDA) ainsi que l'évaluation de leur contribution à la politique de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées. Cet aspect paraît avoir été oublié.

M. Pierre Dharréville. Je suis également attaché à la définition précise des missions de la CNSA.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. L'article 16 simplifie et renforce les missions de la CNSA en remplaçant les dix-sept missions prévues par six axes. Ils recouvrent la bientraitance et l'animation et la coordination des acteurs qui concourent au soutien à l'autonomie, dont font partie les MDA. Comme le propose le rapport Vachey, le rôle qui leur sera confié par le futur projet de loi sur le grand âge et l'autonomie devra aller plus loin.

Ces amendements étant satisfaits par l'alinéa 5, je suggère leur retrait ; à défaut, avis défavorable.

*La commission **rejette** les amendements identiques.*

Elle examine ensuite l'amendement AS809 de Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. Nous souhaitons préciser que la CNSA doit veiller à assurer « *une offre complète, équitablement répartie entre tous les territoires y compris les outre-mer* ».

Les outre-mer font partie du territoire de la République, mais il est très souvent nécessaire de prévoir des adaptations aux lois que nous votons. C'est pourquoi les députés ultramarins demandent que ces territoires soient expressément mentionnés chaque fois que c'est possible.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Je crains que votre amendement n'ait l'effet inverse de celui que vous recherchez. Bien évidemment, le territoire national inclut les outre-mer. Et la notion de répartition équitable vise à prendre en compte la situation de chaque territoire, y compris ultramarin.

Par ailleurs, la rédaction de votre amendement introduirait un contresens puisque son adoption aboutirait à charger la CNSA de « contribuer, en assurant une offre complète », ce qui est contradictoire.

Avis défavorable.

Mme Justine Benin. Les outre-mer font partie de la République, une et indivisible, mais comme tous les députés qui connaissent bien ces territoires, je sais qu'il faut souvent y faire des adaptations, prévoir des ordonnances ou insérer des dispositions spéciales dans les projets de loi. À défaut, l'équité n'est pas assurée.

M. Thibault Bazin. Lorsque Mme Iborra a fait la même proposition dans un amendement précédent, la rapporteure l'a acceptée. L'argumentaire pour rejeter cet amendement correspond exactement à l'alerte que j'ai lancée concernant celui de Mme Iborra. Je suis très inquiet de ce que recouvre le projet pour la branche autonomie.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Puis elle examine l'amendement AS913 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Les personnes en perte d'autonomie et leurs proches aidants sont démunis face à la complexité des démarches administratives. La création d'un service numérique n'apparaît pas suffisante pour assurer l'accès à l'information et aux droits. Le Défenseur des droits a d'ailleurs dénoncé dans plusieurs de ses rapports la numérisation à outrance de l'accès au droit. Le confinement a permis de constater les effets dévastateurs de la fracture numérique.

La dématérialisation des démarches administratives risque de renforcer les inégalités d'accès aux droits sociaux.

L'accès à l'information ou aux droits en matière d'autonomie requiert, de manière complémentaire, la mise en place d'un guichet unique, physique, comme le recommande le rapport Libault de mars 2019. Ce guichet unique pourrait être déployé dans chaque département, en remplacement des dispositifs actuels. Le numérique peut être un outil utile pour répondre aux besoins, mais il ne doit pas être le seul.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Vous avez raison, l'information ne peut se réduire aux services numériques. Nous ne sommes pas entrés dans le détail de la mise en place de cette nouvelle branche à l'échelon local. Nous aurons à trancher sur certaines pistes avancées par le rapport Vachey lors du « Laroque de l'autonomie » et des débats sur le projet de loi « Grand âge ». Il est prématuré de prévoir un guichet unique au niveau départemental, alors que nous n'avons pas défini le rôle spécifique des départements, des ARS et de la CNSA.

Mme Delphine Bagarry. Le guichet unique me semble pouvoir être prévu dès ce stade ; il existe déjà pour les MDPH. La proposition de M. Dharréville ne met pas en concurrence les services numériques et le guichet unique, il faut les deux. Vous êtes d'accord sur ce point, il sera prévu dans le projet de loi sur l'autonomie : pourquoi ne pas le mentionner dès maintenant ?

M. Pierre Dharréville. J'entends qu'il y a problème de calendrier. Reste qu'il y en a aussi avec la rédaction proposée, aux termes de laquelle la CNSA est chargée de « *contribuer à l'information [...], notamment en créant des services numériques* ». Cette formule fait craindre que les efforts se concentrent sur ces services numériques, ce qui n'est pas satisfaisant. Il faut modifier cette rédaction pour imposer la présence de femmes et d'hommes capables de répondre et d'accompagner les démarches.

Mme Annie Vidal. La stratégie interministérielle de mobilisation et de soutien aux proches aidants a été mise en place au mois d'octobre de l'année dernière. Son comité de suivi s'est réuni pour la première fois il y a quinze jours.

L'un de ses axes est de simplifier les démarches administratives des proches aidants de personnes âgées et handicapées en leur donnant accès à une plateforme téléphonique : 0800 360 360. C'est une plateforme de renseignement et d'orientation qui offre un conseil individualisé. La mise en place d'un guichet unique au niveau départemental entrerait en compétition avec des solutions de cette nature, nées de la concertation.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Je partage l'inquiétude de M. Dharréville. Ne mentionner que les services numériques peut laisser sous-entendre que les autres ne sont pas indispensables. La loi est parfois bavarde, peut-être ne l'est-elle pas assez en l'occurrence. Nous pourrions sous-amender sa proposition pour que la mise

en place du guichet unique ne soit qu'une éventualité, mais n'omettons pas l'aspect humain. Le guichet unique correspond aux maisons de l'autonomie, dont le développement est recommandé. Peut-être commettrions-nous une faute en ne le précisant pas.

M. Paul Christophe. Je partage la préoccupation de la dimension humaine de nos politiques, mais le terme de guichet unique ne me convient pas. Le département du Nord s'étend tout en longueur, imposant de multiplier les MDPH pour assurer une proximité suffisante avec les usagers. L'idée est bonne et correspond à notre philosophie, mais cette rédaction me pose un problème.

M. Bernard Perrut. Dans nombre de villes et de départements, il existe déjà un guichet unique. Ce terme doit être compris dans un sens général, il ne s'agit pas d'une structure unique, mais d'une organisation permettant un maillage adapté à l'importance du département et aux bassins de vie. Une réflexion analogue est menée au niveau de l'État, avec l'organisation des maisons de services au public. Adoptons une vision plus large, mais en affirmant notre attachement à la dimension humaine, au contact, afin de permettre l'accueil des personnes âgées dans des lieux clairement identifiés et répartis sur le territoire.

M. Brahim Hammouche. Nos dispositifs doivent être élaborés au service des usagers et offrir un accompagnement aux personnes qui souffrent d'une perte d'autonomie physique ou psychique. Un guichet ou un référent unique permettrait de naviguer entre tous les dispositifs existants. Les maisons France Services pourraient héberger un référent disponible pour rencontrer les personnes et les accompagner au plus près de leurs besoins. Les services numériques sont froids, il est parfois nécessaire d'apporter de la chaleur et d'installer des rapports dans la durée.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. L'utilité d'un lieu d'accueil unique est évidente. Nous sommes nombreux à avoir accompagné un proche en perte d'autonomie, et nous avons constaté la complexité des démarches, qui renvoient d'un guichet à l'autre.

Le terme de guichet n'est peut-être pas adéquat, la notion d'accueil est peut-être préférable, mais si le projet de loi entre dans les détails, il ne faut pas mentionner les seuls services numériques.

Mme Jeanine Dubié. N'oublions pas les centres locaux d'information et de coordination. Ils ne sont pas déployés dans tous les départements, mais ils abritent souvent des représentants des MDA.

La commission adopte l'amendement.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS37 de M. Patrick Hetzel et AS99 de Mme Marine Brenier.

M. Bernard Perrut. L'article 16 met fin à l'affectation par la loi des recettes de la CNSA à certaines dépenses. Il se fonde sur les recommandations du rapport Vachey, selon lequel le principe d'encadrement de l'affectation des recettes aux sections fait obstacle aux possibilités de réallocation entre sections.

Plusieurs sections étant alimentées par différentes recettes, le calcul du volume global attendu pour chaque section est une addition d'hypothèses de rendements et d'hypothèses d'affectations. Cet encadrement ne permet pas de sanctuariser des financements, puisqu'il est fondé sur des fourchettes larges ou des seuils faibles d'affectation de recettes aux sections, des arrêtés déterminant les répartitions des recettes entre sections. Tout cela est bien complexe !

Le principe d'équivalence entre les ressources allouées au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la PCH ainsi que les montants de ces concours rendent impossible un prélèvement sur fonds propres pour maintenir leur niveau en cas de baisse des recettes propres.

Toutefois, l'alinéa 9 rétablit une limite à l'affectation des recettes de la CNSA au financement de l'APA. Au vu des évolutions démographiques, cette limitation semble incompréhensible et incohérente avec la structure d'ensemble du budget de la caisse. Notre amendement AS37 propose donc la suppression de l'alinéa 9.

Mme Isabelle Valentin. Cet article, qui s'appuie sur les propositions du rapport Vachey, va dans le bon sens. Il vise à restructurer le budget de la CNSA en mettant fin à l'affectation par la loi de ses recettes à certaines dépenses.

Mais le dispositif demeure incompréhensible, notamment pour les fédérations professionnelles hospitalières. Il rétablit une limite aux affectations des recettes de la CNSA au financement de l'APA. L'amendement AS99, au vu des évolutions démographiques et de la manière dont le budget de cette CNSA va être structuré, considère qu'il semble plus judicieux de supprimer cette restriction.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Vous proposez de supprimer le plafonnement des concours APA de la CNSA.

Toutefois, votre dispositif supprime l'alinéa qui porte sur la dernière mission de la CNSA, à savoir : « *contribuer à la réflexion prospective sur les politiques de l'autonomie et proposer toute mesure visant à améliorer la couverture du risque* ». Vous visiez plutôt les alinéas 37 et 38, qui fixent le montant du concours APA que verse la CNSA aux départements.

Le dispositif de votre amendement ne correspond pas à votre intention, et il aurait dû être jugé irrecevable en application de l'article 40 de la Constitution.

M. Thibault Bazin. La réponse de la rapporteure porte sur la forme, pas sur le fond. Nous avons reçu le projet de loi mercredi et nous devons déposer les

amendements en moins de deux jours : il a fallu faire rapidement. Nous pourrions proposer une nouvelle rédaction en séance publique.

L'exemple des allocations individuelles de solidarité dans les départements montre que l'État ne compense pas totalement les dépenses. Sommes-nous assurés que l'État financera en totalité les dépenses liées à l'autonomie, et ne se contentera pas de contribuer au financement ? Au regard des évolutions démographiques, il faut savoir si des limites seront posées à l'affectation des recettes de la CNSA au financement de l'APA. Cette question n'est pas facile, mais elle est fondamentale : les besoins seront-ils suivis ?

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Le financement de la branche, qu'il s'agisse du budget de la CNSA ou des concours de la CNSA aux dépenses supportées par les départements, ne peut pas être résolu sans aborder la question des recettes. Le traitement médiatique et l'accueil des propositions du rapport Vachey ont démontré la difficulté de la question. Faut-il augmenter les prélèvements obligatoires, faire porter l'effort sur les ménages, les entreprises, les retraités ou les actifs ?

Nous ne pourrions faire l'impasse sur ce débat si nous voulons apporter un soutien ambitieux à la perte d'autonomie, mais cet amendement n'y contribue pas, d'autant qu'il ne vise pas le bon alinéa.

M. Thibault Bazin. Votre aveu montre le défi que nous devons relever en discutant ce PLFSS. La méthode interroge. Lorsque nous avons débattu du projet de loi sur les retraites, le financement n'était pas prévu, et le projet a finalement été repoussé.

Une fois encore, on crée des règles de gouvernance sans connaître le mode de financement de la réforme. Or il aura des conséquences sur la gouvernance, donc sur les limites et les affectations. Vous vous engagez donc à adopter un PLFSS rectificatif si les termes sont modifiés par la loi « Grand âge ».

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

Puis elle est saisie de l'amendement AS414 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Nous proposons d'élargir les missions de la CNSA, pour renforcer la cohérence entre les politiques de santé et d'accès aux soins, et de prévention de la perte d'autonomie, en particulier par une prise en charge améliorée à domicile.

Le traitement à domicile permet une réduction du fardeau de la pathologie et s'insère mieux dans la vie quotidienne des personnes âgées. Le développement des soins à domicile, enjeu majeur pour le système de santé, trouverait ainsi une traduction concrète dans les politiques de prévention de la perte d'autonomie.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. On ne peut que partager vos objectifs : réduire les inégalités, dans un souci d'équité, favoriser la politique de prévention de la perte d'autonomie et développer l'accompagnement à domicile.

Nous avons souhaité simplifier les missions de la CNSA. La rédaction précédente en fixait un trop grand nombre, au détriment de leur lisibilité. Votre amendement est satisfait, notamment par l'alinéa 6, qui prévoit que la CNSA contribue aux actions de prévention de la perte d'autonomie et mentionne les établissements et les services, parmi lesquels figurent les services d'aide à domicile.

N'alourdissons pas la rédaction de cet article, dont l'objectif est de simplifier la version précédente.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

L'amendement est retiré.

La commission examine les amendements AS601, AS810 et AS811 de Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. Le groupe MoDem et Démocrates apparentés souhaite rappeler l'importance d'associer tous les usagers à la gouvernance des politiques dédiées à l'autonomie et au grand âge, tant au niveau local que national.

L'amendement AS601 ajoute aux missions de la CNSA la nécessité d'assurer la démocratie sanitaire et d'associer des représentants d'usagers dans les processus de décision et d'évaluation.

L'amendement AS810 a pour objectif de réaffirmer l'importance d'une coordination entre les différents acteurs du grand âge et de la dépendance, dans le domaine sanitaire, médico-social et social, et dans tous les territoires.

L'amendement AS811 ajoute aux missions de la CNSA la valorisation des carrières et des métiers des professionnels de la dépendance et de l'autonomie. La crise que nous traversons a confirmé cette nécessité, c'est d'ailleurs l'objectif de la création de la cinquième branche et du projet de loi à venir sur le grand âge et l'autonomie. Cette ambition doit figurer dans cet article, afin que la CNSA soit pleinement compétente pour travailler à l'amélioration et à la valorisation des métiers du grand âge et du handicap.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Concernant l'amendement AS601, la notion de démocratie sanitaire ne me semble pas appropriée, car il concerne plutôt le secteur médico-social. Par ailleurs, les associations sont représentées au sein du conseil de la CNSA et au niveau des MDPH. Je suggère son retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement AS810 fait doublon avec l'alinéa 5, qui charge la CNSA d'assurer l'animation et la coordination des acteurs participant à la mise en œuvre

des politiques de soutien à l'autonomie au niveau national. La dimension locale évoquée dans l'amendement n'y figure pas, car la gouvernance et les modalités de déclinaison locale ne sont pas encore totalement définies.

L'amendement AS811 met l'accent sur une question cruciale. La revalorisation des métiers du grand âge a été proposée dans le rapport El Khomri, et c'est une volonté partagée au sein de la majorité. Je vous rejoins totalement sur le fond, tout en étant sensible à la volonté du Gouvernement de recentrer l'article sur les missions de la CNSA. Je m'en remets donc à la sagesse de la commission.

Mme Justine Benin. Pensez-vous qu'il soit possible de retravailler l'amendement AS810 en vue de la séance, s'il n'est satisfait qu'au niveau national ?

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Il est satisfait à l'échelon national, mais au plan local, nous ne pouvons pas encore arbitrer. Il faut attendre le résultat des concertations avec les ARS et les conseils départementaux. Je demande donc son retrait, ou avis défavorable.

*La commission **rejette** successivement les amendements AS601 et AS810.*

*Puis elle **adopte** l'amendement AS811.*

Elle examine ensuite l'amendement AS1042 de Mme Annie Vidal.

Mme Annie Vidal. Je propose d'accroître les modalités de prise en charge à domicile. En améliorant la cohérence entre la politique d'accès aux soins et la politique de prévention de la perte d'autonomie, il est possible d'accentuer le recours à des techniques de soins servant l'objectif de la nouvelle branche autonomie.

Le traitement à domicile permet, dans de nombreuses pathologies, de réduire le fardeau de la pathologie et aide à une meilleure insertion dans la vie quotidienne, familiale et sociale des personnes âgées et handicapées. Le développement des soins à domicile étant un enjeu majeur du système de santé français, il devrait trouver une traduction concrète dans les priorités des politiques publiques de prévention de la perte ou du manque d'autonomie.

Élargir les missions de la CNSA encourage un tel alignement en inscrivant dans la loi ce principe de cohérence.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Cet amendement est déjà satisfait par l'alinéa 6, qui mentionne les services, dont les services à domicile, ainsi que les politiques de prévention et de réduction des inégalités d'accès aux soins.

Mme Annie Vidal. L'adoption de cet amendement adresserait un signe fort aux acteurs des services à domicile, en reconnaissant leur rôle et leur investissement dans la prise en charge des personnes âgées ou handicapées.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS254 de Mme Jeanine Dubié.

Mme Jeanine Dubié. Nous proposons de créer une nouvelle contribution affectée à la CNSA. Il est urgent de créer une nouvelle ressource pour la branche autonomie : aucun financement nouveau n'est prévu avant 2024.

L'amendement crée une contribution au taux de 1 % sur les successions et donations dont l'actif successoral net est supérieur à 150 000 euros. Le rapport Libault préconise de commencer à financer cette branche, à hauteur de 6,5 milliards d'euros, dès 2024. La mesure que nous proposons y contribue.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Le financement de l'autonomie relève d'un débat d'ensemble. Instaurer une taxe sur les successions ne permettra pas de le résoudre de manière durable et complète. Les Français devront être consultés, et il ne semble pas pertinent de décider de cette taxe avant les débats du « Laroque de l'autonomie ».

Mme Jeanine Dubié. Vous avez compris qu'il s'agit d'un amendement d'appel. Nous ne pouvons pas continuer de la sorte : il nous faut trouver d'autres sources de financement. La taxation sur les successions peut être une solution, car elle ne pèse pas sur les revenus du travail et procède d'une logique d'universalité.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS68 de M. Bernard Perrut, AS216 de M. Thibault Bazin, AS321 de M. Charles de Courson, AS678 de Mme Josiane Corneloup, AS758 de M. Boris Vallaud, AS886 de M. Jean-Carles Grelier, AS897 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS917 de M. Pierre Dharréville.

M. Bernard Perrut. Le PLFSS prévoit de transférer l'AAEH à la branche autonomie, l'idée étant de simplifier les démarches des familles en poursuivant le rapprochement entre cette allocation et la PCH. Nombre d'associations n'y sont pas du tout favorables.

L'AAEH, comme d'autres dispositifs, est une allocation familiale qui correspond à une situation de la famille. Elle est composée d'une allocation de base et de compléments. Pour la partie base, il serait cohérent qu'elle demeure au nombre des prestations familiales. Pour ce qui est des compléments, qui participent de besoins de compensation tels des aides humaines ou techniques, ou des frais spécifiques, ils pourraient tout à fait être transférés à la branche autonomie afin de créer une véritable PCH enfant. L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a formulé à ce sujet des propositions qui n'ont pas encore fait l'objet d'une concertation ; elles ne sont, par conséquent, pas encore partagées par les associations.

C'est pourquoi cet amendement tend à supprimer les alinéas 89 et 90 de l'article 16, de sorte à différer toute décision dans l'attente de la concertation. Cette suppression doit s'accompagner de l'engagement de vous-même, monsieur le rapporteur général, et du Gouvernement, de travailler sereinement, sans bousculer les choses, dans l'intérêt des familles et des associations.

M. Thibault Bazin. En matière de définition de périmètre, nous avons besoin de savoir ce qui, demain, relèvera de la branche autonomie et ce qui relèvera de la branche famille. Lorsque, dans une famille, l'accompagnement d'un enfant en situation de handicap entraîne des dépenses et une perte de salaire pour les parents qui réduisent leur activité professionnelle, il s'agit clairement d'un sujet de politique familiale.

Or pour donner corps, notamment financièrement, à la branche autonomie, vous procédez à un transfert un peu hâtif. Que faites-vous du complément de libre choix du mode de garde (CMG) majoré pour les parents d'enfants en situation de handicap, ou du bonus « inclusion handicap » dans les établissements d'accueil du jeune enfant ? Tout le champ du handicap va-t-il être totalement soustrait à celui de la politique familiale, qui se caractérise par la notion d'équité de traitement ?

On voit bien que vous ignorez quelle latitude vous laisserez aux conseils départementaux. C'est pourquoi nous proposons, en l'état, de supprimer les alinéas 89 et 90 – en espérant viser les bons – de manière à conserver à l'AEEH sa nature de prestation familiale.

La question du handicap à un âge avancé diffère quelque peu. Il faut déterminer clairement ce qui est du ressort de la branche famille et ce qui est du ressort de la branche autonomie.

Mme Jeanine Dubié. Effectivement, sur les deux composantes de l'AEEH, l'allocation de base pourrait rester une prestation familiale, tandis que les compléments, correspondant à un besoin d'aide technique ou humaine, ou à des frais spécifiques, pourraient être transférés à la branche autonomie en vue de créer une véritable PCH enfant. Cela nécessite d'avoir une réflexion et une concertation, d'où cet amendement AS321 visant à supprimer les deux alinéas concernés.

Mme Isabelle Valentin. Sujet de notre amendement AS678, la définition du périmètre, entre prestation familiale ou prestation d'autonomie, demande vraiment réflexion et peut-être même un travail au sein de notre commission.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il faut effectivement mener une véritable réflexion sur le périmètre respectif des deux branches ainsi que sur la PCH enfant. La branche autonomie a-t-elle également vocation à accueillir l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ?

Plutôt que de faire passer l'AEEH dans la branche autonomie par une décision unilatérale, n'aurait-il pas mieux valu en discuter au préalable avec les acteurs concernés afin de rendre une telle évolution plus acceptable ?

M. Pierre Dharréville. Nous avons déjà identifié ces problèmes de contours au moment où cette branche a été symboliquement créée.

Le rapport de Laurent Vachey préconisait le transfert de l'AAEH à la branche autonomie ; l'article 16 le réalise au motif, selon le dossier de presse, qu'il « *permettra de simplifier les démarches des familles en poursuivant le rapprochement entre cette allocation et la prestation de compensation du handicap* ». Une telle mesure mérite une concertation approfondie avec les acteurs.

En outre, l'AAEH constitue une allocation familiale correspondant à une situation de la famille, au même titre que l'allocation famille nombreuse ou parent isolé. Ne serait-il pas cohérent de la laisser au sein des prestations familiales ?

C'est pourquoi nous proposons de supprimer ces dispositions.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. En matière d'inclusion, nous pensons qu'il faut laisser un certain nombre de prestations et de dispositifs dans le budget de l'État et dans les autres branches de la sécurité sociale. La politique familiale va conserver un certain nombre de prestations – le CMG relève ainsi d'une politique de droit commun, et est assorti d'une spécificité en cas de handicap d'un enfant de la famille. L'important, c'est de trouver un équilibre, que ces politiques de droit commun soient financées par des branches de la sécurité sociale ou par le budget de l'État, comme c'est le cas pour l'AAH ou pour d'autres dispositifs relevant de l'éducation nationale ou du logement. Reste que, dès lors que nous décidons de mettre en place une branche, donc une politique de soutien spécifique à l'autonomie, nous devons disposer d'un certain nombre de leviers pour offrir les prestations avec lesquelles nous souhaitons accompagner au mieux les personnes concernées.

S'agissant de l'AAEH, certaines associations exprimaient depuis de nombreuses années le besoin de n'avoir plus à gérer le droit d'option entre la PCH et l'AAEH, un arbitrage complexe hérité du cumul historique de prestations. Il ne s'agit pas de fusionner les deux, mais de confier la gestion de la seconde à la CNSA afin de lui permettre d'accompagner les personnes handicapées. Encore une fois, rien n'est acté à ce jour : l'articulation entre PCH et AEEH fera l'objet d'un travail avec la CNSA qui pourra la piloter – d'où l'intérêt d'un tel transfert.

Quant à dissocier l'AAEH de ses compléments, une telle évolution apporterait encore plus de complexité qu'aujourd'hui.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Nous voulons simplifier nos systèmes, les rendre plus clairs : soit l'on considère que tout ce qui touche au handicap relève de la CNSA, soit l'on considère que cela relève d'autres politiques. Il serait dommage de manquer notre objectif. J'en appelle au bon sens ! Ne commençons pas à fractionner les prestations, sinon nous n'aiderons ni ceux que nous voulons accompagner, ni ceux qui travaillent pour eux.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Madame la rapporteure, vous avez dit : nous allons intégrer tout le champ du handicap. On peut en déduire que l'AAH va suivre.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Ah non !

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Si ! Vous dites également que rien n'a encore été acté. Si c'est le cas, ne mettons pas l'AAEH dans la branche autonomie, acceptez nos amendements et travaillons avec les associations et avec les acteurs du champ du handicap.

M. Thibault Bazin. La mise en place de cette branche se fait à marche forcée, mais on ne sait pas vraiment où l'on va. Je m'inquiète pour les assurés.

Il ressort des auditions des associations – Association des paralysés de France, Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux, l'Union nationale des associations familiales – qu'elles sont plutôt défavorables à votre projet de reloger l'AAEH dans la branche autonomie. Elles s'inquiètent de ce qu'il puisse y avoir des perdants dans cette réforme.

On ne peut pas mettre sur le même plan l'adulte seul en perte d'autonomie et l'enfant en situation de handicap. Je crains que vous n'adoptiez une approche individualiste de l'autonomie, niant les aspects de solidarité familiale à prendre en compte lorsque, par exemple, l'un des parents réduit son activité professionnelle ou que des charges s'ajoutent à celles ordinaires du foyer.

Ce n'est pas au moment où nous complétons notre pacte social pour faire face au vieillissement de la population et à la progression de la perte d'autonomie qu'il faut risquer de faire perdre le bénéfice des avancées de notre politique familiale en matière de handicap des enfants. J'entends la volonté de simplification, mais elle me semble comporter un risque qu'il faut mesurer avec précision. La sagesse commanderait de supprimer les alinéas en cause et de retravailler le dispositif dans l'attente de la loi « Grand âge et autonomie » – n'oublions pas le petit âge et l'autonomie familiale !

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Je n'ai pas dû être assez claire puisque vous avez tous compris que l'objectif était de basculer l'ensemble du handicap dans la branche autonomie. À ce jour, il ne s'agit que d'insérer l'AAEH dans le périmètre géré par la CNSA afin de répondre à une difficulté très concrète à laquelle sont confrontés des parents lorsqu'ils doivent choisir entre l'AAEH et la PCH. Les associations font des arbitrages très compliqués et craignent leurs incidences fiscales. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle l'IGAS a remis un rapport sur le sujet. L'idée n'est donc absolument pas de fusionner les deux, mais bien de permettre à la CNSA de résoudre cette difficulté, objectif sur lequel nous pouvons nous accorder.

La commission rejette les amendements identiques.

Puis elle examine l'amendement AS915 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Je ne porte pas la même appréciation que vous, madame la présidente, sur le vote qui vient d'avoir lieu : il m'a semblé favorable aux amendements.

À nos yeux, la création de la branche autonomie ne s'accompagne pas des financements suffisants pour faire face aux besoins identifiés dans le rapport Libault : 6 milliards d'euros de plus par an à partir de 2024 et 9 milliards d'euros à partir de 2030. Hors mesures issues du Ségur de la santé, les dépenses en faveur de l'autonomie progressent seulement de 1 milliard d'euros dans le cadre du PLFSS 2021.

Outre ses recettes historiques – la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie –, la branche sera bénéficiaire d'une fraction de CSG de 1,9 %, jusqu'à présent affectée à l'assurance maladie, à hauteur de 28 milliards d'euros. Ce n'est qu'à compter de 2024 qu'elle bénéficierait de financements supplémentaires correspondant à la recette de CSG en provenance de la CADES, à hauteur de 2,3 milliards d'euros, suite à l'adoption de la loi du 7 août 2020 sur la dette sociale et l'autonomie.

Il en résulte que cette branche sera financée quasiment exclusivement – à 90 % – par la CSG, c'est-à-dire par les salariés et par les retraités, les employeurs ne contribuant qu'à hauteur de 6 % au soutien à l'autonomie *via* la CSA. J'avais posé la question au moment de la création de la branche autonomie, car ce ratio n'est pas du tout le même que celui de la branche maladie.

L'amendement vise donc à mettre plus fortement à contribution les employeurs en matière de financement de l'autonomie en relevant le taux de la CSA de 0,3 % à 0,6 % : son rendement passerait ainsi de 2,1 milliards d'euros à 4,2 milliards d'euros par an.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Si le texte est voté, le produit de la CSG, qui provient entre autres du capital, contribuera également, à hauteur de 2,6 milliards d'euros en 2021, au financement de la branche autonomie. Or jusqu'à présent le capital n'y participait pas.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Il ne vous surprendra pas que je juge cette contribution modeste. J'avais d'ailleurs déposé un amendement visant à l'augmenter.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS914 de M. Pierre Dharréville et AS643 de Mme Delphine Bagarry.

M. Pierre Dharréville. Il s'agit d'instituer une contribution de solidarité des actionnaires pour l'autonomie, au taux de 2 %, assise sur les revenus distribués au sens de l'article 109 du code général des impôts.

Mme Delphine Bagarry. Mon amendement est lié à un autre, déclaré irrecevable, qui visait à créer un fonds de réserve mobilisable dès 2024 pour répondre au besoin de financement de l'autonomie. Il vise à alimenter ledit fonds au moyen d'une contribution assise sur les successions et les donations au taux de 1 % de l'actif net taxable dès le premier euro – mais peut-être faut-il fixer un seuil, comme l'avait fait Mme Dubié.

Une telle contribution aurait trois avantages, le premier étant son produit, évalué à 3 milliards d'euros par France Stratégie. Elle installerait, en outre, une forme de solidarité immédiate entre générations et fonctionnerait selon une logique d'universalité, sans peser sur les revenus d'activité. Enfin, elle éviterait d'augmenter trop rapidement d'autres impôts ou taxes susceptibles d'alimenter la branche autonomie.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Pour les mêmes raisons qu'avancées plus tôt, je suis défavorable aux amendements concernant le financement de la branche. Nous aurons bien des occasions d'en reparler.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle adopte l'article 16 modifié.

Après l'article 16

La commission examine l'amendement AS154 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Il s'agit 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 2021, notamment pour financer des réouvertures de lits, des embauches et des revalorisations salariales dans l'ensemble des services.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Ces exonérations sont autant de recettes de la sécurité sociale : il faudrait donc trouver à compenser ces 4 milliards d'euros.

Par ailleurs, il ne me semble pas que l'impôt soit le plus fin et le meilleur moyen d'augmenter les dépenses dans le secteur hospitalier. À cet égard, ce PLFSS marque beaucoup d'avancées au travers de dépenses ciblées correspondant à des besoins largement identifiés par le secteur.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Je m'interroge sur le sens de cette taxe qui s'apparente à une ponction de l'État sur les hôpitaux, d'autant plus surprenante au vu de la situation.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS726 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Travaillé avec un collectif de professionnels de la santé, l'amendement vise à financer la branche autonomie de la sécurité sociale au travers d'une partie des recettes de l'impôt sur la fortune immobilière (IFI).

Les exonérations décidées par le Gouvernement en 2018, 2019 et 2020 sont supportées, non pas par le budget de l'État mais par la sécurité sociale et ne sont pas compensées. Or s'agissant d'une décision prise par le Gouvernement, l'État aurait dû les compenser à la sécurité sociale. On mesure, en cette année où notre déficit cumulé avoisine les 26 milliards d'euros, l'incurie et l'amateurisme qu'elles révèlent.

Il n'est pas prévu de financement pérenne de la branche autonomie créée à l'été 2020 ; un simple redéploiement de crédits en assurerait le fonctionnement. Le rapport Libault a estimé à 10 milliards d'euros les besoins pour un financement correct de la dépendance et de la perte d'autonomie. L'amendement vise donc à affecter à la branche autonomie de la sécurité sociale, et spécifiquement à l'hôpital, les recettes supplémentaires issues de l'IFI, dont le rendement en 2020 s'est avéré deux fois supérieur aux prévisions.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Avis défavorable. Nous aborderons le financement de la branche de façon plus large, en explorant l'ensemble des pistes.

M. Joël Aviragnet. Il s'agit pourtant d'une bonne idée : j'espère que l'on s'en souviendra au moment opportun.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS253 de Jeanine Mme Dubié.

Mme Jeanine Dubié. Depuis 2019, les établissements et services médico-sociaux (ESMS) associatifs et commerciaux bénéficient d'un abattement de charges pérenne de 8 % de la masse salariale. Les ESMS du secteur public sont exclus de ce dispositif, ce qui correspond à une surcharge d'environ 400 millions d'euros par an pour le secteur public.

L'amendement tend à mettre fin à cette différence de traitement en étendant cet abattement aux ESMS publics.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Comme l'exonération de taxe sur les salaires au bénéfice des hôpitaux et des EHPAD publics que proposait Pierre Dharréville, celle que vous suggérez entraînerait une perte de recettes pour l'assurance maladie et amoindrirait donc le financement de ces mêmes EHPAD.

Par ailleurs, l'allègement de cotisations d'assurance maladie en question remplace le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi dont les EHPAD publics n'ont pas bénéficié puisqu'ils ne sont pas soumis à l'impôt sur les sociétés : on ne peut donc invoquer une inégalité de traitement.

De façon plus globale, les modalités de financement des EHPAD publics et privés ne sont absolument pas comparables. On en revient, par conséquent, à la question du financement par l'assurance maladie, et donc d'un besoin de recettes permettant à celle-ci de financer les EHPAD publics.

Avis défavorable.

Mme Jeanine Dubié. Qu'ils soient publics ou privés, les EHPAD sont soumis à la même tarification ternaire : hébergement, dépendance et soins. Je peux entendre certains arguments mais pas celui-là !

La commission rejette l'amendement.

Réunion du mercredi 14 octobre 2020 à 9 heures 30 (article 17 à après l'article 27 inclus)

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.9643856_5f86a726bcaeb.commission-des-affaires-sociales--suite-de-l-examen-des-articles-du-projet-de-loi-de-financement-de-14-octobre-2020

Mme la présidente Fadila Khattabi. Mes chers collègues, il nous reste 435 amendements à examiner. Hier après-midi, nous avons en examiné en tout et pour tout 99, soit moins d'un cinquième des amendements en discussion, qui nous ont cependant permis d'aborder une très grande quantité de sujets intéressant notre protection sociale, ce dont je me réjouis.

TROISIÈME PARTIE (suite)

TITRE I^{er} (suite)

Chapitre IV

Assurer la soutenabilité des dépenses de médicaments

Article 17

Mécanisme de sauvegarde sur les produits de santé

La commission est saisie de l'amendement de suppression AS1171 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. L'exposé des motifs de l'article 17 indique qu'il s'agit de proposer « *un avantage aux entreprises, en contrepartie de leurs négociations avec le Comité économique des produits de santé lors des plans de baisse de prix, via une réduction de la contribution à laquelle elles sont soumises au titre de la clause de sauvegarde* ».

Si ce gouvernement semble adorer perdre de l'argent dans l'espoir d'un éventuel ruissellement, nous pensons que cette méthode ne sera pas suivie d'effet. En réalité, les laboratoires ont une structure financière et sociale d'entreprise néolibérale classique, dont l'objectif est de dégager du profit. Que les entreprises du médicament aient une activité d'intérêt général ne les motive pas à changer de braquet, alors même que la crise que nous traversons a révélé l'impasse que constitue leur modèle. Selon nous, c'est à l'État de trouver des outils permettant, par exemple, de maintenir les médicaments à des prix convenables. Nous trouvons cet article tout à fait naïf, et proposons de le supprimer.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet article fixe le niveau des clauses de sauvegarde, dont l'objet est de prélever auprès des entreprises toute augmentation excessive de leur chiffre d'affaires, ce qui participe à la régulation des prix. Si l'article réforme le mécanisme d'exonération, c'est surtout pour inciter davantage à la baisse des prix : la décote de la contribution accordée dépendra des économies pour l'assurance maladie liées aux baisses de prix consenties par les entreprises sur leurs produits. Les laboratoires ne se verront donc attribuer un avantage que dans le cas où ils négocient avec le Comité économique des produits de santé (CEPS) une baisse des prix nets, et l'importance de la décote sera elle-même calculée en fonction de l'effort qu'ils auront fourni pour baisser leurs prix. Supprimer cet article affaiblirait donc le mécanisme de régulation du prix des médicaments.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS764 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Le présent amendement vise à donner une dimension conventionnelle au dispositif prévu par l'article 17, en renvoyant aux négociations conventionnelles conclues entre le CEPS et les syndicats représentatifs des entreprises la définition du barème visant à mesurer l'avantage à consentir. Cette mesure, fondée sur la négociation, permettra une meilleure adaptabilité en fonction des plans de baisse des prix et une plus grande pertinence dans la modulation des avantages consentis, en fonction des avenants signés par le CEPS. Du reste, le dispositif conventionnel actuel, à la main du CEPS, a montré son efficacité puisque, en 2019, pour la troisième année consécutive, l'objectif de baisse des prix a été dépassé. Je m'étonne donc de son abandon au profit d'un barème fixé par voie réglementaire.

M. le rapporteur général. Le mécanisme de sauvegarde pour les médicaments n'est pas un outil ayant vocation à être piloté par le CEPS en accord avec les syndicats, puisqu'il s'applique hors du domaine conventionnel, une fois un certain montant de chiffre d'affaires global dépassé. Le déclenchement de la clause signifie précisément que la négociation avec le CEPS n'a pas suffi.

Par ailleurs, que le barème soit fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale n'empêchera pas, tant s'en faut, d'organiser en amont une concertation avec les acteurs concernés. Il me paraît assez sain que la décision finale appartienne à un ministre, responsable devant le Parlement.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 17 sans modification.

Après l'article 17

La commission est saisie de l'amendement AS944 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il faut donner un peu de prévisibilité aux entreprises assujetties à la clause de sauvegarde. Cet amendement vise donc à leur permettre de connaître, le 1^{er} juillet de l'année en cours, les conditions de versement, et à les inciter à conventionner avec le CEPS.

M. le rapporteur général. L'intérêt de la clause de sauvegarde est justement d'inciter au conventionnement, mais il s'agit d'une incitation individuelle, qui serait mise à mal si les entreprises avaient une parfaite visibilité concernant l'évolution globale de la dépense : elles pourraient ajuster leur comportement, sans pour autant engager des négociations avec le CEPS si elles ont la certitude que la clause ne se déclenchera pas. Autre effet pervers, si, au bout de six mois, la dépense liée au remboursement de l'assurance maladie s'avérait faible,

cela pourrait être perçu comme un signal provoquant une accélération rapide de l'activité du secteur et le déclenchement de la clause.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Elle examine ensuite les amendements identiques AS190 de M. Jean-Pierre Door, AS227 de M. Thibault Bazin, AS319 de M. Stéphane Viry, AS378 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS667 de Mme Josiane Corneloup et AS774 de M. Paul Christophe.

M. Jean-Carles Grelier. Il s'agit de reconnaître le rôle absolument essentiel joué par les entreprises de la répartition pharmaceutique, qui alimentent en permanence, partout en France, les 21 000 officines de pharmacie. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) les soumet à des obligations de sécurité et de santé publiques. Elles doivent notamment disposer d'un stock de médicaments correspondant au moins à quinze jours de consommation habituelle, livrer dans un délai de vingt-quatre heures maximum après chaque commande et disposer d'au moins neuf médicaments sur dix commercialisés en France.

Ces entreprises, qui emploient un peu plus de 12 000 personnes dans des emplois non délocalisables, se voient imposer une contribution sur les ventes en gros, dont le taux est de 1,75 %. Cela pèse très lourdement sur leur activité et leur modèle économique. Nous vous proposons par l'amendement AS190 de porter ce taux à 1,4 %. Les 40 millions d'euros environ ainsi dégagés amélioreraient la situation de ces entreprises, alors même que les circonstances sont difficiles – je rappelle que, depuis le début de la crise sanitaire, elles jouent un rôle absolument essentiel dans la bonne dispensation des traitements.

M. Thibault Bazin. La question a été évoquée lors de la discussion des précédents projets de loi de financement de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Le Gouvernement avait promis d'engager des discussions, ce qui a été fait, mais on constate une forme de blocage. De nouvelles règles de rémunération ont été définies, mais les répartiteurs connaissent des pertes annuelles importantes : 23 millions d'euros en 2017, 46 millions en 2018 et plus de 65 millions en 2019. Ces chiffres doivent être rapportés aux 180 millions collectés à travers la contribution sur les ventes en gros.

Il y a donc là un problème persistant. Une fois que le diagnostic a été posé, il faut soigner le patient. Les répartiteurs ont mis sur la table trois propositions : la création de forfaits sur les produits froids, la révision de la hausse du plafond de rémunération et la baisse de la contribution sur les ventes en gros.

Les entreprises de répartition pharmaceutique assurent des missions de service public sur l'ensemble du territoire, auprès des 21 000 pharmacies françaises. Si l'on veut qu'elles continuent à le faire, il convient de prendre des mesures

rapidement. On a besoin d'elles sur le terrain. Or, faute de solution, on risque d'être confrontés, dès 2021, à des problèmes dans la chaîne du médicament. Je tiens à vous alerter solennellement, monsieur le rapporteur général : vous devez peser de tout votre poids pour que le problème soit résolu de manière pérenne par le ministre de la santé.

M. Bernard Perrut. Notre territoire compte 21 000 pharmacies, qui sont chaque jour au service de l'ensemble des Françaises et des Français. Je profite d'ailleurs de l'occasion qui m'est donnée de leur rendre hommage : elles font un travail admirable. Lors de la crise du covid-19, notamment, elles ont été à la disposition et à l'écoute de nos concitoyens. Si elles peuvent mener ce travail, c'est justement grâce aux entreprises de la répartition pharmaceutique, dont le rôle est crucial.

Ces acteurs privés remplissent une mission de service public, encadrée par l'ANSM. L'État leur impose des obligations très strictes – on le voit avec le vaccin contre la grippe, mais aussi d'autres médicaments qu'ils doivent avoir en stock pour répondre aux besoins. Depuis plusieurs années, les professionnels nous alertent sur la situation économique de leur secteur, qui s'aggrave : ils accumulent les pertes en raison d'une rémunération réglementée qui ne correspond plus aux coûts qu'ils doivent supporter. Depuis 2018, des discussions ont été engagées avec les pouvoirs publics. Elles ont permis de définir de nouvelles règles de rémunération, mais ne corrigent que partiellement les déséquilibres.

L'amendement AS319 vise donc à réduire le taux de la contribution sur les ventes en gros à 1,4 %, afin de dégager 40 millions d'euros qui permettront aux entreprises de la répartition de faire face. Ne l'oublions pas, elles représentent 12 000 emplois en France : il y a donc un enjeu économique important.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. C'est effectivement le troisième PLFSS lors duquel nous évoquons cette question. C'est donc qu'elle n'a pas trouvé de réponse.

Tous les jours, 6 millions de boîtes de médicaments sont distribuées de Lille à Bonifacio et de l'île d'Ouessant à Metz. Les répartiteurs effectuent même plusieurs livraisons par jour. Les chiffres des pertes qu'ils subissent ont déjà été cités, mais il faut les rappeler, car ils montrent que le problème ne fait que s'aggraver : 23 millions d'euros en 2017, 65 millions en 2019. Comment expliquer que ces entreprises, qui exercent une mission de service public, paient 180 millions d'euros de taxes alors qu'elles enregistrent 65 millions d'euros de pertes ? Pendant la crise, elles ont distribué dans les pharmacies plus de 700 millions de masques, répartis ensuite entre les professionnels de santé.

Certes, le problème n'est pas ignoré, car les discussions sont en cours, mais il faut vraiment trouver une solution. Or l'urgence est de diminuer la taxe sur la vente en gros en la faisant passer à 1,4 %. Les 40 millions d'euros ainsi dégagés ne résoudront pas le problème : il faudra quand même mener une réforme structurelle, ce dont les professionnels sont parfaitement conscients.

Ne me répondez pas, monsieur le rapporteur, qu'un effort de 30 millions d'euros a déjà été consenti en juillet : cette somme correspond aux pertes liées au covid-19. C'est une bonne chose que l'État les ait compensées, et il faut le souligner, mais cela ne répond pas à la question soulevée à travers ces amendements.

Mme Isabelle Valentin. Les entreprises de la répartition pharmaceutique sont la cheville ouvrière du système. Durant la crise, nous avons eu vraiment besoin d'elles. Dans un contexte exceptionnel, grâce à leur mobilisation sans faille, elles ont permis la distribution de 600 millions de masques. De la même façon, elles jouent au quotidien un rôle crucial dans la chaîne du médicament auprès des 21 000 pharmacies françaises, sur l'ensemble du territoire. Leurs missions font l'objet d'obligations de service public ; leurs marges sont faibles. Il faut les aider.

La baisse de la contribution ne saurait à elle seule régler la crise que connaît le secteur, mais elle constitue un volet indispensable. L'amendement AS667 vise donc à réduire le taux de la contribution sur les ventes en gros à 1,4 %, afin de dégager 40 millions d'euros, qui permettront aux entreprises de la répartition, qui représentent 12 000 emplois en France, de relever la tête.

M. Paul Christophe. Je suis à l'unisson de mes collègues. S'agissant de cette question, je fais d'ailleurs preuve d'une certaine constance depuis plusieurs PLFSS. Ce secteur d'activité a démontré toute son utilité lors de la crise sanitaire : il a fait les efforts nécessaires pour répondre aux demandes des pouvoirs publics. À ce propos, il me paraît utile de préciser, à la suite d'Agnès Firmin Le Bodo, que l'effort de 30 millions d'euros évoqué par M. le ministre lors de son audition visait bien à couvrir les dépenses supplémentaires liées aux exigences formulées à l'endroit de la profession pendant la crise.

Ces amendements visent à réduire le taux de la contribution pour redonner de l'oxygène aux entreprises de la répartition. Je rappelle que nous nous étions quittés, à la fin de l'examen du PLFSS 2020, sur un engagement de la ministre de l'époque d'accompagner la profession dans une réforme structurelle propre à assurer la pérennité de son activité. Malheureusement, à ce jour, cette promesse n'a pas trouvé de traduction concrète. Nul doute que le dialogue aura lieu également en séance. Je sais pouvoir compter sur vous, monsieur le rapporteur général, pour vous faire l'écho de nos demandes auprès du ministère.

M. le rapporteur général. L'abaissement du taux de la taxe de 1,75 % à 1,40 % aurait un coût estimé à 60 millions d'euros plutôt que 40 millions... Chacun a bien conscience du rôle essentiel que jouent les entreprises de répartition dans une période aussi compliquée que celle que nous traversons. Au demeurant, nos débats des années précédentes l'avaient déjà montré.

Il faut, à mon sens, distinguer deux volets. D'abord, il y a ce qui relève des effets de la crise. Le ministre Olivier Véran a rappelé un certain nombre de dispositifs mis en place pendant la crise pour rémunérer et soutenir ces entreprises, notamment l'enveloppe de 30 millions d'euros. Ensuite, il y a la question

structurelle de la rémunération, que nous avons abordée à plusieurs reprises en PLFSS. L'année dernière, l'engagement avait été pris d'engager un travail pour réformer le secteur. Un retard considérable, mais compréhensible du fait de la crise, a été pris.

Je suis défavorable à vos amendements, mais nous devons mener ce débat en séance, en présence du ministre de la santé.

M. Thibault Bazin. On nous a déjà fait le coup ! Les deux dernières années, on nous a demandé de faire confiance au Gouvernement, celui-ci allait créer un comité... Or les comités, comme les groupes d'études, servent parfois à enterrer les problèmes.

L'enjeu est considérable, il faut que la représentation nationale s'en saisisse : nous courons le risque majeur d'avoir un service public dégradé et inégal sur le territoire. Vous dites que nos amendements coûtent à peu près 60 millions. Cela tombe bien : les pertes des entreprises de répartition pharmaceutique s'élèvent à 65 millions. Votons ces amendements pour obliger le Gouvernement à réagir en séance et à nous indiquer le moyen qu'il préfère pour parvenir au résultat.

Non, le comité n'a pas pris de retard. La crise ne doit pas servir de prétexte pour ne rien faire ou pour reporter les décisions ; d'ailleurs, vous l'invoquez tantôt pour reporter tantôt pour accélérer les choses – certaines ne se seraient même jamais faites s'il y avait eu un véritable débat. En l'occurrence, le comité a travaillé : trois propositions sont sur la table. Il n'y a plus qu'à décider. Y a-t-il une volonté de la majorité de traiter le problème ?

Je ne sais pas où vous habitez, monsieur le rapporteur général, mais le risque que j'évoquais existe non pas tant dans les métropoles que dans les territoires éloignés, les territoires en souffrance. Si vous aimez vraiment les territoires, il faut créer les conditions pour que les répartiteurs puissent continuer à exercer partout leurs missions.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il n'est pas raisonnable de reporter encore la discussion au prochain PLFSS. Certains grossistes-répartiteurs peuvent commencer à discuter de plans de licenciement. Nous avons déjà des difficultés d'approvisionnement en médicaments ; si la livraison, elle aussi, pose problème, les entreprises choisiront de ne pas desservir les officines en milieu rural, ce qui forcera certaines d'entre elles à fermer. Cela aggravera encore la pénurie de personnel médical dans certains endroits. Il faut vraiment avoir conscience du phénomène, et il est urgent d'agir. Cela fait trop longtemps que nous reportons les décisions en la matière.

M. Jean-Carles Grelier. Chaque année, en France, entre 180 et 200 officines de pharmacie ferment, essentiellement en secteur rural, car quand il n'y a plus de médecin, c'est-à-dire de prescripteur, le pharmacien se trouve, lui aussi, en difficulté. En ajoutant à cela un problème d'approvisionnement, on va priver des territoires entiers de la République de la présence de ceux qui y sont les

derniers professionnels de santé. Au-delà même de l'importance économique de la question pour les entreprises de la répartition pharmaceutique, l'enjeu est aussi celui-là.

Quand il y a une volonté, il y a une voie, monsieur le rapporteur général. Si vous avez la volonté de faire avancer cette question, ouvrez la voie : laissez passer ces amendements. S'ils arrivent en séance en ayant été validés par la commission des affaires sociales, la voie sera ouverte à un débat plus que productif avec le Gouvernement. Celui-ci prendra conscience que les parlementaires ont décidé de se saisir de la question, qu'ils ne la considèrent pas comme accessoire, qu'on ne peut plus la renvoyer aux calendes grecques année après année.

Votre responsabilité est lourde. En repoussant ces amendements, vous envoyez un signal très fort que rien ne bougera : le dossier sera de nouveau renvoyé, le comité, pour plein de raisons, mettra encore des mois, voire des années à le traiter, et le jour où une décision sera prise, toute une partie du secteur de la répartition pharmaceutique sera déjà à terre, de même que certaines officines dans les territoires. Tel est l'enjeu, et nous saurons, en fonction de votre réaction, s'il y a vraiment une volonté de régler le problème.

M. le rapporteur général. Le comité a bel et bien pris du retard. On ne peut pas jeter la pierre aux équipes du ministère : depuis des mois, elles gèrent la crise vingt-quatre heures sur vingt-quatre. On peut comprendre les difficultés d'avancer, sur cette question comme sur d'autres.

Comme vous, je suis extrêmement vigilant à la bonne santé du secteur, étant moi-même élu d'un département rural, la Charente, qui rencontre les mêmes problèmes, à cet égard, que la Meurthe-et-Moselle. Toutefois, je ne sais pas si la réponse est forcément fiscale. Les travaux promis par Agnès Buzyn l'année dernière ne pourraient-ils pas déboucher sur d'autres solutions ? Il faut éviter de se fermer des portes. Je vous propose donc, tout en réitérant mon avis défavorable sur ces amendements, de revenir sur la question en séance avec le ministre.

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

Puis elle est saisie de l'amendement AS1008 de Mme Mireille Clapot.

Mme Mireille Clapot. Il s'agit ici de la contribution sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux implantables – c'est-à-dire, par exemple, les prothèses de hanche ou de genou.

En 2006, on espérait, par la taxation des dépenses de promotion des dispositifs médicaux implantables – prothèses de hanche ou de genou –, diminuer les dépenses liées à leur implantation. Or le mécanisme est un peu compliqué. D'une part, il y a un abattement forfaitaire de 50 000 euros, qui profite à d'autres entreprises que les entreprises françaises. D'autre part, le mode de calcul est imprécis, car les dépenses de commercialisation peuvent recouvrir aussi bien la

masse salariale, pour les sociétés ayant des employés, que l'ensemble des dépenses liées à des agents commerciaux, pour les entreprises qui y ont recours.

Nous demandons donc, à travers cet amendement, de supprimer l'abattement forfaitaire de 50 000 euros, ce qui ferait entrer des recettes supplémentaires, et de faire passer le taux de 15 % à 7,5 %.

M. le rapporteur général. Seules les entreprises dont le chiffre d'affaires est supérieur à 11 millions d'euros sont assujetties à cette contribution. En outre, les dispositions envisagées vont dans deux directions opposées : d'une part, supprimer l'abattement de 50 000 euros, d'autre part, diviser le taux de la contribution par deux en le faisant passer à 7,5 %.

Cette contribution a été créée dans l'objectif louable de désinciter les entreprises du secteur à accroître sans cesse leurs dépenses de publicité, dans un domaine largement pris en charge par l'assurance maladie. Elle n'est pas défavorable aux entreprises françaises par rapport aux entreprises étrangères, puisqu'elle porte non seulement sur les fabricants, mais aussi sur les importateurs de dispositifs médicaux étrangers. Par ailleurs, elle s'applique à la publicité faite en France, et non à la publicité faite à l'étranger par des entreprises françaises.

Enfin, supprimer l'abattement pour baisser le taux de la contribution revient à augmenter la fiscalité sur les entreprises moyennes du secteur et à la diminuer pour les plus importantes, ce qui ne me semble pas souhaitable.

Avis défavorable.

L'amendement est retiré.

La commission est ensuite saisie de l'amendement AS1009 de Mme Mireille Clapot.

Mme Mireille Clapot. L'amendement AS1009 porte sur le même sujet. J'ai bien entendu ce qu'a dit M. le rapporteur général, mais la question mérite d'être étudiée dans le détail : en 2004, le législateur n'avait pas inclus dans le mécanisme de la contribution les dispositifs médicaux implantables. Ce n'est qu'en 2006 qu'ils ont été intégrés. L'existence de litiges devant le tribunal des affaires de sécurité sociale montre que la question n'est pas totalement claire : les interprétations diffèrent.

L'amendement AS1009 demande donc la remise d'un rapport sur l'efficacité de cette contribution. Je rappelle que celle-ci a pour objet, *in fine*, de limiter non pas tant les dépenses de commercialisation que celles liées à l'implantation des dispositifs eux-mêmes. Or il n'est pas du tout prouvé qu'il y a un rapport entre les deux.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

L'amendement est retiré.

TITRE II CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 18

Financement de la branche autonomie et transferts financiers entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale

La commission adopte l'article 18 sans modification.

Avant l'article 19

La commission examine l'amendement AS155 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Cet amendement prévoit l'extinction progressive sur deux ans de l'allègement de cotisations patronales d'assurance maladie au titre du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), qui représente un coût annuel de 22 milliards d'euros pour l'assurance maladie. Ce dispositif, distribué aux entreprises sans contrepartie, a montré son inefficacité en termes de création d'emplois : le dernier rapport d'évaluation fait état de 100 000 emplois créés entre 2013 et 2017, pour une dépense publique de 90 milliards d'euros – excusez du peu !

M. le rapporteur général. Votre amendement entraînerait une augmentation – en biseau, il est vrai – de 22 milliards d'euros d'ici à 2023 du coût du travail. Cette hausse est encore moins acceptable compte tenu du contexte.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Nous poursuivrons ce débat, car il faut savoir tirer les leçons des rapports publiés sur la question : reconnaissez que cela fait cher l'emploi créé. Peut-être ne se tromperait-on pas en essayant de trouver des mécanismes plus efficaces...

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS156 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Il s'agit d'un amendement de repli. L'allègement de cotisations patronales représente une perte de recettes de 22 milliards d'euros pour l'assurance maladie, participant à l'assèchement des ressources de la sécurité sociale – à quoi s'ajoute la dette importante dont celle-ci a été chargée il y a quelques semaines. En outre, l'allègement est accordé aux entreprises sans contrepartie. À défaut d'obtenir sa suppression, il est proposé ici de limiter ses effets aux seules entreprises qui ne distribuent pas en dividendes une partie substantielle des bénéfices enregistrés. Il s'agit donc de faire en sorte que l'argent du CICE ne serve pas à grossir des dividendes.

M. le rapporteur général. Des amendements identiques à celui-ci ont déjà été défendus les années précédentes. Il conduirait à exclusion du bénéfice de ces allègements une partie des entreprises au motif du choix d'investissement qu'elles font. Cela ne ferait que diminuer l'attractivité de la France en matière d'investissements internationaux quand nous avons besoin, au contraire, de la réunion de toutes les conditions possibles pour lutter contre la récession.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Vous donnez tout le pouvoir à la finance en lui accordant les moyens de continuer à décider du sort de nos industries, de nos entreprises, de nos emplois – de nos vies. Cette politique néolibérale a montré ses limites : il est grand temps d'en sortir !

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS157 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Il s'agit d'inscrire des contreparties aux aides, pour que l'argent public distribué réponde à des objectifs d'intérêt public. Nous proposons ainsi de minorer la réduction en fonction du nombre de fins de contrat de travail, à l'exclusion des démissions ; de la nature des contrats de travail et de leur durée ; de la politique d'investissement de l'entreprise ; de l'impact de l'entreprise sur l'environnement, mais aussi de la taille de cette dernière. De tels critères pourraient être très utiles. J'observe que, s'agissant des mesures fiscales contenues dans le projet de loi de finances pour 2021, ce sont une nouvelle fois les très grandes entreprises qui vont se tailler la part du lion.

M. le rapporteur général. Alors que le Gouvernement et la majorité essaient de donner de la visibilité aux entreprises, en particulier cette année, les critères que vous proposez apparaissent flous ; ils pourraient entraîner une instabilité dans le recours aux allègements.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS158 de M. Pierre Dharréville, AS725 de M. Joël Aviragnet et AS411 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. L'amendement AS158 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 rémunérations inférieures à 1,6 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

création d'emploi 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 permettrait de rendre 4 milliards d'euros de recettes à la sécu et de financer des dispositifs de soutien au pouvoir d'achat pour les familles, ou encore aux jeunes affectés par la crise économique – mesures qui sont absentes du plan de relance alors qu'elles auraient, elles, un véritable effet sur l'économie.

M. Joël Aviragnet. L'amendement AS725 prévoit, lui aussi, de limiter le champ d'application de l'allègement de cotisations patronales familiales, mais aux salaires inférieurs à 2 SMIC, comme le prévoit le rapport Vachey. Tous les rapports, d'ailleurs, convergent : quand les exonérations portent sur des salaires supérieurs à 2 SMIC, elles ne se traduisent pas par des créations d'emploi. L'argent consacré à ces dispositifs pourrait être réaffecté à la sécurité sociale, d'autant que nous sommes dans une période difficile. Il pourrait aussi financer la cinquième branche, récemment créée.

M. Pierre Dharréville. L'amendement AS411 est un amendement de repli : il vise à limiter le champ d'application de l'allègement de cotisations patronales familiales aux salaires ne dépassant pas 2,5 SMIC.

M. le rapporteur général. L'ensemble de vos amendements aurait un coût s'élevant tout de même à 1 ou 2 milliards d'euros selon que l'on plafonne l'exonération à 2 ou 1,6 SMIC. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas vraiment l'année pour alourdir le montant des cotisations pesant sur les entreprises, pour les raisons précédemment exposées.

Avis défavorable.

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

Puis elle examine l'amendement AS159 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. La réduction générale de cotisations patronales sur les bas salaires ou « allègements Fillon » est accordée aux entreprises indépendamment de leurs pratiques en matière d'emplois, de salaires, d'investissement ou de leur impact sur l'environnement. Là aussi, nous proposons d'instaurer certains critères.

M. le rapporteur général. Avis défavorable, pour les raisons déjà évoquées précédemment.

M. Pierre Dharréville. Face à la crise sanitaire, sociale et économique qui se développe, le Gouvernement a pris des dispositions exceptionnelles censées répondre aux particularités de la situation. Ce n'est pas de cela qu'il s'agit ici ; il s'agit de discuter de la structure pérenne du financement de la sécurité sociale. Chacun peut convenir que nous avons besoin que la sécurité sociale soit au rendez-

vous et il nous incombe de prendre des mesures assurant correctement son financement.

Quand on voit que les exonérations décidées n'ont pas les résultats escomptés, voire qu'elles ont des effets délétères, comme l'accélération de la destruction d'emplois, on doit s'interroger et s'assurer que l'argent injecté par la puissance publique a quelques pouvoirs vertueux sur l'organisation de l'économie. Or vous renoncez au pouvoir d'investissement de la finance, laissant chacun faire ce qu'il veut de l'argent qu'il a reçu. Vous devriez essayer d'avoir un peu de prise sur l'économie, sinon nous courons à de nouvelles catastrophes.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS160 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Il s'agit de limiter le bénéfice des allègements généraux de cotisations sociales patronales aux seules entreprises qui s'engagent à augmenter les rémunérations des salariés, pour éviter le phénomène de trappe à bas salaires. Seules les entreprises d'au moins cinquante salariés dont plus de la moitié ont une rémunération supérieure à 1,6 SMIC pourraient bénéficier des réductions de cotisations patronales sur les bas salaires. La logique est toujours celle d'une intervention vertueuse sur l'économie.

M. le rapporteur général. Avis toujours défavorable.

Votre amendement aboutirait à priver du bénéfice des allègements généraux sur les bas salaires des entreprises qui emploient précisément une majorité de travailleurs rémunérés à moins de 1,6 SMIC.

Par ailleurs, vous ne chiffrez pas les conséquences de cette restriction : elle aboutirait mécaniquement au renchérissement du coût du travail des salariés de cette tranche de rémunération. Les effets, même réduits, seraient donc comparables à ceux de vos amendements précédents.

M. Pierre Dharréville. Dans votre analyse, vous oubliez que le dispositif que je propose permettrait de relever les salaires, avec à la clé un impact certain sur des dynamiques économiques réellement reliées aux besoins.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS161 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Il s'agit de supprimer de manière progressive, entre 2021 et 2023, le dispositif « Fillon » qui, outre son coût annuel pour les finances sociales, encourage la création d'emplois mal rémunérés.

M. le rapporteur général. Même si, dans sa forme, le dispositif est plus respectueux des choix que peuvent faire les entreprises et de leur capacité à recruter des personnes rémunérées entre 1 et 1,6 SMIC, vous condamnez à terme tout autant

ces tranches de rémunération, alors que, dans de nombreux secteurs, à commencer par l'agriculture, c'est essentiel.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Je suis favorable à ce que vous instauriez des aides spécifiques pour le monde agricole. Mais ce n'est pas ce que vous faites.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS1179 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. En France, les femmes gagnent en moyenne 24 % de moins que les hommes. L'an dernier, on estimait qu'à partir du 5 novembre, en raison des inégalités salariales, les femmes travaillaient bénévolement jusqu'à la fin de l'année. Elles représentent 80 % des travailleurs pauvres, et la course à la précarisation les touche de plein fouet. Malgré les lois successives en matière d'égalité professionnelle, les écarts en matière de salaire cessent de se réduire.

Face à ce constat inadmissible, nous proposons de supprimer les exonérations de cotisations sociales patronales pour les entreprises ne respectant pas les obligations en matière d'égalité salariale. Non seulement l'égalité salariale est nécessaire par principe, mais elle améliorerait les conditions de vie de nombreuses personnes et permettrait de renflouer les caisses de la sécurité sociale gravement mises à mal par les mesures d'austérité et les mesures d'exonération des gouvernements successifs.

Parce qu'il faut en finir avec la culture patriarcale, la mesure que nous proposons, fortement dissuasive pour les entreprises ne respectant pas l'égalité salariale, permettrait des avancées décisives.

M. le rapporteur général. Je partage, bien entendu, votre préoccupation d'une rémunération égale entre les femmes et les hommes dans les entreprises, et plus généralement de l'égalité entre les femmes et les hommes. C'est d'ailleurs l'objet de l'allongement du congé de paternité prévu dans ce PLFSS.

Les plans d'action destinés à assurer l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes font déjà l'objet de mesures d'ordre public dans le code du travail. Cette obligation s'applique donc à l'ensemble des employeurs et fait l'objet d'une sanction. Quant à celle que vous envisagez, à savoir la suppression de la réduction sur les rémunérations entre 1 et 1,6 SMIC, je crains qu'elle ne manque sa cible : les victimes seraient, au moins en partie, les personnes ayant des salaires dans ces tranches, qui auraient plus de difficultés à être embauchées ou renouvelées.

Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Chaque année, vous trouvez une nouvelle excuse pour ne pas aller jusqu'à l'égalité salariale. Si vous ne sanctionnez pas les entreprises qui ne respectent pas leurs obligations en matière d'égalité salariale à travers les

exonérations de cotisations sociales, vous n’y arriverez jamais ! Je croyais pourtant que c’était la priorité du quinquennat Macron...

La mesure que je propose risquerait de manquer sa cible, dites-vous. Croyez-vous qu’un supermarché qui n’embauche que des femmes va tout à coup se mettre à ne recruter que des hommes ? Avec mon amendement, il serait obligé de payer les femmes de la même façon que les hommes.

Pendant le confinement, on a beaucoup parlé de ces femmes qui sont allées travailler, de ces premières de corvée. Sachons au moins les remercier dans ce PLFSS et faisons en sorte qu’elles aient le même salaire que les hommes !

M. Pierre Dharréville. Pendant le confinement on a beaucoup entendu de généreuses intensions sur le respect des métiers, sur les inégalités entre les femmes et les hommes, etc. Il conviendrait de prendre des décisions plus offensives en la matière. De quoi s’agit-il ici ? Relisez l’amendement : l’entreprise n’est sanctionnée que s’il n’y a pas eu d’accord ou de plan ; si elle respecte ses obligations légales, l’aide est maintenue. C’est frappé au coin du bon sens !

La commission rejette l’amendement.

Puis elle examine les amendements identiques AS162 de M. Pierre Dharréville et AS719 de M. Joël Aviragnet.

M. Pierre Dharréville. Mon amendement prévoit la suppression de la désocialisation des heures supplémentaires instaurée en 2019. Présenté comme une mesure de pouvoir d’achat, ce dispositif non compensé entraîne une perte de recettes de 1,8 milliard d’euros par an pour la sécurité sociale, ce qui remet en cause son autonomie financière et limite sa capacité à répondre aux besoins sociaux.

En outre, le rapport rendu par Boris Vallaud en juin 2020 au sujet de ce dispositif dans le cadre du Printemps social de l’évaluation indique que « *la pertinence de l’exonération est profondément remise en cause, tant sur le plan du gain de pouvoir d’achat que de l’encouragement à un temps de travail prolongé* ». Il incite également à travailler plus pour les salariés en poste au détriment de la création d’emplois et de la promotion de la santé au travail. L’augmentation du pouvoir d’achat doit passer par l’augmentation des salaires.

M. Joël Aviragnet. La désocialisation et la défiscalisation des heures supplémentaires désincite clairement les entreprises à recruter, alors qu’il serait nécessaire d’embaucher pour rétablir l’équilibre des comptes sociaux, mis à mal par la crise sanitaire sans précédent que nous traversons. Les supprimer serait une mesure de bon sens.

M. le rapporteur général. Que M. Dharréville appuie son argumentation sur un rapport issu du Printemps de l’évaluation me conforte dans l’idée que cet exercice est utile à l’éclairage de nos débats budgétaires de l’automne.

Sur le fond, néanmoins je ne partage pas le diagnostic. Ces exonérations ont bel et bien des effets positifs.

D’abord, sur le gain de pouvoir d’achat : pour un salarié au niveau du SMIC, effectuer quatre heures supplémentaires par semaine, en passant de 35 à 39 heures, s’accompagne d’un gain net de plus de 300 euros par an.

Ensuite, sur le public visé : ce gain bénéficie en priorité aux ouvriers et aux employés qui recourent trois fois plus aux heures supplémentaires que les cadres et les professions supérieures, d’après les données de la direction de l’animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES). Ce gain bénéficie aussi davantage aux salariés des très petites entreprises et des petites et moyennes entreprises, qui représentent plus de la moitié des heures supplémentaires. Votre amendement rétablit, à l’inverse, 1,8 milliard d’euros sur les travailleurs.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. D’un côté, vous tirez les salaires vers le bas, de l’autre, vous demandez aux gens de travailler davantage. Il y a là quelque chose d’assez pervers, mais cela ne nous surprend pas.

Quant au Printemps de l’évaluation, cela avait bien commencé, mais nous n’y avons cru qu’un temps...

Mme Delphine Bagarry. Pourquoi ne parle-t-on jamais du gain qu’apportent les cotisations sociales ? Alors que les comptes sociaux risquent d’être fortement dégradés, à cause notamment des licenciements, alors que l’on ne sait pas quelles seront les recettes de la sécurité sociale, on envoie un mauvais signal en ne disant pas d’où vient l’argent. Les cotisations sociales permettent à chacun, ouvrier comme cadre, d’être protégé. Il faut cesser de vanter les primes désocialisées comme pourvoyeuses de pouvoir d’achat. Le pouvoir d’achat, c’est aussi de pouvoir se soigner correctement. Rendons la conscience que la protection de chacun est une responsabilité mutuelle !

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

*Suivant l’avis défavorable du rapporteur général, elle **rejette** ensuite l’amendement AS1183 de M. François Ruffin.*

Puis elle examine l’amendement AS1180 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. Le confinement a mis à l’arrêt un grand nombre de nos entreprises, plongeant dans la difficulté les plus petites et plus fragiles d’entre elles. Pendant cette même période, de grands groupes tels Auchan, Cargill ou encore Total ont, eux, engrangé d’énormes profits. La plupart avait déjà bénéficié du CICE sous le quinquennat de François Hollande. Créé en 2013, ce crédit d’impôt devait aider à améliorer la compétitivité des entreprises françaises, en passant par la création d’emplois, la transition écologique et énergétique et le développement des

formations. Depuis son entrée en vigueur, le comité de suivi du CICE en dresse un bilan très mitigé. Dans un souci de souveraineté, de justice sociale et fiscale, il est urgent de contrôler l'apport des aides publiques ainsi que leur utilisation.

Cet amendement vise à punir le détournement de l'argent public mis à disposition en urgence par l'État. Les entreprises qui touchent des aides publiques mais qui ne respectent pas les normes sociales et environnementales devront être sanctionnées et s'acquitter de sommes qui seront reversées au budget de la sécurité sociale.

M. le rapporteur général. Outre ses effets économiques, la mesure que vous proposez créerait de l'incertitude pour nos entreprises, au vu du caractère très vague des obligations sociales et environnementales visées. La sanction que vous prévoyez et la conditionnalité des allègements généraux que vous souhaitez fixer en même temps ajouteraient à la confusion. D'ailleurs, le principe selon lequel on n'applique pas deux peines pour le même fait fragilise juridiquement le dispositif.

Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Je ne vois pas ce qu'il y a de compliqué : une entreprise, Auchan pour ne pas la citer, qui gagne de l'argent grâce aux aides publiques ne doit pas pouvoir licencier. Si elle licencie, elle doit rendre l'argent public qui est versé dans les caisses de la sécurité sociale. Point !

M. Pierre Dharréville. Je n'ai pas compris ce qu'entend le rapporteur général par la double peine pour un même fait. La condition, ce n'est pas une sanction, c'est une règle.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS164 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. L'annexe 5 du PLFSS, qui retrace les différentes mesures d'exonération 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 rapport de 2019 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale : « *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.* » La Cour 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 – a atteint 68 milliards d'euros en 2019, ou 90 milliards si on intègre les taux réduits de contribution sociale généralisée (CSG). 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 par les entreprises de ces dispositifs.

Ce doublement colossal devrait quand même nous interroger. C'est pourquoi je propose que le Gouvernement remette au Parlement un rapport évaluant de manière précise et détaillée l'impact des dispositifs d'exonérations de cotisations sociales sur les créations d'emplois, les salaires et l'investissement des entreprises.

M. le rapporteur général. Bien qu'elle ne recense pas l'impact sur les salaires et l'investissement de manière aussi exhaustive que vous l'envisagez, l'annexe 5 nous offre une information consacrée intégralement aux exonérations, qu'elles soient générales ou ciblées, avec leur coût, le public éligible, leurs modalités ou non de compensation et leur évaluation. Sur ce dernier point, je vous l'accorde, nous gagnerions à progresser, mais c'est un progrès que nous pouvons faire aussi, nous, parlementaires.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 19

Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 5

La commission adopte l'article 19 sans modification.

Après l'article 19

La commission est saisie de l'amendement AS167 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Outre leur coût exorbitant pour les finances publiques, es différents dispositifs d'allègements de cotisations sociales patronales ne sont pas toujours efficaces au regard des créations d'emplois et ne permettent pas une élévation du niveau de qualification et de rémunération des travailleuses et des travailleurs de notre pays.

Afin de limiter l'inflation de ces dispositifs, cet amendement crée un principe de non-prolifération des mesures d'exonération de cotisations sociales, exigeant que chaque nouveau dispositif s'accompagne de la suppression d'un dispositif existant pour un montant équivalent. De tels objectifs sont parfois fixés avec moins de scrupules – ceux de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), par exemple. À force d'accorder des exonérations, on risque d'atteindre bientôt les limites et de voir se transformer profondément le financement de la sécurité sociale, et surtout d'assécher ses ressources. Il est grand temps de s'interroger.

M. le rapporteur général. L'efficacité des allègements pourrait faire l'objet d'une étude dans le cadre du Printemps social de l'évaluation. La Cour des comptes avait aussi souligné les déficiences affectant l'évaluation de l'efficacité d'un certain nombre d'exonérations ciblées sur lesquelles il pourrait être pertinent de revenir à terme, en matière de périmètre et de public ciblé.

Votre amendement paraît toutefois trop mécanique pour adapter le système d'allègements en fonction de la qualité de chacun d'entre eux.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 20

Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse pour 2021

La commission est saisie de l'amendement AS1184 de M. Jean-Hugues Ratenon.

Mme Caroline Fiat. Le CICE, comme les baisses pérennes de charges sociales qui lui ont succédé, est un dispositif inefficace, très coûteux pour l'État, pas toujours compensé pour la sécurité sociale et très lucratif pour les actionnaires des grosses entreprises. Entre 2013 et 2017, il a coûté à la collectivité environ 90 milliards d'euros, soit plus de 18 milliards d'euros par an. Cela représente annuellement quatre impôts de solidarités sur la fortune, quatorze fois le budget du centre hospitalier universitaire de Toulouse. Le nombre d'emplois créés a été de 100 000 environ, chacun coûtant plus de 160 000 euros par an – à rapprocher du coût du SMIC brut, de 14 000 euros environ par an.

En tout, chaque emploi nous a coûté près de 1 million d'euros sur cinq ans, et le Gouvernement accepte, sans exiger aucune contrepartie, que le patronat bénéficie d'une réduction sur l'ensemble des cotisations sociales qu'il doit.

Il convient de supprimer ce dispositif qui creuse les inégalités et menace l'équilibre de notre système de protection sociale. Tel est l'objet de cet amendement.

Madame la présidente, j'espère ne pas avoir trop dérangé certains de mes collègues dans leurs conversations privées.

M. le rapporteur général. Je ne doute pas que vous ayez bien écouté nos débats sur l'article précédent ; aussi ne reprendrai-je pas les différents arguments.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 20 sans modification.

Article 21

Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du FSV pour 2021

La commission examine, en discussion commune, les amendements AS1177 de M. Michel Larive et AS1178 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. Un salarié français travaille en moyenne quarante-cinq jours par an pour rémunérer ses actionnaires. Sur 100 euros de bénéfices, 67 sont réservés à ces derniers et seulement 5 sont consacrés à des primes pour les salariés. La profonde crise sociale que notre pays traverse appelle à une plus juste répartition des richesses. Or la seule réponse du Gouvernement à cette aspiration légitime n'a reposé que sur un logiciel périmé, celui de la baisse des cotisations sociales salariales faisant croire à une augmentation du salaire net. L'entreprise de communication du Gouvernement a abondamment été relayée. Comme si cela ne suffisait pas, chaque salarié peut désormais vérifier sur sa fiche de salaire ce qu'il a prétendument gagné par ces exonérations de cotisations.

Toutefois, le Gouvernement omet sciemment d'évoquer le coût social de ces mesures d'exonération. En effet, les cotisations sociales sont une partie intégrante du salaire socialisé et différé des travailleurs. Elles participent à financer notre système collectif de protection sociale, fondé sur le principe selon lequel chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins. Ces exonérations affaiblissent donc son financement et les services rendus. Un euro de cotisation de moins, c'est un euro en moins pour les soins, les hôpitaux, la prise en charge des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD), l'accompagnement des femmes enceintes, etc. Baignant dans un discours libéral généralisé, les assurés sociaux n'en apprendront pas les conséquences par voie de presse.

C'est la raison pour laquelle nous demandons, par l'amendement AS1177, que le Gouvernement, attaché à la transparence et à la bonne compréhension des enjeux, fasse apparaître sur les mêmes fiches de salaire les conséquences sociales et sanitaires des exonérations de cotisations sociales.

L'amendement AS1178 a le même objet concernant l'allègement de charges, seule ambition qu'a pu nous présenter le Gouvernement, même après le confinement et la crise inédite que nous venons de traverser, et qui est toujours présenté pour les salariés comme une hausse de salaire.

M. le rapporteur général. Vous souhaitez faire apparaître les conséquences négatives des exonérations de cotisations sur les bulletins de paye. Je vous rappelle que l'essentiel de ces exonérations a été compensé par de la TVA ou des crédits budgétaires par l'État, notamment s'agissant des allègements généraux ou encore des exonérations votées en 2020 ; les droits contributifs ont été

systématiquement préservés, et beaucoup de ces exonérations, notamment celles relatives aux heures supplémentaires, ont été favorables au pouvoir d'achat des salariés et donc à la rémunération du travail.

Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Je ne vois pas pourquoi on ne peut pas préciser sur les fiches de salaire la réalité du quotidien des gens ni à quoi servent les cotisations sociales. C'est bien vous qui parlez tout le temps de transparence ! En demandant qu'il soit précisé à quoi servent toutes les lignes sur les fiches de salaire, nous proposons une vraie transparence – surtout que beaucoup de gens ne savent pas lire leur feuille de paye. Il faut qu'ils comprennent qu'on leur fait croire qu'ils peuvent gagner plus, alors qu'en fait ils perdent ailleurs. Je ne comprends pas pourquoi vous vous y opposez...

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

*Puis elle **adopte** l'article 21 **sans modification**.*

Article 22

Approbation de l'annexe C, de l'objectif d'amortissement de la dette sociale ainsi que des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et de mises en réserve au Fonds de solidarité vieillesse

La commission examine, en présentation commune, les amendements identiques AS1143 de M. Michel Larive et AS1144 de M. Jean-Hugues Ratenon ainsi que les amendements AS1136 de M. Adrien Quatennens et AS1151 et AS1181 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Je précise que ces amendements n'ont pas grand-chose à voir entre eux.

Les amendements identiques AS1143 et AS1144 créent une cotisation sociale spécifique sur les transactions financières. Puisque le Gouvernement voit dans la vente par des particuliers de biens neufs ou d'occasion une activité professionnelle de complément justifiant le prélèvement de cotisations, nous considérons comme essentiel que l'activité d'échange de titres d'acquisition de capital bénéficie à la sécurité sociale.

L'État organise la faillite de la sécurité sociale en réduisant l'ensemble des cotisations qui viennent abonder les fonds de celle-ci. Il est fondamental de supprimer l'ensemble des exonérations de cotisations à visées incitatives. Si l'État souhaite inciter les entreprises à être vertueuses, que ne le fait-il sur son propre budget ? En outre, de nombreuses cotisations qui devraient être prélevées ne le sont pas, allégeant encore les recettes de la sécurité sociale.

De nombreux leviers existent pour permettre à la sécurité sociale de retrouver une bonne santé, sans contraindre les budgets qui pèsent sur les

établissements publics. L'amendement AS1136 tend ainsi à créer une cotisation spécifique sur les revenus dont le montant dépasse cinq fois le montant du plafond de la sécurité sociale, ce qui devrait apporter une contribution plus dynamique au financement de celle-ci.

L'hôpital public souffre depuis des années du manque de personnels, de matériels, et d'entretien des infrastructures. La crise du covid-19 a montré que cette souffrance met en danger les patients comme les personnels, qui travaillent jour et nuit avec des moyens dérisoires. Le déficit des établissements publics est évalué à 650 millions d'euros en 2018. En cause, une baisse des tarifs que leur paye l'assurance maladie. Condamnés à faire toujours plus avec toujours moins, beaucoup d'hôpitaux vivent sous perfusion. Même les paquebots que sont les centres hospitaliers universitaires (CHU) dérivent. Selon la conférence des directeurs généraux des CHU, un établissement sur deux est en déficit et leur déficit global a bondi, en 2017, de 52 à 268 millions d'euros.

Le ministère de la santé réfléchit à de nouveaux modes de financement qui prennent mieux en compte le travail des établissements et les besoins de la population. Mais sans hausse de moyens, il est peu probable qu'une simple redistribution suffise à redonner des couleurs à l'hôpital. En neuf ans, les tarifs payés par l'assurance maladie aux hôpitaux pour rémunérer leurs actes ont baissé de 5 % tandis que, dans le même temps, l'inflation grimpait de 9,4 %. Notre hôpital public est un bien commun ; on ne peut pas le laisser dans des conditions de détérioration extrêmes. Alors que la santé est un droit inaliénable pour toutes et tous, le nombre de *burn out* a explosé chez les soignants et les services ne désespèrent pas. Remettre debout notre hôpital public afin d'assurer la santé de l'ensemble de nos concitoyens dans des conditions optimales est crucial.

L'amendement AS1151 propose de créer de nouvelles cotisations prélevées sur les EHPAD à but lucratif qui réalisent chaque année des millions d'euros de profit – ceux du groupe Korian, leader sur le marché français affichent plus de 30 millions d'euros de chiffre d'affaires en 2019. Cet amendement permettrait de redonner vie à l'hôpital public, qui peine à fonctionner correctement par manque de moyens tandis que les actionnaires empochent chaque année des dividendes conséquents *via* les EHPAD privées à but lucratif.

Pour ce qui est de l'amendement AS1181, il vise les entreprises du CAC 40 que le rapport d'Oxfam de 2019 a signalées comme les plus gros payeurs de dividendes en Europe continentale, avec plus de 51 milliards d'euros distribués. Entre 2009 et 2016, ces entreprises ont redistribué 67,4 % de leurs bénéfices aux actionnaires et seulement 5,3 % aux salariés. L'analyse des propriétaires d'actions montre que le versement record de dividendes aux actionnaires bénéficie à une minorité fortunée, nourrissant les inégalités. Pour financer l'adaptation de la société au vieillissement, nous proposons de créer une contribution de solidarité sur les dividendes versés aux actionnaires, à hauteur de 0,5 % – comme la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie pour les retraités. Nous pourrions ainsi

augmenter de plusieurs centaines de millions d'euros le budget de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

M. le rapporteur général. J'entends votre préoccupation de redonner de l'air et du souffle à l'hôpital public. Dès lors, vous ne pourrez qu'être satisfaite par le Ségur de la santé et par l'effort sans précédent fourni pour revaloriser les salaires des soignants et investir dans l'hôpital public, aussi bien à travers de nouveaux fonds d'investissement que par la reprise de dette que nous avons votée cet été.

Vos amendements ont en commun de vouloir créer une cotisation spécifique dans des domaines qui sont déjà taxés : les acquisitions en capital le sont par l'intermédiaire de la CSG et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) sur le capital, les bénéfices des EHPAD à but lucratif sont assujettis à l'impôt sur les sociétés et le versement des dividendes, aux prélèvements fiscaux et sociaux de droit commun, à hauteur de 17,2 % pour les prélèvements sociaux. Cela ne ferait qu'ajouter des taxes aux taxes.

Avis défavorable.

Mme Delphine Bagarry. Les aides publiques octroyées aux établissements privés posent tout de même question, car elles sont bien réelles. Que ce soit pour la revalorisation des salaires ou pour les reprises de dette, ces établissements vont être aidés, au même titre que les établissements publics, alors qu'ils font du profit. Il me semblerait normal qu'on leur demande en contrepartie une contribution supplémentaire.

Mme Caroline Fiat. Si tout ce que nous demandons existe déjà, nous considérons que ce n'est pas assez. Par exemple, les EHPAD privés à but lucratif, qui bénéficient d'aides financières publiques, sont les établissements où le ratio soignants/résidents est le plus faible, et cela pour que les actionnaires puissent s'en mettre encore plus dans les poches. C'est une honte ! Comme le résultat, c'est que ce sont eux les plus grands pourvoyeurs de patients à l'hôpital, ils pourraient participer au financement de celui-ci.

Je rappelle que durant le confinement, il avait fallu que nous nous fâchions en apprenant, à l'occasion de l'audition des représentants des EHPAD privés à but lucratif, que le groupe Korian allait distribuer, en pleine crise sanitaire, pour 53 millions d'euros de dividendes alors qu'il y avait plein de morts dans les EHPAD, pour qu'on annonce le lendemain que tout compte fait, ces dividendes ne seraient pas distribués – comme quoi il arrive que nous servions à quelque chose !

Je vous appelle donc, chers collègues, à voter pour l'amendement AS1151, car il n'est pas anodin. Demander aux EPHAD privés à but lucratif, dès lors qu'on ne les interdit pas, de participer au financement des hôpitaux publics, c'est la moindre des choses !

Mme Audrey Dufeu. La reprise de dette ne concerne bien évidemment pas les établissements privés à but lucratif. Seuls sont concernés les établissements

publics et les établissements associatifs – qui font eux aussi partie du secteur privé – , c’est-à-dire ceux qui ont une mission d’intérêt général.

Quoi qu’il en soit, on est là complètement hors sujet.

Mme Monique Iborra. Dans la période de crise que nous traversons, et eu égard à la volonté de la majorité et de l’ensemble des groupes d’aboutir à une loi ambitieuse sur le grand âge, la question peut en effet se poser d’une participation éventuelle du secteur privé à but lucratif. S’il n’est pas interdit d’y réfléchir, ce n’est toutefois pas à la faveur d’un amendement au PLFSS – de quelque groupe qu’il provienne – qu’on va régler le problème.

La commission rejette successivement les amendements.

Elle est ensuite saisie de l’amendement AS1158 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. Les exonérations de cotisations se multiplient, à des fins prétendument incitatives. Par exemple, l’article 29 de la loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel a créé un système de bonus-malus à destination des entreprises faisant trop usage de contrats courts. La participation et l’intéressement sont exonérés de cotisations. Cette année, qui marque les soixante-quinze ans de la sécurité sociale, est aussi la première où les cotisations sociales ne sont plus majoritaires dans son financement.

Symboliquement, cela traduit une perte d’autonomie importante pour la sécurité sociale. Techniquement, une telle structure financière met en danger l’intégralité de la construction de la protection sociale que nous connaissons depuis 1946 ; si la sécurité sociale est mise sous la coupe des budgets de l’État, elle pourra être victime des tentatives d’assèchement que les régimes néolibéraux essaient de mettre en œuvre afin de développer des alternatives privées. Nous proposons, par cet amendement, d’augmenter les recettes en provenance des cotisations sociales.

M. le rapporteur général. C’est un débat que nous avons déjà eu. S’agissant de cet amendement, non seulement nous avons un désaccord sur le fond, mais la méthode proposée me semble étrange.

Le Parlement peut toujours revenir sur ce qu’il a fait, et nous débattons régulièrement, notamment à l’occasion de l’examen des PLFSS, des mesures de compétitivité que nous avons prises depuis le début de la législature. Laisser à l’État, donc au Gouvernement, le soin de désigner des entreprises qui n’auraient pas droit aux exonérations, sans fixer dans la loi de règles générales ni de conditions, reviendrait à appauvrir considérablement notre rôle de législateur.

Avis défavorable.

La commission rejette l’amendement.

Puis elle examine l’amendement AS1185 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. La suppression de l'impôt de solidarité sur la fortune (ISF) a participé à l'explosion des inégalités depuis l'élection d'Emmanuel Macron : c'est ce que révèle le récent rapport du comité d'évaluation des réformes de la fiscalité du capital, réalisé sous l'égide de France Stratégie et publié le 8 octobre. Les dividendes versés aux actionnaires sont ainsi passés de 14,3 milliards d'euros en 2017 à 23,2 milliards trois ans plus tard, soit une hausse de 60 % – félicitations ! En revanche, rien ne conclut à un effet bénéfique sur l'activité économique. Pire, de nombreux Français sont passés sous le seuil de pauvreté – comme quoi le ruissellement, ce n'était pas vers le bas, c'était vers le haut ! Jamais les inégalités n'ont été si fortes et l'extrême pauvreté connaît une progression galopante. Le 25 avril 2019, Emmanuel Macron avait déclaré : « *Cette réforme [...] sera évaluée en 2020 et [...] si elle n'est pas efficace, nous la corrigerons.* ». Eh bien, 2020 c'est maintenant !

Cet amendement vise, par conséquent, à rétablir l'ISF et à en verser à titre exceptionnel pour l'année 2021 la totalité du produit à la sécurité sociale, qui a été lourdement touchée par la crise sanitaire.

« Quoi qu'il en coûte », avait dit Emmanuel Macron – pour le citer de nouveau. Autant donner ces 4 milliards d'euros à la sécurité sociale pour faire plaisir à votre Président de la République !

M. le rapporteur général. « Notre » Président de la République, voulez-vous dire, madame Fiat.

Nous avons déjà eu le même débat hier au sujet de l'impôt sur la fortune immobilière – c'est d'ailleurs la troisième fois que nous l'avons depuis le début de la discussion du PLFSS.

Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. « Notre » Président a dit qu'il faudrait évaluer la réforme en 2020 – sauf erreur, nous y sommes – et que s'il s'avérait qu'elle n'était pas efficace, on la corrigerait. C'est précisément l'objet de cet amendement.

Les dividendes sont passés de 14 milliards d'euros à 23 milliards : cela montre bien que cela ne fonctionne pas – à moins que le but de la manœuvre n'ait été de provoquer un ruissellement vers le haut, auquel cas bravo, cela a très bien fonctionné ! De deux choses l'une : soit vous avez menti aux Français et il faut que vous assumiez le résultat, soit vous êtes cohérents et il faut que vous fassiez machine arrière. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas moi qui ai dit qu'il fallait revoir la copie en 2020 si cela ne marchait pas, c'est Emmanuel Macron, pour qui vous avez tous fait campagne.

M. Pierre Dharréville. Il est vrai qu'avec cette mesure, vous avez défié les lois de la gravité ! Même si le fait que le produit d'un tel impôt atterrisse dans les caisses de la sécurité sociale peut se discuter, d'un point de vue politique, la question de son éventuel rétablissement ou de sa réinvention se pose. France Stratégie, qui

est un service gouvernemental, a fait la démonstration que cette réforme avait eu des effets catastrophiques en permettant aux très riches de devenir encore plus riches. Vu la crise que nous traversons, il serait bon d'étudier la possibilité de les mettre à contribution.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 22 **sans modification**.*

Après l'article 22

La commission est saisie de l'amendement AS1164 de M. Jean-Hugues Ratenon.

Mme Caroline Fiat. À l'occasion de la crise sanitaire, de nombreuses recettes de la sécurité sociale ont été coupées du fait de la baisse d'activité et des reports de cotisations. Dans le même temps, les dépenses sociales se sont accrues. Le Gouvernement a donc procédé à un transfert du déficit de la sécurité sociale vers la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Par le passé, cette politique d'endettement a toujours servi à justifier des coupes drastiques.

Par son action, le Gouvernement entérine son renoncement à remettre sur pied notre protection sociale. Le remboursement de la dette sociale sera financé, non par des cotisations sociales, mais par deux impôts très peu progressifs : la CRDS et la CSG. Par cette mesure, le Gouvernement fait donc peser la crise sanitaire sur l'entièreté du corps social au lieu de mener une politique de redistribution des richesses, comme ont su le faire nos grands-parents après la guerre.

De plus, la CADES enrichit les spéculateurs. Dans un rapport d'ATTAC datant du 16 septembre 2017, on apprenait que la CADES émet des papiers commerciaux sans aucun contrôle, notamment à la City de Londres et au Luxembourg. À cette date, la CADES avait remboursé depuis sa création 140 milliards d'euros de dette sociale, essentiellement grâce aux impôts, et, dans le même temps, versé 52 milliards d'euros d'intérêts aux créanciers.

Parce que ce transfert a des conséquences néfastes sur notre système de sécurité sociale, le présent amendement tend à l'annuler.

M. le rapporteur général. Nous avons déjà débattu de très nombreuses reprises de cette question cet été, à l'occasion de l'examen du projet de loi relatif à la dette sociale et à l'autonomie. Lors de son audition, le président de la CADES nous a confirmé la très bonne qualité de la signature de celle-ci, ce qui permet aux Français de rembourser la dette sociale avec un taux d'intérêt négatif pour les emprunts réalisés fin août.

Par ailleurs, je vous rappelle que 31 milliards d'euros de dette ont été transférés au titre des déficits passés, et non de la crise, et 13 milliards au titre de la

dette hospitalière. Le financement de cette dette par la CSG et la CRDS permet, de surcroît, de faire contribuer le capital au remboursement, ce qui devrait vous satisfaire.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Article 23

Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt

*La commission **adopte** l'article 23 sans modification.*

Après l'article 23

La commission est saisie de l'amendement AS107 de Mme Marine Brenier.

Mme Isabelle Valentin. Les relations qu'entretiennent l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et la Caisse des dépôts et consignations soulèvent de nombreuses interrogations, de même que les choix financiers et budgétaires de cette dernière. C'est pourquoi nous souhaitons demander au Gouvernement de remettre un rapport sur le sujet, ce qui nous permettrait, à l'occasion de l'examen du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, de retenir de meilleures options pour ce qui concerne les besoins en trésorerie de l'ACOSS.

M. le rapporteur général. Vous trouverez de nombreux développements sur ce sujet très intéressant dans l'annexe 4. Je ne peux que regretter le délai dans lequel nous recevons cette année cette documentation très riche. Nous pourrions discuter des éventuels éléments manquants avec le Gouvernement en séance publique.

Demande de retrait ou, à défaut, avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Article 24

Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)

La commission examine l'amendement de suppression AS412 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. L'article 24 présente la trajectoire pluriannuelle des comptes de la sécurité sociale entre 2021 et 2024. Celle-ci resterait fortement déficitaire en 2024, notamment pour la branche maladie, en raison de l'insuffisance

des recettes et de la nécessité d'assumer des dépenses de santé en hausse par suite de la crise sanitaire et des engagements du Ségur de la santé. Parallèlement, les dépenses de base d'assurance maladie continueraient d'être compressées pour les quatre prochaines années, avec la fixation à 2,4 % de l'ONDAM hors covid-19, soit un niveau bien inférieur à la progression tendancielle des dépenses de santé, évaluée à 4,2 % lors de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Outre des dépenses compressées, le rapport entérine le renoncement à faire des efforts sur les recettes pour financer notre système de protection sociale. Il est ainsi exclu d'augmenter les impôts et les cotisations sociales. Il en résulte une dégradation des comptes de la branche maladie – moins 17 milliards d'euros – et de la branche vieillesse – moins 9,3 milliards d'euros – à l'horizon 2024. Cette mise en scène du retour du « trou de la sécu » prépare probablement de futures mesures d'austérité en matière de prestations maladie et de prestations retraite.

D'autres choix étaient possibles, notamment en utilisant les ressources dégagées à compter de 2024 – 18 milliards d'euros –, au moment de l'extinction de la dette sociale, ou la remise à plat des 68 milliards d'euros d'exonérations de cotisations sociales.

Nous sommes en désaccord avec ces orientations budgétaires de moyen terme ; c'est pourquoi nous demandons la suppression de cet article.

M. le rapporteur général. Il s'agit d'un article obligatoire de la loi de financement de la sécurité sociale : on ne peut le supprimer.

La trajectoire qui nous est présentée est effectivement assez préoccupante, mais elle correspond à des choix, d'une part, de relance, d'autre part, de revalorisation de l'hôpital, qui, dans leur orientation générale, me semblent approuvés très largement sur ces bancs.

La question des finances sociales a été mise à l'ordre du jour de l'agenda social et les partenaires sociaux ont été sollicités. Je souhaite que nous contribuions également à cette réflexion de moyen terme. Comptez sur moi pour essayer d'avancer à l'aide de solutions pérennes et équilibrées.

Avis défavorable – sans prétendre pour autant clore la question du rétablissement de l'équilibre.

M. Pierre Dharréville. Il est vrai, monsieur le rapporteur général, que cette trajectoire demanderait un débat approfondi entre nous ; à travers elle, c'est la question des missions mêmes de la sécurité sociale qui se pose. Continuons-nous à considérer que la sécurité sociale doit garantir des droits à caractère universel et porter l'ambition d'un progrès social ou l'envisageons-nous comme un simple filet de sécurité minimum, chacun faisant son marché pour obtenir une protection complémentaire ? La réduction des ressources de la sécurité sociale nous oriente plutôt vers la seconde solution – ce que, en ce qui nous concerne, nous ne souhaitons

pas. Nous appelons donc de nos vœux un débat approfondi qui, au-delà de nous, intéresserait tout le pays.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 24 **sans modification**.*

*Enfin, elle **adopte** la troisième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale **modifiée**.*

QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2021

Chapitre I^{er}

Mettre en œuvre les engagements du Ségur de la santé

Article 25

Revalorisation des carrières des personnels non médicaux dans les établissements de santé et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

La commission examine l'amendement AS880 de M. Sacha Houlié.

Mme Stéphanie Rist. Avec cet article, nous abordons la concrétisation des accords du Ségur de la santé signés par une majorité d'organisations syndicales. Il s'agit ici de reconnaître l'engagement des plus de 1,5 million de professionnels exerçant dans les établissements de santé ou en EHPAD. La revalorisation salariale de 183 euros par mois, prise en compte dans le calcul des droits à la retraite, équivaut à 49 points d'indice. C'est une mesure que la majorité salue.

M. le rapporteur général. Le présent amendement tend à préciser, à l'article 25 relatif aux revalorisations salariales, qu'aucune discrimination ne peut être faite au sein de la fonction publique sur des critères autres qu'objectifs. Ce principe étant déjà consacré par la loi et par la jurisprudence du Conseil d'État, il s'agit d'un amendement avant tout déclaratoire.

Il me semble que c'est surtout un amendement d'appel, et je ne veux pas éviter le débat ; au contraire, je propose que nous l'ayons dès maintenant. Je précise que mon avis vaudra également pour tous les amendements qui suivent, à l'article 25 et après l'article 25.

Tout d'abord, je me félicite des mesures contenues dans le présent article : les revalorisations prévues pour l'hôpital et les EHPAD sont absolument historiques. En effet, l'accord négocié avec les organisations syndicales dans le cadre du Ségur de la santé prévoit une augmentation de 183 euros nets par mois en moyenne, pondérée pour tous les professionnels non médicaux exerçant au sein des établissements de santé et publics et privés non lucratifs et des EHPAD, et de

160 euros nets par mois dans le secteur privé lucratif. Ce sont au total 1,5 million de professionnels qui seront concernés par cette augmentation.

Cette augmentation se fera sans aucune distinction de statut. Dans les hôpitaux et les EHPAD publics, elle concernera aussi bien les personnels fonctionnaires que les contractuels et, au sein de la fonction publique, aussi bien la fonction publique d'État que la fonction publique hospitalière et la fonction publique territoriale. Cette égalité garantie au sein de chaque établissement me semble très importante.

Des négociations d'accords collectifs sont en cours, séparément, dans le secteur privé lucratif et dans le secteur privé non lucratif, pour pouvoir appliquer le plus vite possible ces augmentations.

Ce complément de salaire n'est pas une prime : pour tous, ces augmentations compteront dans le calcul de la retraite.

Elles représentent au total un effort de plus de 5 milliards d'euros que fera la sécurité sociale en 2020 et 2021. Il s'agit d'une décision budgétaire fondamentale, assumée par la majorité.

Nous nous sommes engagés, par ailleurs, en faveur de la revalorisation des grilles de rémunération des personnels au chevet des patients : aides-soignants, corps infirmiers, filières rééducation et médicoteknique. Cette révision des grilles indiciaires devrait aboutir au plus tard le 1^{er} janvier 2022, après les négociations nécessaires.

La question qui se pose désormais est celle de l'articulation avec les autres secteurs du médico-social. Je souhaite que nous ayons le débat dès maintenant, notamment pour ce qui concerne les interventions au domicile.

Je suis convaincu qu'il était urgent d'agir pour les personnels des EHPAD. Nos collègues Monique Iborra et Caroline Fiat, notamment, avaient déjà tiré la sonnette d'alarme. N'oublions pas que 44 % des EHPAD déclarent rencontrer des difficultés de recrutement. Il apparaît d'ailleurs que dans le secteur privé non lucratif, le secteur des personnes âgées reste, de loin, celui dans lequel il est le plus difficile de recruter.

En ce qui concerne le domicile, oui, il faut agir. La question qui, selon moi, se pose est celle de l'agrément des avenants n^{os} 43 et 44 à la convention collective nationale. L'entrée en vigueur de l'avenant n^o 44, qui prévoit une hausse du point d'indice salarial applicable aux salariés employés pour des services à domicile, est une priorité. Cet agrément permettra l'opposabilité de l'avenant aux financeurs, notamment aux départements pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). Toutefois, cet avenant étant rétroactif au 1^{er} janvier 2020, il faut pouvoir le financer. Il faut également que des avancées aient lieu sur l'agrément de l'avenant n^o 43, qui prévoit une réforme des métiers de l'aide et des soins à domicile.

La revalorisation des salaires dans le secteur du handicap ne doit pas non plus être oubliée, et je suis heureux que cette question soit mise avec autant de force sur la table dans le cadre du débat parlementaire.

Le projet de loi sur l'autonomie sera l'occasion d'aborder ces questions. Il faudra surtout aller plus loin, en revalorisant, au-delà des salaires, ces métiers, ces formations et ces carrières, comme nous y invite le rapport El Khomri.

Faut-il avoir ce débat dès maintenant ? C'est le souhait qui a été formulé, mais je ne pense pas que la remise de rapports par le Gouvernement soit ce que vous attendiez réellement – j'ai bien conscience que les contraintes imposées par l'article 40 de notre Constitution vous empêchaient de faire autrement. Je propose donc que nous ayons un débat sur le sujet avec le ministre en séance publique.

Avis défavorable à l'amendement.

M. Thibault Bazin. Monsieur le rapporteur général, je vous remercie d'avoir pris le temps de faire cet état des lieux. On sait que ces métiers souffrent d'un déficit d'attractivité. Le problème, c'est ce que vous êtes en train de faire, à l'issue d'un « Ségur » qui s'est avéré plutôt de l'hôpital que de la santé. Cela avait d'ailleurs déjà été le cas avec la prime dite « covid », qui n'a bénéficié qu'à certains professionnels, quand d'autres ont été oubliés – même si cet oubli a été, dans certains cas, rattrapé. Le fait de ne pas traiter la question de l'attractivité du secteur dans son ensemble fait courir le risque, à terme, d'une concurrence entre la santé et le médico-social, d'une part, entre le médico-social et le social, d'autre part, ainsi qu'entre les établissements publics et les établissements privés à but non lucratif. Des personnes qui exercent le même métier percevront plus de 200 euros de plus ou de moins suivant qu'elles exercent dans un établissement concerné ou non par les mesures prises à la suite du Ségur de la santé. Celles-ci n'ont pas renforcé l'attractivité du secteur ; ce que l'on observe aujourd'hui, c'est la fuite de professionnels d'un secteur vers un autre dans une sorte de course à l'échalote, qui nous semble préjudiciable, d'autant qu'on ne sait quand elle s'arrêtera. Tout cela est très déstabilisant ; il est urgent de ne pas attendre.

Nous ne remettons pas en cause les mesures du « Ségur », mais nous appelons simplement votre attention sur le fait que certains ont été oubliés et qu'il faut adopter une approche globale et cohérente, de sorte qu'il n'y ait pas de concurrence entre les secteurs. On a besoin de tout le monde !

Mme Isabelle Valentin. La question se pose en particulier avec l'intérim : les salaires étant tellement peu élevés dans nos établissements, beaucoup de personnes démissionnent pour s'inscrire en intérim puis revenir dans leur établissement d'origine sous ce statut, car cela leur permet de gagner davantage. Cela pose un problème de financement des établissements.

Mme Caroline Fiat. Nous étions plusieurs à avoir déposé des amendements allant dans le même sens, mais qui coûtaient de l'argent, et je félicite

le collègue Houlié et les autres signataires de celui-ci d'avoir réussi à éviter qu'il soit déclaré irrecevable. Je le soutiendrai donc.

Nous avons tous, je pense, été alertés par les soignants du secteur médico-social qui ne toucheront pas les fameux 183 euros du Ségur. Nous avons été informés, par exemple par la Fédération hospitalière de France, qu'on assistait à une vague de démissions, les gens préférant partir vers les secteurs où l'augmentation s'applique. On va finir par avoir de gros problèmes. Prenez les personnes qui travaillent dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les instituts médico-éducatifs (IME) : en voilà de belles institutions ! Travailler avec des enfants souffrant de handicap, ce n'est pas rien ; c'est très fatigant et bouleversant émotionnellement – je le sais, je l'ai fait. Or ces personnes-là ne toucheront pas les 183 euros ! Résultat, elles vont démissionner et quitter un travail qu'elles affectionnent, tout ça parce qu'elles n'ont pas droit à cette augmentation.

On ne peut pas faire de différence entre les gens. On a vu ce que cela avait donné avec la prime covid – les directeurs de CHU vous le diront : on se retrouve avec des personnes qui refusent d'être réquisitionnées parce qu'elles n'ont pas perçu la première prime. En l'occurrence, des secteurs vont se vider de leurs soignants parce que ceux-ci n'auront pas bénéficié de l'augmentation de salaire.

J'invite donc tous les collègues à voter cet amendement. Vous êtes en train d'ouvrir la boîte de Pandore. Quand il n'y aura plus soignants dans les MAS, les IME et certains secteurs médico-sociaux, ce sera trop tard !

Mme Delphine Bagarry. D'abord, je ne comprends pas pourquoi certains services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ne sont pas concernés par la revalorisation, alors qu'ils relèvent du secteur de la santé.

Ensuite, non seulement ces métiers ne sont pas attractifs, mais, l'annexe 9 le montre, ils souffrent d'un très fort absentéisme, probablement dû à des problèmes d'organisation et à une reconnaissance insuffisante du travail accompli. Il n'y a rien dans cet article sur le sujet, alors qu'on aurait pu parler de l'organisation du travail ou des perspectives d'embauche. Je sais bien – le ministre nous l'a dit – que dans un PLFSS, on ne raisonne pas en termes d'effectifs, que tout se traduit en ONDAM, mais on a quand même la désagréable impression que nous ne pouvons rien faire dans le cadre de ce texte, alors que nous avons l'occasion d'agir, au moins à travers la revalorisation salariale.

M. Paul Christophe. Si je suis d'accord pour que nous ayons le débat en séance, je me dois d'appeler votre attention sur la situation dans le secteur du handicap. Le « Ségur » a apporté seulement un certain type de réponses et la loi sur le grand âge ne parle pas spécialement du handicap non plus. Qu'en sera-t-il de ces salariés qui s'investissent auprès d'un public d'une grande fragilité et qui se sont eux aussi fortement mobilisés pendant la crise sanitaire ? J'ai déjà eu l'occasion de monter plusieurs fois au créneau pour les défendre, parce que le médico-social, ce ne sont pas que les EHPAD, c'est aussi tout le champ du handicap. On a

l'impression qu'il y a un trou dans la raquette et que ce secteur d'activité, pourtant essentiel pour le vivre ensemble, est oublié. J'espère qu'en séance, M. le ministre apportera une réponse un peu plus rassurante que ce que j'ai entendu pour l'instant.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. La fuite des personnels existe déjà, non seulement des établissements médico-sociaux vers les EHPAD ou la fonction hospitalière, mais aussi des services d'aide à domicile vers des structures où ils seront soit mieux considérés, soit mieux payés, et c'est pourquoi nous poussons ce cri d'alarme. Ce n'est pas pour demain, c'est tout de suite, monsieur le rapporteur général, et cela se produit dans des secteurs qui sont déjà en tension. Il y a urgence !

Mme Monique Iborra. On n'aurait pas imaginé que cette revalorisation des salaires, qu'aucun des gouvernements précédents n'avait ne serait-ce qu'évoquée, ce qui nous impose de rattraper des années de retard, ferait l'unanimité contre elle, y compris à l'Assemblée nationale ! C'est à peine s'il a été souligné qu'il s'agit de mesures exceptionnelles, que jamais aucun gouvernement n'avait encore prises.

Par ailleurs, les circonstances actuelles et la crise inédite que nous traversons nous imposent d'apporter des réponses à de nombreux secteurs. Que nous puissions faire ce que nous sommes en train de faire est déjà extraordinaire ! Nous n'en attendons pas des félicitations, mais il faut bien avoir conscience qu'on ne peut pas tout faire en même temps. Il fallait impérativement et prioritairement intervenir auprès de l'hôpital, car il avait été négligé depuis des années et il y avait urgence. Cela ne signifie pas pour autant qu'il ne reste plus rien à faire, mais, franchement, je suis choquée, sans doute parce que je suis encore naïve, par vos réactions. On en viendrait presque à se dire qu'il aurait mieux valu ne rien faire. Quel dommage !

M. Brahim Hammouche. Je présenterai après l'article 25 un amendement concernant les services à domicile et le secteur médico-social, car ce qui importe, c'est de n'oublier personne, en particulier celles et ceux qui sont au cœur du dispositif, en permettant le maintien à domicile. Si notre structure a tenu, c'est aussi parce que beaucoup de choses ont été faites à domicile auprès de personnes fragilisées, du fait soit de leur âge, soit d'un handicap. Certes, un effort considérable a été fourni, mais il est impératif d'étendre le bénéfice de ces mesures aux services de soins à domicile.

M. Jean-Carles Grelier. Je ne peux m'empêcher de réagir aux propos de Mme Iborra, qui, sous la précédente législature, votait des deux mains les baisses continues de l'ONDAM proposées par la ministre de la santé Marisol Touraine, et qui semble visiblement avoir tout oublié depuis qu'elle a viré de bord et changé de majorité.

Chers collègues, je voudrais vous faire remarquer qu'au printemps dernier, quand, tous les soirs à 20 heures, les Français applaudissaient les soignants, ce sont tous les soignants qu'ils applaudissaient. L'effort fourni pour revaloriser la

rémunération des personnels de santé est aussi une marque de reconnaissance que la nation tout entière doit à l'ensemble de ses soignants, et cette reconnaissance ne peut pas être sélective, elle vaut pour tous les soignants, qu'ils exercent à l'hôpital public, dans le secteur privé à but non lucratif, dans le secteur privé à but lucratif, dans les services à domicile ou auprès des personnes handicapées. Tous ont le droit à cette même reconnaissance et doivent avoir le droit à une même revalorisation salariale.

Il y a d'autres trous dans la raquette, car les professionnels libéraux non plus n'ont pas failli à la tâche ; or, on le verra dans un article ultérieur du projet de loi, la négociation conventionnelle est renvoyée à 2023. Et puis, il y a les personnels des cabinets des libéraux : rien n'est fait pour les secrétaires médicales, pour toutes celles et tous ceux qui se sont investis parce qu'ils étaient présents. N'en déplaise à Mme Iborra, les libéraux ont, eux aussi, contribué à la gestion de la crise et à la prise en charge des soins pendant la crise sanitaire et eux aussi, ainsi que les personnels qui les assistent, devraient avoir droit à la reconnaissance de la nation. Ce ne serait que justice.

M. le rapporteur général. Il y a peut-être une fuite des professionnels, mais on ne les voit pas pour autant arriver à l'hôpital public, qui a pourtant besoin de soignants. La revalorisation permet, en tout cas, de retenir ceux qui y travaillent déjà. Quel que soit leur lieu d'exercice, il importe que la valeur des soignants soit reconnue.

Nous devons, en effet, débattre en séance publique, avec le ministre, de la situation dans le secteur médico-social. Nombre de collègues se sont investis pour la revalorisation de l'aide à domicile et je crois que, lors de son audition devant notre commission, Olivier Véran s'est montré ouvert.

D'une certaine façon, l'intérim pourrait être considéré comme du mercenariat mais, dans ce domaine, je crois que nous avons aussi avancé depuis le début de cette législature et nous devons continuer de le faire car c'est une priorité.

Enfin, nous ne laissons pas les professionnels libéraux sans rémunération. Nous proposons simplement de repousser la convention à 2023 puisque des négociations conventionnelles sont en cours pour un nouvel avenant et que des élections professionnelles doivent se tenir l'année prochaine. Là encore, les choses avancent et il n'est pas question de ne pas tenir compte de l'engagement de tous les soignants, qu'ils exercent à l'hôpital, en établissement ou en ville.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Elle examine ensuite l'amendement AS56 de Mme Annie Genevard.

M. Bernard Perrut. Un rapport doit être remis afin d'étudier l'intégration des agents des services de soins infirmiers à domicile ainsi que des agents des établissements et des services sociaux et médico-sociaux dans le champ

d'application du décret dont nous venons de parler suite aux négociations du Ségur de la santé.

La disposition actuelle crée des situations conflictuelles au sein même des établissements de santé comme dans les SSIAD où les personnels, membres de la fonction publique hospitalière, sont rattachés aux EHPAD. Chaque jour ces professionnels, infirmiers ou aides-soignants, accompagnent et soutiennent des personnes âgées ou en situation de handicap à domicile. Leur travail est indispensable et leur engagement exemplaire, notamment dans le contexte sanitaire que nous connaissons. Ils doivent être traités comme les autres. Le temps est à la reconnaissance de tous ceux qui travaillent dans ces établissements, quelles que soient leurs missions.

M. le rapporteur général. Je me suis déjà exprimé globalement sur ces questions, mais j'entends cet amendement d'appel pour que nous poursuivions notre débat en séance publique.

Demande de retrait ou avis défavorable.

M. Thibault Bazin. Le sentiment d'injustice progresse dans les secteurs sanitaire et médico-social. Prenez conscience qu'il ne faut pas opposer entre eux les différents acteurs, car nous aurons besoin de tout le monde.

Madame Iborra, nous n'avons à aucun moment remis en cause les revalorisations attendues pour l'hôpital.

Mme Monique Iborra. Heureusement !

M. Thibault Bazin. Tous mes collègues ont souligné qu'elles étaient plutôt positives. Nous disons simplement qu'elles ne peuvent pas être séparées d'une vision globale de l'ensemble de ces métiers des secteurs sanitaire, médico-social et même social. Nous constatons sur le terrain que certains acteurs sont oubliés alors qu'ils ont un métier équivalent, qu'ils sont eux aussi en première ligne, même s'ils sont salariés dans un cabinet.

Vous devez prendre en compte cette demande légitime d'équité dès maintenant, pas dans six mois ou un an. C'est aujourd'hui qu'il faut corriger le PLFSS pour que tout le monde soit traité de la même manière et que ces métiers soient également attractifs !

Mme Caroline Janvier. Sachez que nous y travaillons au sein de notre groupe depuis plusieurs semaines et que nous considérons la revalorisation de l'aide à domicile comme prioritaire. Nous en débattons en séance publique avec le Gouvernement.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement AS881 de M. Sacha Houlié.*

*Enfin, elle **adopte** l'article 25 sans modification.*

Après l'article 25

La commission examine, en discussion commune, les amendements identiques AS27 de Mme Valérie Six, AS92 de M. Bernard Perrut, AS325 de M. Charles de Courson, AS614 de M. Guillaume Chiche, AS679 de Mme Josiane Corneloup, AS863 de Mme Gisèle Biémouret et AS925 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, les amendements identiques AS329 de M. Charles de Courson, AS680 de Mme Josiane Corneloup et AS794 de M. Bernard Perrut, les amendements identiques AS58 de Mme Émilie Bonnivard, AS74 de M. Bernard Perrut, AS129 de M. Pierre Dharréville, AS221 de M. Thibault Bazin et AS839 de Mme Annie Vidal ainsi que l'amendement AS955 de M. Brahim Hammouche.

Mme Valérie Six. Le groupe UDI et Indépendants salue la création d'une cinquième branche de la sécurité sociale ; cependant, nous savons qu'elle nécessite une évaluation des besoins de financement, notamment de ceux qui sont à ce jour non couverts.

Le rapport de la concertation « Grand âge et autonomie » et le plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge ont permis de faire une première analyse des principales dépenses d'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Les dépenses de soins représentent environ 12,2 milliards d'euros ; celles dites de dépendance – aide humaine, technique et d'aménagement du logement pour compenser la perte d'autonomie – s'élèvent à 10,7 milliards ; les dépenses d'hébergement en établissement sont de 7,1 milliards.

Par ailleurs, le Ségur de la santé a permis la signature d'accords assurant une revalorisation et une reconnaissance des professionnels soignants à l'hôpital et en EHPAD, ce que nous saluons.

Nous regrettons toutefois que les professionnels de santé du secteur médico-social du handicap ne bénéficient pas de ces nouvelles mesures alors que la politique du handicap devait être une priorité du quinquennat. Les personnes en situation de handicap, leur famille et les aidants ont été particulièrement touchés par la crise sanitaire ; ils le sont et le seront également par la crise économique et sociale. Nous souhaitons que ces métiers soient également revalorisés afin qu'ils bénéficient d'une meilleure attractivité.

Ainsi le groupe UDI et Indépendants vous propose-t-il cet amendement visant à évaluer les besoins de cette nouvelle politique d'autonomie à destination de personnes en situation de handicap et de leurs aidants.

M. Bernard Perrut. Notre collègue vient d'exposer ce qu'est notre état d'esprit. Il est, en effet, urgent d'évaluer les besoins en financement pour couvrir

les besoins nouveaux de la politique d'autonomie à destination des personnes en situation de handicap et de leurs aidants.

La création d'une cinquième branche nécessite une évaluation des besoins de financement, notamment des besoins à ce jour non couverts, comme l'extension de la prestation de compensation du handicap (PCH) à des publics non éligibles à ce jour, la suppression des barrières d'âges d'accès à la PCH ou le manque de solutions d'accompagnement. Bref, un gros travail reste à faire et il n'est pas vraiment fait aujourd'hui.

Le secteur des personnes âgées bénéficie du travail prospectif qui a été mené – je pense aux rapports Libault, El Khomri, voire aux propositions récentes contenues dans le rapport de M. Vachey – mais cela ne favorise pas une analyse globale très fine.

Par ailleurs, le Ségur de la santé a abouti à la signature d'accords assurant une valorisation et une reconnaissance des professionnels mais sans prendre en compte une approche globale de la santé. Nous souhaitons donc qu'un rapport permette d'évaluer les besoins de financement. Il n'est pas possible d'aller plus loin sans connaître la réalité des choses, sinon, cela reviendrait à prêcher dans le désert, ce que nul ne souhaite.

M. Guillaume Chiche. Le Gouvernement doit remettre au Parlement un rapport évaluant les besoins de financement des besoins non couverts, dont l'extension de la PCH à des publics non éligibles à ce jour, et du soutien à l'attractivité des métiers de la politique d'autonomie à destination des personnes en situation de handicap et de leurs aidants.

Nous saluons la création de la cinquième branche de la sécurité sociale mais les professionnels du secteur médico-social du handicap ne peuvent pas bénéficier des mêmes niveaux d'augmentation des salaires alors que leurs métiers, leurs niveaux d'engagement et leurs conditions de travail sont similaires.

Mme Isabelle Valentin. L'amendement AS679 vise en effet à demander un rapport évaluant les besoins de financement pour couvrir les besoins nouveaux de la politique d'autonomie à destination des personnes en situation de handicap et de leurs aidants.

Le secteur des personnes âgées bénéficie d'un premier travail prospectif sur le sujet avec le rapport de la concertation « Grand âge et autonomie » et le plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge. La loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015 avait demandé la remise d'un rapport sur les coûts liés à la suppression des barrières d'âges, qui n'a jamais été effective.

La création d'une cinquième branche de la sécurité sociale nécessite une évaluation des besoins de financement, notamment, des besoins à ce jour non couverts.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Tout le monde se félicite de la création de cette cinquième branche, qui intègre à la fois les personnes âgées et les personnes en situation de handicap. Si le premier versant est très documenté par tous les rapports qui ont été commis depuis plusieurs mois, le second nécessite sans doute un peu de travail, en particulier s'agissant de l'attractivité des métiers du secteur médico-social concernant les personnes en situation de handicap et des aidants, qu'il ne faut pas oublier.

Tel est l'objectif de cet amendement demandant au Gouvernement de remettre un rapport au Parlement dans les trois mois suivant la publication du PLFSS.

M. Charles de Courson. Cet amendement-rapport AS329 vise à soulever cet énorme problème connu de tous : il n'est pas possible de revaloriser les salaires des personnels des EHPAD sans le faire pour ceux qui travaillent dans les autres structures médico-sociales et les réseaux d'aide à domicile, y compris ceux exerçant à titre individuel. On constate, dans ces réseaux, des départs vers les EHPAD.

Se pose donc un problème de justice, d'égalité entre les différentes catégories sociales, et nous avons besoin de tout le monde, y compris de ceux dont on ne parle pas assez et qui travaillent dans les structures intermédiaires, entre maintien à domicile et EHPAD : les résidences autonomie, les maisons d'accueil et de résidence pour personnes âgées, et bien d'autres encore.

J'ignore la position du rapporteur général, mais il faut absolument régler ce problème assez rapidement, sinon, le nombre de nos concitoyens qui travaillent dans ces structures d'aide à domicile, voire intermédiaires, s'effondrera.

Mme Isabelle Valentin. La question de l'attractivité de ces métiers, sujet de l'amendement AS680 sur lequel nous devons nous pencher, est en effet essentielle. Toute une branche risque d'être fragilisée. Au mois de mars, 7 000 postes d'infirmiers étaient vacants à l'hôpital public ; 34 000 le sont aujourd'hui. Le système de santé est en train de se déstructurer. Il faut vraiment un travail sur ce sujet.

M. Bernard Perrut. Nous partageons tous le même souci, que nous exprimons très clairement. Ce sentiment d'injustice est parfois révoltant, d'où la nécessité de trouver une solution.

M. Pierre Dharéville. Je me félicite tout d'abord que ces amendements demandant la remise de rapports n'aient pas tous été renvoyés à la fin du texte et j'espère qu'il en sera de même lors de l'examen en séance publique.

Les différences de traitement entre les secteurs au regard de la prime covid et des mesures de revalorisations salariales du Ségur de la santé entraînent des distorsions, au sein du secteur médico-social, entre le secteur personnes âgées et personnes en situation de handicap, d'une part, et le secteur de l'aide et des soins à domicile, d'autre part ; entre le secteur de la santé et celui du médico-social ; entre

le secteur médico-social et celui du social ; et entre les établissements et services publics et ceux du secteur privé non lucratif alors que ces professionnels exercent les mêmes métiers et disposent des mêmes formations.

Je suis désolé de ne pas me prosterner devant l'action du Gouvernement. Les mesures qui ont été prises dans le cadre du Ségur de la santé sont loin du compte en faisant passer la rémunération des infirmiers de la vingt-deuxième à la dix-huitième place en Europe. Il était néanmoins plus que nécessaire de les prendre et si cela fut le cas, c'est aussi parce que des gens se sont mobilisés pendant des mois, que de nombreuses manifestations, massives, ont eu lieu.

Des problèmes se posent encore et il est de notre devoir de les aborder. L'incompréhension des inégalités salariales est grandissante, alors que seuls les lieux d'exercice diffèrent. Ces secteurs, parfois sous-valorisés sont sinistrés et font face à de grandes difficultés de recrutement ainsi qu'à un *turn-over* important. À cela s'ajoute un fort épuisement des professionnels, renforcé par la crise sanitaire qui perdure.

Nous proposons donc un rapport d'évaluation et un plan global, opérationnel, de revalorisation et d'attractivité des métiers de ces trois secteurs interdépendants.

M. Thibault Bazin. Je remercie la rapporteure Caroline Janvier pour ses propos mesurés.

J'anticipe votre réponse, monsieur le rapporteur général, puisque vous allez dire que nous devons discuter de cette question en séance publique : pourquoi notre commission n'interpellerait-elle pas collectivement le Gouvernement en adoptant ces amendements ? Tout le monde sait que la discussion en séance publique se fera à partir du texte initial. Monsieur le rapporteur général, il ne faut pas que vous soyez anesthésié par le ministre des solidarités et de la santé : vous devez faire entendre une voix forte et nous sommes prêts à nous tenir à vos côtés, peut-être en défendant un amendement commun.

Mme Annie Vidal. Je salue cette revalorisation certes inédite, mais force est de constater qu'elle entraîne des distorsions entre les secteurs et au sein des secteurs en fonction des personnes prises en charge et du statut des établissements.

Il me semble donc pertinent de mener une évaluation sur le coût d'une extension de cette revalorisation à l'ensemble des secteurs sanitaire, social et médico-social.

M. Brahim Hammouche. Nul n'est censé ignorer la loi et nul ne devrait être oublié d'elle. Personne ne doit être laissé au bord du chemin.

Chaque jour, des hommes et des femmes travaillent chez les plus fragiles d'entre nous. Il importe donc de consolider une telle prise en charge, notamment grâce aux plus de 50 000 agents qui travaillent dans des services de soins infirmiers

à domicile, mais également dans des SAAD, ou bien seuls avec un parent, une famille.

Nous devons disposer des informations permettant au Gouvernement de mener une politique au plus près des besoins du terrain et de revaloriser l'attractivité de ces métiers.

M. le rapporteur général. Sur le fond, j'ai répondu à ces amendements dans mon propos liminaire, mais je dirai à M. Bazin sur le mode de la boutade que ce n'est pas un neurologue, fût-il ministre, qui anesthésiera un urgentiste !

J'entends vos appels au débat, mais nous disposons d'ores et déjà d'un certain nombre de rapports sur lesquels nous pouvons nous appuyer, comme ceux de Mme El Khomry ou de M. Libault. Un tel débat, je l'ai dit, est nécessaire entre nous, mais surtout avec le ministre.

Je ne sais pas, monsieur Dharréville, à quel endroit du texte ces amendements seront positionnés en séance publique, mais sans doute le seront-ils à la fin du texte. Je m'engage toutefois à ce que nous puissions avoir ce débat à l'article 25, avec le ministre, en séance, sans attendre la fin de l'examen du PLFSS à 3 heures du matin, dans la nuit de vendredi à samedi.

Avis défavorable.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Nous n'allons pas rouvrir la discussion. Nous avons bien entendu ces demandes de rapports ; la discussion aura lieu à nouveau dans l'hémicycle et tout le monde a pu s'exprimer.

Mme Delphine Bagarry. Pourquoi un travail en commission si nous nous privons de débattre ici-même ?

Mme la présidente Fadila Khattabi. Je ne prive personne de débat !

Mme Delphine Bagarry. Nous n'avons pas débattu : nous avons simplement présenté nos amendements.

Nous aurions très bien pu voter ces mesures l'année dernière. La sonnette d'alarme s'était déjà déclenchée avec les manifestations, etc. Je me souviens avoir défendu, en vain, des amendements ici même et dans l'hémicycle demandant la compensation des exonérations à la suite des mesures qui avaient été prises dans le cadre de l'urgence économique et sociale.

Si ces compensations, à hauteur de 2,8 milliards, avaient été effectives, le solde pour 2019 aurait été positif, comme en atteste le tableau d'équilibre de l'article 2 à l'annexe A. Nous aurions pu évoquer aujourd'hui d'autres mesures de financement pour tous ces personnels.

Mme Caroline Fiat. Comme l'a dit M. Bazin, la défense de ces amendements, dans l'hémicycle, au nom de la commission des affaires sociales,

aurait une toute autre portée. Le rapporteur général en appelle au ministre mais, tout de même, nous sommes des parlementaires ! Si nous considérons que cette question est importante et qu'elle doit être posée d'une seule voix, pourquoi nous en priverions-nous ? M. Bazin l'a dit, nous serions tous à vos côtés, comme d'ailleurs tous les personnels soignants, qui seront en grève demain.

M. Pierre Dharréville. Il me semble que, sur tous les bancs, nous souhaitons tous être plus éclairés sur cette question. Nous devons aller au bout de cette démarche. L'amendement défendu par Annie Vidal n'est pas tout à fait rédigé comme le mien, mais il n'est pas mal non plus ! Nous pourrions nous entendre pour voter un amendement demandant un rapport au Gouvernement. Ce n'est pas exorbitant !

J'insiste, monsieur le rapporteur général, pour que le débat en séance publique soit organisé correctement de manière que toutes les demandes de rapport ne soient pas rassemblées dans une voiture-balai, en fin de texte. Plus de la moitié des amendements ayant été écartée en raison de l'article 40 ou à cause des dispositions de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS), il me semble que c'est la moindre des choses de pouvoir discuter de manière approfondie de tels enjeux.

M. Thibault Bazin. Que craignez-vous ? Ce ne sont que des demandes de rapports ! D'ailleurs, vous nous avez fait parfois adopter des demandes de rapports pour esquiver des réponses ! Là, vous pourriez au moins faire semblant « d'y aller un peu » !

Vous nous annoncez un mauvais film pour la nuit de vendredi à samedi prochains ! Je ne sais pas si le couvre-feu s'appliquera à ces amendements, mais je crains une longue nuit de la branche autonomie.

Mme Caroline Janvier. C'est une bien maigre ambition que de se satisfaire de demandes de rapports alors que nous souhaitons répondre à la question de la revalorisation.

Mme Monique Iborra. Mme Janvier vient de dire l'essentiel. La majorité est bien plus exigeante que vous ne l'êtes.

M. Jean-Carles Grelier. Toujours dans la modération...

M. Pierre Dharréville. C'est gonflé...

Mme Monique Iborra. Franchement, vous n'êtes pas les seuls à faire de la politique. Ne nous prenez pas pour des billes !

Nous, ce ne sont pas des rapports que nous sommes en train de demander au Gouvernement depuis un mois ; ce sont des solutions. Nous attendons précisément que l'exécutif nous dise ce qu'il prévoit. Je ne doute pas que tous les groupes voteront ses propositions si elles sont satisfaisantes.

M. Brahim Hammouche. Seize amendements issus de toutes les sensibilités demandent la remise d'un rapport. Il faut entendre la sagesse d'une commission qui travaille dans un esprit de coconstruction. Ce rapport pourrait d'ailleurs avoir valeur d'étude d'impact sur les besoins de ces professionnels, en particulier dans un contexte sanitaire difficile et épuisant pour eux.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Dommage, madame Janvier, madame Iborra, d'avoir remis 1 euro dans la machine et de relancer un débat avec des propos assez inadmissibles et peut-être même irrespectueux. Vous savez très bien que la demande de rapport est le seul moyen dont nous disposons. Des collègues de la majorité, aussi investis que vous sur ces questions, ont également formulé de telles demandes.

Mme Monique Iborra. Nous n'avons pas besoin de rapports pour demander à l'exécutif ce qu'il veut faire !

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Si ! C'est le seul moyen d'engager un débat et de demander des solutions. Il n'y a pas que la majorité, dont je fais partie, qui demande des solutions au Gouvernement : tout le monde en demande ! Je suis désolée que nous en arrivions là. Nous aimerions déposer des amendements avec des propositions de solutions et de financements mais ils ne passeraient pas la barrière de l'article 40 ou de la LOLFSS. On fait ce qu'on peut !

M. Guillaume Chiche. Vos propos sont inacceptables, madame Iborra. Il n'y a pas, d'un côté, les parlementaires sérieux qui se soucient du financement de la sécurité sociale et de l'offre de soins sur le territoire et, de l'autre, ceux qui amusent la galerie avec leurs amendements. Nous sommes tous parlementaires et nous faisons notre travail lorsque nous déposons des amendements, même demandant la remise de rapports. Nous nous faisons ainsi l'écho de ce qui se passe sur nos territoires. Quand la détresse est là, nous devons trouver tous les moyens possibles et imaginables pour y remédier.

Notre collègue de la majorité Sacha Houlié a d'ailleurs déposé des amendements pour que les professionnels de santé soient traités de manière équitable ; ils ont été rejetés. Nous, nous demandons la remise de rapports pour pouvoir débattre, pas pour vous prendre pour des billes. Assumez donc de faire de la politique ! Les orientations de ce PLFSS représentent des choix politiques de société. Lorsque vous repoussez la demande de rapports d'évaluation, vous ne pouvez pas dire que nous amusons la galerie : nous sommes fidèles au mandat que les Françaises et les Français nous ont confié. Je vous invite donc à faire preuve d'un peu moins de mépris.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il est vrai que l'ensemble des groupes souhaite de tels rapports, qui n'engagent d'ailleurs à rien. Un immense effort a été accompli dans le domaine des soins, mais nous attendons tous quelque chose de la part du Gouvernement pour le secteur médico-social. Nous espérons que la ministre Bourguignon pourra faire une annonce forte. Je propose que l'on vote

l'amendement soutenu par M. Hammouche afin d'envoyer un signal : la commission est préoccupée et attend une réaction gouvernementale.

*La commission **rejette** les amendements identiques AS27, AS92, AS325, AS614, AS679, AS863 et AS925, puis les amendements identiques AS329, AS680 et AS794.*

*Elle **adopte** ensuite les amendements identiques AS58, AS74, AS129, AS221 et AS389.*

*En conséquence, l'amendement AS955 **tombe**.*

La commission en vient aux amendements identiques AS208 de M. Thibault Bazin, AS845 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS1082 de Mme Gisèle Biémouret.

M. Thibault Bazin. En vue d'améliorer l'information et le contrôle du Parlement sur l'évolution des dépenses de personnel des établissements de santé, l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019 prévoit que le Gouvernement présente annuellement un rapport sur l'évolution des dépenses de personnels des établissements de santé, en détaillant notamment les sous-jacents de cette évolution. Dans le même esprit, l'amendement tend, d'une part, à annexer à la loi de financement de la sécurité sociale le chiffrage des mesures catégorielles relatives aux personnels médical et non médical, et, d'autre part, à présenter ce chiffrage lors de la consultation des instances nationales de dialogue social.

C'est là une mesure de bon sens qui participerait à éclairer la représentation nationale sur les différentes annonces qui ont pu être faites et sur leur traduction budgétaire.

M. le rapporteur général. Ce n'est pas un rapport qui est demandé là, mais une évaluation. Les annexes du PLFSS sont déjà très exhaustives et vous trouverez la réponse à votre question dans l'annexe 7.

Avis défavorable.

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

Puis elle est saisie de l'amendement AS1041 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Qui que soit le ministre de la santé, je me dispute avec lui ou elle sur les embauches qui seraient nécessaires à l'hôpital. Le chiffre qui est sorti du Ségur de la santé est de 15 000, alors que, selon moi, il se monterait à 100 000. Pour ne plus avoir de disputes dites politiques sur ce sujet, je demande, par cet amendement, qu'un rapport gouvernemental détermine exactement le nombre des embauches nécessaires à l'hôpital public.

Par ailleurs, je suis choquée d'entendre que certaines personnes ici travailleraient plus que d'autres. Demander des rapports est la seule solution que

j'ai de faire entendre ma voix et mes idées : tout le monde n'est pas invité autour d'un repas avec les ministres.

M. le rapporteur général. Ce que vous demandez, surtout, ce sont des embauches : elles sont en cours, avec la promesse de 15 000 embauches pour l'hôpital public à l'issue du Ségur de la santé. Vous devriez vous féliciter de cette annonce historique ! Associée à la revalorisation salariale des soignants, elle sera plus efficace, me semble-t-il, qu'un rapport.

Mme Caroline Fiat. Sans que l'on cherche à savoir pourquoi, 7 500 postes sont actuellement vacants à l'hôpital public. Le « Ségur » en prévoit le double en embauches alors que les syndicats vous ont expliqué qu'à défaut d'une augmentation de 300 euros, il vous serait impossible de les pourvoir : vous créez donc 15 000 postes vacants. Pour ma part, je maintiens qu'il faudrait 100 000 embauches. Le rapport permettrait de savoir qui a tort et qui a raison.

La commission rejette l'amendement.

Article 26

Accompagner la dynamisation de l'investissement pour la santé

La commission examine les amendements identiques AS309 de M. Stéphane Viry, AS580 de Mme Isabelle Valentin et AS673 de Mme Josiane Corneloup.

Mme Isabelle Valentin. Il s'agit d'élargir le champ du dossier médical partagé (DMP). Ne pas inclure dans les investissements en matière de numérique en santé les cabinets libéraux exerçant en dehors des communautés professionnelles territoriales de santé, les équipes de soins primaires et les équipes de soins spécialisés aura pour conséquence de ralentir la modernisation des systèmes d'informatisation en médecine de ville. En outre, cela n'incitera pas les médecins à s'investir dans le remplissage du volet médical de synthèse.

M. le rapporteur général. Le lien avec le DMP n'est pas direct. L'article 26 crée le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS), désormais ouvert aux structures d'exercice coordonné, mais surtout aux établissements médico-sociaux. Il sera le support du plan d'investissement prévu par le Ségur de la santé et permettra de financer des investissements importants devenus nécessaires et qui s'inscrivent également dans le cadre de France Relance : projets hospitaliers prioritaires et investissements ville-hôpital, à hauteur de 2,5 milliards d'euros sur cinq ans, financement des établissements médico-sociaux, et notamment des EHPAD publics, à hauteur de 2,1 milliards d'euros, et rattrapage du retard en matière de numérique en santé, à hauteur de 1,4 milliard d'euros sur trois ans.

Je ne pense pas que ce plan d'investissement doive financer des cabinets libéraux, pour lesquels des aides existent déjà. S'il est nécessaire de les développer, cela doit se faire dans le cadre du champ conventionnel.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** les amendements identiques.*

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS887 de M. Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier. Il s'agit de donner une lecture un peu plus large que la vôtre, monsieur le rapporteur général, du FMIS en l'élargissant à toutes les structures de soins coordonnés, sans s'en tenir à celles expressément visées aux articles du code de la santé publique mentionnés dans le texte.

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

Puis elle est saisie de l'amendement AS812 de Mme Justine Benin.

Mme Perrine Goulet. Ce fonds ne doit pas oublier l'outre-mer. Les territoires ultramarins souffrent de difficultés structurelles en matière de santé, la crise liée au covid-19 l'a rappelé de façon criante.

M. le rapporteur général. Plutôt que de préciser que la répartition des fonds doit être équitable entre territoires, il importe surtout de veiller à ce que les financements dédiés à l'investissement répondent aux besoins exprimés, y compris outre-mer.

Le nouveau FMIS ne sera pas en lui-même décisionnel comme l'est aujourd'hui le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés : il sera un simple fonds géré par la Caisse des dépôts.

En revanche, la gouvernance de l'investissement hospitalier va être totalement rénovée à la suite du Ségur de la santé : le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) sera supprimé et seuls les plus gros projets seront étudiés au niveau national ; un nouveau conseil national de l'investissement en santé fixera les grandes orientations, tandis que la grande majorité des projets sera étudiée au niveau régional par les agences régionales de santé (ARS), en coopération avec les élus locaux.

Je vous propose d'interroger en séance le ministre sur les investissements prévus pour les hôpitaux et les établissements médico-sociaux d'outre-mer et, d'ici là, de retirer l'amendement.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Elle examine ensuite les amendements identiques AS240 de M. Thibault Bazin, AS330 de M. Stéphane Viry, AS688 de M. Robin Reda, AS1027 de Mme Emmanuelle Anthoine et AS1139 de Mme Valérie Bazin-Malgras.

M. Thibault Bazin. Qu'il s'agisse du désendettement, de la rénovation qui s'impose compte tenu de la vétusté de certains établissements, ou de l'équipement, les plans d'investissement issus des conclusions du « Ségur » doivent être précisés, notamment au regard des règles de répartition. Craignant que l'équité de traitement entre les différents acteurs ne soit pas respectée, nous appelons de nos vœux une procédure claire et transparente quelles que soient les caractéristiques des établissements. Dans les régions très étendues, notamment, les dossiers des établissements isolés, dont la vétusté est invisible aux yeux des médias et qui sont informés plus tard que les autres, ne doit pas être instruits seulement en fonction de la date de leur dépôt.

M. Bernard Perrut. Le Ségur de la santé a acté la mise en place d'aides à l'investissement à hauteur de 19 milliards d'euros, à raison de 13 milliards consacrés au désendettement des établissements de santé relevant du service public hospitalier, et de 6 milliards – montant relativement limité – à des investissements.

Il convient de garantir aux acteurs une véritable équité ainsi qu'une visibilité du dispositif : ils doivent tous pouvoir déposer des dossiers de demande à des périodes déterminées. Le comité consultatif d'allocation des ressources doit être consulté sur les missions ainsi que sur les projets sélectionnés par le directeur général de l'ARS comme répondant aux critères définis par les dispositions réglementaires.

Il faut donc compléter dans ce sens la rédaction de l'article 26.

M. le rapporteur général. Le Ségur de la santé a conduit à modifier en profondeur la gouvernance des investissements : la grande majorité des projets sera dorénavant étudiée au niveau régional par les ARS. Fixer par décret au niveau national les dates auxquelles les différents projets devront être déposés ne me semble pas répondre nécessairement aux impératifs de souplesse du dispositif, ni à la nécessité d'agir au plus près du terrain. S'il faudra, en effet, être vigilant à la transparence concernant l'attribution des financements par les ARS, je ne pense pas que vous ayez choisi le bon vecteur.

Avis défavorable.

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

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS17 de Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. L'article 16 traduit la volonté du Président de la République d'investir 6 milliards d'euros dans le système de santé, enveloppe qui bénéficiera aux projets hospitaliers prioritaires, à l'investissement ville-hôpital, au numérique en santé ainsi qu'à la transformation, à la rénovation et à l'équipement dans les établissements médico-sociaux.

Le dernier alinéa précise que les ressources du fonds dont la mission sera de gérer ces dépenses nouvelles seront notamment constituées de participations des

régimes obligatoires d'assurance maladie et de la branche autonomie. Or aucune de ces dépenses ne semble concerner l'autonomie.

La création d'une branche autonomie au sein de la sécurité sociale constitue une avancée majeure qui suscite beaucoup d'espoir. Il convient de ne pas lui imputer des dépenses sans rapport direct avec son objet pour augmenter artificiellement les dépenses consenties au nom de l'autonomie.

M. le rapporteur général. Je comprends votre légitime préoccupation mais la juge infondée. Cet article étend le bénéfice du FMIS aux établissements médico-sociaux, car il est urgent de rénover certains bâtiments, notamment des EHPAD publics, mais également d'investir dans les systèmes d'information du secteur.

L'article 26 prévoit donc, logiquement, que ce fonds pourra être alimenté par une dotation de la nouvelle branche autonomie en plus de la dotation de l'assurance maladie, en cohérence avec l'élargissement de son périmètre aux établissements médico-sociaux et avec caractère transversal. En 2021, le montant de la contribution de la branche autonomie au FMIS s'élèvera à 100 millions d'euros, afin de financer le volet numérique du plan d'investissement du secteur médico-social. Les autres investissements prévus pour le même secteur continueront pour le moment, et pour des raisons pratiques, de transiter par la CNSA. Tous iront bien aux établissements médico-sociaux.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine, en discussion commune, l'amendement AS368 de M. Stéphane Viry ainsi que les amendements identiques AS238 de M. Thibault Bazin, AS327 de M. Stéphane Viry et AS709 de M. Vincent Rolland.

M. Bernard Perrut. Pour compenser l'érosion des tarifs hospitaliers, les établissements de santé ont réduit leurs investissements immobiliers, numériques et courants ces dix dernières années. L'amendement AS368 tend à introduire un principe de proportionnalité en sorte d'assurer une plus grande transparence et un meilleur équilibre dans l'allocation des aides aux établissements qui doivent bénéficier d'un soutien financier pour renouveler leurs installations et leurs équipements pour répondre aux enjeux du système de santé.

M. le rapporteur général. Les investissements devront être alloués là où ils sont nécessaires, c'est-à-dire là où les établissements en ont le plus besoin, sur la base de critères objectifs. Je ne pense pas nécessaire de définir dans la loi une clef de répartition. Si c'est avant tout le parc immobilier des EHPAD publics qui est extrêmement vétuste, les investissements seront, lorsque cela s'avérera nécessaire et pertinent, également ouverts aux établissements privés.

Avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist. Le principe de régionalité me semblerait plus intéressant que la proportionnalité, car il permettrait de prendre en compte les spécificités des territoires, que les établissements soient publics ou privés.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Dans l'enveloppe de 6 milliards d'euros, 1,4 milliard d'euros seront consacré à l'informatique, en particulier pour rendre accessible le DMP. Il sera dévolu à toutes les branches de l'activité médicale – hospitalière ou libérale, publique ou privée.

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

*Puis elle **adopte** l'article 26 **sans modification**.*

Après l'article 26

La commission examine l'amendement AS856 de Mme Perrine Goulet.

Mme Perrine Goulet. Je suis tout à fait d'accord que le fonds doit être réparti en fonction des besoins. D'où cet amendement demandant que le Gouvernement remette au Parlement, au plus tard le 30 juin 2021, un rapport analysant ce qui a été fait et ce qui reste à faire en matière de rénovation des établissements hospitaliers depuis la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients. Il faut vraiment que les investissements répondent aux besoins et ne résultent pas d'une répartition anarchique décidée par l'ARS.

M. le rapporteur général. Le rapport commun à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'Inspection générale des finances (IGF) sur l'évaluation de la dette des établissements publics comporte nombre d'éléments récents concernant l'investissement hospitalier et le taux de vétusté.

Le grand plan d'investissement que nous sommes en train d'enclencher va certes porter ses fruits, mais l'échéance de juin 2021 me paraît trop proche pour en mesurer les effets sur la rénovation des hôpitaux.

Avis défavorable.

Mme Perrine Goulet. Nous ne nous sommes pas compris. L'article 26 prévoit un lissage des investissements entre trois et cinq ans. Le rapport constituerait un point zéro à partir duquel ils seraient répartis au cours de cette période.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Article 27

Reprise partielle de la dette des établissements de santé assurant le service public hospitalier

La commission examine les amendements identiques AS239 de M. Thibault Bazin, AS328 de M. Stéphane Viry, AS710 de M. Vincent Rolland, AS1025 de Mme Emmanuelle Anthoine et AS1137 de Mme Valérie Bazin-Malgras.

M. Thibault Bazin. Il s'agit de modifier l'article L. 6112-3 du code de la santé publique mentionné au premier alinéa de l'article de façon que tous les établissements exerçant une mission de service public puissent bénéficier de la reprise de dette annoncée pour les établissements relevant du secteur public hospitalier et confirmée par les conclusions du Ségur de la santé.

M. Bernard Perrut. On sait l'importance de la diversification de notre organisation dans le domaine de la santé. Nous avons des établissements publics et privés, et tous doivent être considérés de la même manière. C'est la raison pour laquelle la Fédération de l'hospitalisation privée nous a alertés sur la nécessité de modifier la rédaction de l'article 27 de telle sorte que tous les établissements exerçant une mission de service public, et pas seulement ceux du secteur public, puissent bénéficier d'une reprise de la dette.

M. le rapporteur général. Contrairement à ce qui avait été envisagé initialement, le schéma de reprise de dette que l'article propose d'organiser ne s'applique pas uniquement aux établissements publics et privés non lucratifs, notamment pour satisfaire aux obligations liées au droit européen des aides d'État. Il concerne l'ensemble des établissements assurant un service public hospitalier : c'est précisément à leur liste que renvoie l'article L. 6112-3 du code de la santé publique.

Y figurent notamment les établissements de santé privés habilités à assurer un service public, après avis favorable et conforme de leur commission médicale d'établissement. Les établissements privés lucratifs respectant les critères de service public sont donc concernés par la reprise de dette.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

Les amendements identiques sont retirés.

La commission en vient à l'amendement AS616 de Mme Delphine Bagarry.

Mme Delphine Bagarry. Contrairement aux engagements pris par le Premier ministre devant les professionnels de santé en novembre 2019, le Gouvernement fait porter à la seule sécurité sociale, au travers de la CADES, la reprise des 13 milliards d'euros de dette. La reprise de cette dette est conditionnée à un contrat ainsi qu'à des engagements qui devront être tenus par les hôpitaux, notamment en matière d'assainissement de leurs comptes publics. Les aides ne seront donc délivrées qu'aux établissements dont la santé financière est bonne,

tandis que les hôpitaux en difficulté, qui auraient justement besoin d'être plus soutenus, ne seront pas aidés. Pour toutes ces raisons, nous proposons de supprimer la contractualisation.

M. le rapporteur général. Il n'est pas impossible que règne une certaine confusion quant à la manière dont sera servie la dotation correspondant aux encours restant dus.

Contrairement à ce que vous laissez entendre, les contrats proposés concernent prioritairement les 40 % d'établissements de santé en situation de surendettement. La partie socle de la dotation, à hauteur de 20 %, sera d'ailleurs versée en fonction de la situation financière des établissements et notamment en fonction de critères d'endettement.

Les contrats que les établissements hospitaliers signeront avec les ARS en échange d'une dotation devront définir les actions qu'ils s'engagent à mener en matière d'assainissement de leur situation financière vis-à-vis de leurs créanciers ou du développement de l'investissement courant en vue d'assurer un meilleur service aux usagers.

Supprimer les modalités de reprise de dette fragiliserait l'ensemble du dispositif et priverait potentiellement les établissements de santé de 13 milliards d'euros.

Avis évidemment défavorable.

Mme Delphine Bagarry. Les établissements les plus fragiles, qui sont également ceux qui sont surendettés, auront le plus de mal à satisfaire aux indicateurs choisis alors même qu'ils ont le plus besoin d'être aidés. De telles contractualisations me semblent donc assez dangereuses.

La commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette ensuite les amendements identiques AS241 de M. Thibault Bazin, AS1028 de Mme Emmanuelle Anthoine et AS1141 de Mme Valérie Bazin-Malgras, puis l'amendement AS813 de Mme Justine Benin.

Elle examine l'amendement AS946 de Mme Audrey Dufeu.

Mme Audrey Dufeu. Certains hôpitaux publics connaissent des situations exceptionnelles, notamment ceux ayant intégré un groupement de coopération sanitaire (GCS), parfois en collaboration avec un établissement ayant la forme d'un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC). La loi n'est pas claire sur de telles situations, ce qui rend la reprise de dette très hypothétique. Les GCS sont souvent porteurs d'un bail emphytéotique ce qui interroge sur les modalités de reprise de la dette.

L'amendement vise donc à faire bénéficier de la reprise de leur dette les hôpitaux publics et les ESPIC qui exercent dans les territoires une mission d'intérêt général et de service public et dont la dette a une écriture comptable différente.

M. le rapporteur général. Les ARS sont d'ores et déjà invitées à prendre en considération la situation des établissements et notamment leur appartenance ou non à de tels groupements. Toutefois, il pourrait être intéressant de les mentionner dans le corps de la loi, dans la mesure où il s'agit d'un sujet important qui, je le sais, concerne certains établissements de votre circonscription.

Je vous propose de retirer l'amendement en vue de vérifier la bonne intégration des GCS dans le dispositif de dotations pour les services publics. Il nous faut trouver, le cas échéant, la meilleure manière de les y inscrire afin d'adopter la disposition en séance publique.

Mme Audrey Dufeu. Nous travaillons depuis de nombreux mois à rendre la rédaction de cette disposition la plus efficace possible du point de vue de l'intégration des établissements concernés dans le dispositif. Je retire l'amendement dans l'espoir que nous puissions la voter dans l'hémicycle en présence du ministre, qui s'était d'ailleurs engagé sur ce point lors de la discussion du dernier texte financier.

M. Thibault Bazin. J'élargis le sujet aux groupements d'intérêt économique, formés à une époque où les GCS n'existaient pas. Il faudrait également s'assurer de leur prise en compte, car ils ont permis la permanence des soins. Je pense en particulier aux plateaux d'imagerie médicale.

M. le rapporteur général. Je m'engage, madame Dufeu, à bien clarifier le sujet de façon à adopter une mesure en séance.

L'amendement est retiré.

La commission en vient à l'amendement AS814 de Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. Il s'agit d'un amendement de repli visant à ouvrir une dérogation pour les outre-mer afin de rendre éligibles à la reprise de dette les encours liés à des dépenses d'investissement aussi bien qu'à des frais de fonctionnement. Nous croulons, en effet, sous les dettes de fonctionnement, car nos hôpitaux servent d'amortisseurs sociaux au regard du nombre de chômeurs sur place.

M. le rapporteur général. Les hôpitaux ultramarins devront effectivement faire l'objet d'une attention toute particulière dans le cadre de l'attribution des dotations. Ils sont bien intégrés, au même titre que leurs homologues métropolitains, dans le champ de celle-ci et pourront y faire valoir les dettes qu'ils ont contractées au moyen d'emprunts ou d'encours dus au titre de baux emphytéotiques hospitaliers – cela rejoint l'amendement précédent.

Il me semble néanmoins que l'intégration des factures dues aux fournisseurs pour les seuls établissements ultramarins introduirait une différence de traitement induite.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

Mme Justine Benin. Je le maintiens. Il faut d'autant plus poursuivre ce débat que nos hôpitaux, qui sont par ailleurs les plus gros pourvoyeurs d'emplois dans l'ensemble des territoires des outre-mer, connaissent de graves difficultés en raison de leurs fréquentes dettes de fonctionnement.

Il nous faudra travailler à un schéma de santé publique, M. le ministre nous ayant par ailleurs promis un Ségur de la santé spécifique aux outre-mer qui n'a toujours pas vu le jour.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Puis elle examine les amendements AS559 et AS562 de M. Philippe Vigier.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Les amendements visent à assurer la transparence sur les dotations versées aux hôpitaux pour la reprise de la dette, qui doivent pouvoir être examinées par les élus et non laissées à la discrétion des ARS.

M. le rapporteur général. Je suis tout à fait favorable à la démocratie sanitaire ainsi qu'à l'approfondissement du rôle des parlementaires au sein des établissements de leur circonscription. Toutefois, dans un cadre que l'on voudrait d'application rapide, l'ajout de leur avis à une procédure déjà bien encadrée semble contraignant. Je vous propose donc de retirer l'amendement AS559 au profit de l'amendement AS562, sur lequel mon avis est favorable.

Il me semble, en effet, important, sous l'angle de la démocratie sanitaire, que les conseils territoriaux de santé, au sein desquels nous siégeons toutes et tous depuis la « loi santé » que nous avons votée l'année dernière, s'assurent du suivi des mesures prises dans le cadre des contrats liant hôpitaux et ARS.

*L'amendement AS559 est **retiré**.*

*La commission **adopte** l'amendement AS562.*

La commission examine, en discussion commune, les amendements AS127 de M. Pierre Dharréville et AS618 de Mme Delphine Bagarry.

M. Pierre Dharréville. L'article prévoit la reprise progressive entre 2021 et 2034 par la CADES de 13 milliards d'euros de dette hospitalière en échange de quoi les hôpitaux devront conclure un contrat avec leur ARS pour une durée maximale de quinze ans. Celui-ci comportera des engagements « *en matière d'investissement, d'assainissement de la situation financière et de transformation* ». Les hôpitaux qui ne les respecteront pas pourront être sanctionnés financièrement.

Nous sommes défavorables à l'instauration d'un outil supplémentaire de restructuration des hôpitaux aux mains des ARS, sur le modèle du COPERMO. À l'heure où les hôpitaux ont besoin de moyens financiers pour ouvrir des lits et embaucher du personnel, il est nécessaire de leur donner des marges de manœuvre pour se renforcer sans opposer dépenses d'investissement et dépenses de fonctionnement. C'est pourquoi cet amendement tend à supprimer ces mots à l'alinéa 9, afin que de tels contrats ne soient pas conditionnés à des mesures d'économies sur les dépenses de fonctionnement des établissements de santé.

M. le rapporteur général. Vous voulez supprimer les objectifs d'assainissement financier et de transformation qui constituent pourtant des actions critiques devant être menées dans les établissements concernés au cours de la décennie à venir. Pour ce qui est de l'assainissement financier, la dotation versée doit précisément permettre aux établissements de faire baisser le degré de dépendance à l'égard des créanciers et de retrouver, dès la signature du contrat, une respiration budgétaire. Pour ce qui est de la transformation, il s'agit de permettre à chacune des ARS d'encourager le redéploiement des filières de soin afin de s'adapter à la population couverte par le réseau hospitalier. Faire l'inverse entraînerait à nouveau les hôpitaux dans une spirale de surendettement dans laquelle les précédents plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 » les ont aspirés.

En revanche, j'estime que l'ensemble de ces dispositifs ainsi que les modalités de détermination de la reprise de la dette de chacun des établissements doivent être aussi transparents que possible. Je défendrai d'ailleurs ultérieurement un amendement dans ce sens.

Avis défavorable.

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

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS126 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Toujours dans la même idée, je propose de supprimer l'alinéa 12, pour les mêmes raisons. On continue de compresser les directions et le personnel des hôpitaux tout en instaurant une forme de chantage : on vous aide à condition que vous soyez sages. C'est une très mauvaise manière d'engager les relations avec les hôpitaux.

M. le rapporteur général. La suppression de ce dispositif serait néfaste, car il assure la solidité de l'ensemble.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Puis elle est saisie de l'amendement AS619 de Mme Delphine Bagarry.

Mme Delphine Bagarry. Je propose, non pas de supprimer ce malus, mais de le diminuer de moitié. Il ne faudrait pas que la reprise de dette représente, pour

les hôpitaux qui s’y engagent, un risque de dégrader encore plus leurs comptes, de ne plus se développer et, finalement, de mourir.

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

Elle examine ensuite l’amendement AS1238 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. L’amendement vise à assurer la plus grande transparence possible aux contrats engageant les ARS et les établissements de santé. La publication des modalités arrêtées pour déterminer l’encours retenu par l’ARS aura une grande valeur pour l’ensemble des parties prenantes et contribuera à renforcer la confiance dans le dispositif, en cohérence avec la compensation exacte des charges de service public.

Ce renforcement de la transparence est cohérent avec les préconisations du rapport de l’IGF et de l’IGAS rendu sur ce sujet en avril 2020. Il est aussi de nature à rassurer l’ensemble des établissements, quel que soit leur statut et leur éligibilité au dispositif.

M. Thibault Bazin. Votre amendement constitue une réponse à certains des nôtres qui allaient un peu dans le même sens. Très concrètement, quelles seront les modalités de la publication ?

M. Cyrille Isaac-Sibille. L’amendement clôt notre discussion : il permettra d’assurer une plus grande transparence et, partant, une plus grande démocratie afin que tous les hôpitaux sentent qu’ils bénéficient d’une égalité de traitement.

*La commission **adopte** l’amendement.*

*Puis elle **adopte** l’article 27 **modifié**.*

Après l’article 27

La commission est saisie de l’amendement AS855 de Mme Perrine Goulet.

Mme Perrine Goulet. Nous venons de modifier l’article 27 afin d’améliorer la transparence au niveau de chaque ARS et de chaque territoire. L’amendement vise à demander un rapport offrant une vision nationale afin de s’assurer de la bonne répartition des dettes.

Dans mon territoire rural, par exemple, les hôpitaux de proximité ont été serrés de près par l’ARS depuis plusieurs années ; leur endettement n’est, par conséquent, pas très élevé. *A contrario*, d’autres grands hôpitaux où on a laissé faire font face à un endettement galopant. Résultat, comme un tiers de la dette de chaque hôpital public va faire l’objet d’une reprise, les établissements les moins endettés en bénéficieront moins que les autres, ce qui grèvera leur capacité d’investissement.

D’où l’intérêt de disposer d’une vision nationale de la redistribution en matière de reprise de la dette.

M. le rapporteur général. Je comprends tout à fait l’objet de votre amendement, mais il est satisfait par l’annexe 9, qui permet d’avoir une juste vision de la répartition territoriale des établissements surendettés.

Demande de retrait, sinon avis défavorable.

*La commission **rejette** l’amendement.*

Réunion du mercredi 14 octobre 2020 à 15 heures (article 29 à après l’article 34 inclus)

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.9653381_5f86f43857ece.commission-des-affaires-sociales--examen-des-articles-du-projet-de-loi-de-financement-de-la-securit-14-octobre-2020

Mme la présidente Fadila Khattabi. Nous avons examiné 201 amendements ; 331 restent donc en discussion. Nous avons encore beaucoup à faire !

Article 28

Poursuivre la réforme du financement des établissements de santé

*Suivant l’avis défavorable de M. Thomas Mesnier, rapporteur général, la commission **rejette** l’amendement AS278 de M. Joël Aviragnet.*

Puis elle est saisie de l’amendement AS125 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. L’article 28 tend à instaurer une participation forfaitaire à la charge des patients qui passent aux urgences sans être hospitalisés. Au prétexte de désengorger les hôpitaux, cette mesure de déremboursement sanctionne donc les assurés qui se rendraient aux urgences pour des soins estimés non urgents.

Proposer une telle mesure, c’est nier la situation actuelle en matière d’accès aux soins puisque des patients n’ont d’autre choix que d’aller à l’hôpital, faute de médecins de ville disponibles. Si les urgences sont autant sollicitées, c’est d’abord en raison des défaillances d’organisation de la médecine de ville et de l’extension des déserts médicaux.

Sans résoudre les problèmes d’engorgement des urgences hospitalières, cette mesure contribuera à renforcer les inégalités d’accès aux soins tout en réduisant la part des soins prise en charge par l’assurance maladie obligatoire au profit des complémentaires santé. C’est pourquoi nous vous proposons de supprimer les alinéas 2 à 5 de l’article 28.

M. le rapporteur général. Je suis très heureux que nous abordions la question de la réforme du reste à charge aux urgences, car il s'agit d'un sujet politique très important – j'ai lu avec beaucoup d'attention vos nombreux amendements.

La création du forfait de participation aux urgences est issue de la réflexion menée par le ministère après l'adoption, l'an dernier, de la réforme du financement des urgences, à la faveur d'un amendement qui m'avait été inspiré par les travaux sur le pacte de refondation des urgences. J'observe que cette mesure a suscité de nombreux malentendus dans la presse ; je pense notamment à des articles publiés dans *Les Échos* ou *L'Humanité*. Votre amendement me donne donc l'occasion de clarifier les choses.

Le malentendu me semble en partie lié à la situation actuelle. En effet, ces articles de presse sous-entendent qu'actuellement, les patients se rendant aux urgences n'ont pas à s'acquitter d'un reste à charge. Or, ils sont bien redevables d'un ticket modérateur équivalent à 20 % de chacune des prestations dont ils ont bénéficié lors de leur passage aux urgences, soit 20 % du forfait accueil et traitement des urgences, qui est d'environ 25 euros, et 20 % de chaque acte ou consultation réalisé aux urgences. Ainsi, le reste à charge peut être très élevé, surtout pour les patients les plus âgés, qui ont souvent besoin d'un nombre plus important d'examens complémentaires. Toutefois, personne ou presque ne s'en rend compte, car ces tickets modérateurs sont pris en charge par les mutuelles.

Actuellement, les patients invalides ou souffrant d'une affection de longue durée (ALD) ne payent pas ce ticket modérateur uniquement si leur passage aux urgences est en lien avec leur ALD – ce qui correspond à un tiers seulement des passages aux urgences des patients en ALD. Ainsi, si un diabétique se rend aux urgences pour son pied diabétique, il est exonéré ; s'il s'y rend parce qu'il s'est cassé le pied en glissant, il ne l'est pas.

Pourquoi proposons-nous cette réforme ?

La réforme du financement des urgences que nous avons adoptée l'année dernière, sur ma proposition, permet de simplifier la tarification des urgences en abandonnant le comptage de chaque acte – nous partageons tous, me semble-t-il, cet objectif, notamment ceux de nos collègues qui siègent sur les bancs de gauche. Dès lors, continuer à recueillir et à renseigner ces éléments dans le seul but de calculer le ticket modérateur serait chronophage et complexe pour l'hôpital. En effet, les personnes chargées de la facturation devraient courir derrière l'information, afin d'identifier les actes qui ont été pratiqués, d'établir si l'infection du patient avait un rapport ou non avec son diabète ou avec sa maladie cardiaque...

Du reste, cette complexité pèse déjà sur l'hôpital, notamment sur l'hôpital public, au point que seulement 30 % des factures liées à un passage aux urgences sont actuellement recouvrées. Ce manque à gagner, outre qu'il est très chronophage

sur le plan administratif, creuse les déficits de nos hôpitaux. Et, ne nous voilons pas la face, ce sont les hôpitaux publics qui en payent le prix fort.

Le système est aussi et surtout illisible pour le patient, qui n'a aucune idée, en arrivant aux urgences, du montant dont il devra s'acquitter, souvent *via* sa mutuelle, à la sortie.

Le forfait ne concernera que les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation dans l'établissement. Actuellement, le ticket modérateur moyen est de près de 19 euros dans le public et le privé associatif et de 20 euros dans le privé. Désormais, il sera le même partout et tout le temps. Son montant sera de 18 euros, ce qui évitera les restes à charge trop importants, et, pour les personnes en ALD ou en invalidité, qui sont actuellement parfois exonérées, parfois non, il sera de 8 euros tout le temps.

L'article 28 maintient par ailleurs une exonération totale du ticket modérateur en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, lorsque les soins sont prodigués aux personnes victimes d'un acte de terrorisme et aux mineurs victimes de sévices sexuels pour les actes, soins et traitements consécutifs aux sévices dont ils ont été victimes.

Les patients bénéficiant d'une ALD seront-ils pénalisés ? Actuellement, pour ceux d'entre eux qui passent aux urgences sans hospitalisation, le reste à charge est plus élevé que la moyenne car, pour ces patients, souvent plus âgés, le recours à des actes techniques, d'imagerie et de biologie est plus fréquent. Par ailleurs, certains patients sous ALD devront désormais s'acquitter d'une participation alors que ce n'était pas le cas auparavant, mais son montant unitaire sera moindre. Globalement, la masse des restes à charge pour les patients en ALD baisserait de 32 % grâce à cette réforme.

Celle-ci n'est pas une mesure d'économie pour l'assurance maladie : elle se fait à budget constant. Pour preuve, je défendrai ultérieurement un amendement qui vise à maintenir une exonération totale pour les patients qui en bénéficient déjà actuellement et qui ont été oubliés dans cet article, à savoir les femmes enceintes et les nourrissons. Caroline Fiat a par ailleurs soulevé la question des invalides de guerre, et je l'en remercie car j'avais omis de les intégrer dans mon amendement ; ce sera chose faite.

Enfin, ces tickets modérateurs sont actuellement obligatoirement couverts par les contrats responsables. Ce sera également le cas de cette participation, qui sera calculée de façon à éviter tout déport entre assurance maladie et complémentaires. Pour les plus précaires, cette participation sera entièrement couverte par la complémentaire santé solidaire ; elle le sera également pour les patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État (AME).

Cette présentation complète du forfait de participation aux urgences me semblait utile tant cette mesure a suscité de malentendus. Je suis donc défavorable à l'amendement AS728.

M. Thibault Bazin. Vous avez évoqué la situation des personnes âgées qui passent par les urgences sans être hospitalisées. Mais qu'en est-il des femmes enceintes, qui sont actuellement exonérées du ticket modérateur à compter du sixième mois de grossesse ?

Mme Delphine Bagarry. Pour moi, qui plaide en faveur d'une rémunération au forfait, l'article 28 est constructif. Mais s'il n'a aucune incidence sur les 95 % d'assurés sociaux qui ont une complémentaire santé – je me réjouis que les femmes enceintes et les nourrissons notamment, qui avaient été oubliés, soient en définitive exonérés du paiement de ce forfait –, je m'interroge sur les 5 % restants. Je pense en particulier aux étudiants qui, pour 40 % d'entre eux, n'ont pas de complémentaire santé. Il ne faudrait pas que cette mesure restreigne leur accès aux soins.

Par ailleurs, celle-ci n'est-elle pas une manière déguisée de faire payer davantage de patients, notamment ceux qui n'auront pas reçu de soins, puisqu'ils acquitteront ce forfait préalablement à toute consultation aux urgences ?

M. le rapporteur général. Monsieur Bazin, les femmes enceintes sont actuellement exonérées du ticket modérateur aux urgences ; elles continueront de l'être, de même que les nourrissons de moins d'un mois, grâce à l'amendement que je défendrai tout à l'heure. Quant aux invalides de guerre, ils seront soumis au même régime que les patients en ALD. Ainsi, la réforme se fera-t-elle à budget et à public constants.

Madame Bagarry, vous évoquez la situation des 5 % de patients n'ayant pas de complémentaire santé. Tout d'abord, les plus précaires d'entre eux sont éligibles soit à la complémentaire santé solidaire, soit à l'AME ; leur forfait pourra donc être pris en charge à ce titre. Quant aux autres, dont on peut penser qu'ils sont moins modestes, la mesure leur sera en définitive tout de même favorable. En effet, le montant du ticket modérateur actuel variant selon le nombre d'actes réalisés aux urgences, il peut être beaucoup plus élevé que celui du futur forfait. De fait, celui-ci correspond, certes, à un plancher, mais aussi à un plafond : il sera toujours de 18 euros.

Enfin, votre crainte peut être légitime, mais je ne vois pas en quoi le nouveau dispositif permettrait de demander plus facilement un reste à charge. En tout état de cause, il est plus favorable, plus simple et plus lisible, et il permettra à nos établissements de santé, en priorité aux hôpitaux publics, de recouvrer systématiquement – et non plus, comme c'est le cas actuellement, dans un tiers des cas seulement – les sommes qui leur sont dues après un passage aux urgences.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine, en discussion commune, l'amendement AS271 de M. Stéphane Viry ainsi que les amendements identiques AS504 de M. Martial Saddier et AS727 de M. Joël Aviragnet.

M. Stéphane Viry. Je crains, monsieur le rapporteur général, qu'en dépit de vos explications, le mécanisme proposé ne soit trop complexe et qu'il n'accroisse, en définitive, le reste à charge pour certains patients. C'est pourquoi je propose, par mon amendement, le maintien des exonérations existantes.

M. le rapporteur général. Votre amendement vise en particulier, me semble-t-il, les patients en ALD. Pour l'ensemble de ces derniers, le montant du ticket modérateur baissera de 32 %. Qui plus est, le dispositif sera plus simple. Prenons l'exemple d'un patient souffrant d'une pathologie respiratoire chronique. S'il se rend aux urgences pour un problème respiratoire lié à sa pathologie, il est exonéré du ticket modérateur. Mais s'il s'avère qu'il ne s'agit que d'une bronchite, il doit s'acquitter d'un ticket modérateur non seulement pour cet acte, mais aussi pour tous les examens complémentaires – radios, prises de sang... – qui auront été réalisés. En définitive, la facture, qui n'est pas prise en charge au titre de son ALD, est beaucoup plus élevée que dans le futur système, puisqu'il n'aura à s'acquitter que d'un forfait de 8 euros qui sera pris en charge par sa complémentaire.

Avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Elle examine ensuite, en discussion commune, l'amendement AS1239 du rapporteur général ainsi que les amendements identiques AS60 de Mme Émilie Bonnivard, AS65 de M. Bernard Perrut, AS760 de M. Boris Vallaud et AS898 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. le rapporteur général. L'amendement AS1239 vise, d'une part, à maintenir l'exonération totale dont bénéficient actuellement les femmes enceintes à compter du sixième mois de grossesse et les nourrissons de moins d'un mois et, d'autre part, grâce à la vigilance de Mme Fiat, à étendre le régime applicable aux patients en ALD aux invalides de guerre.

M. Bernard Perrut. Nous proposons de maintenir les exonérations dont bénéficient actuellement les patients en ALD, qui ont besoin d'être soutenus car ils supportent déjà, en valeur absolue, les restes à charge les plus élevés du fait de leurs besoins de santé.

M. Joël Aviragnet. La simplification de la tarification des urgences par la création d'un forfait unique remplaçant les différents tickets modérateurs existants est tout à fait louable, mais elle ne peut se traduire par un recul des droits des usagers. Or, cette disposition vient créer un reste à charge jusqu'ici inexistant pour les bénéficiaires du dispositif de l'affection longue durée lorsque leur passage aux urgences est lié à un soin relevant de leur ALD. Cela revient à nier le principe même du régime de l'ALD, dont les bénéficiaires sont déjà soumis, en valeur absolue, aux restes à charge les plus élevés du fait de leurs besoins de santé.

L'amendement AS760 du groupe Socialistes, proposé par APF France handicap, vise donc à maintenir les situations d'exonérations existantes dans le cadre du nouveau forfait unique.

M. Paul Christophe. Nous proposons à notre tour par l'amendement AS898 de revenir sur une partie du dispositif proposé, afin de tenir compte de la particularité du régime des ALD.

M. le rapporteur général. Défavorable aux amendements AS60, AS65, AS760 et AS898.

Mme Delphine Bagarry. Si j'ai bien compris, monsieur le rapporteur général, les femmes enceintes bénéficieront de l'exonération à compter du sixième mois de grossesse, comme c'est également le cas actuellement pour les soins de ville. Or, il me semble que cette exonération devrait être appliquée aux femmes enceintes quel que soit le terme de leur grossesse, car le stress qu'elles peuvent ressentir est tel qu'elles doivent pouvoir consulter en urgence à toute heure du jour et de la nuit. De même, en ce qui concerne les nourrissons, l'exonération prévue devrait être valable jusqu'à trois mois. Je déposerai donc un sous-amendement en séance publique.

Par ailleurs, il me paraît justifié de maintenir, comme le proposent nos collègues, le maintien de l'exonération dont bénéficient les patients en ALD lorsqu'ils consultent pour un motif en lien avec leur affection. Je pense, par exemple, au cas d'une personne dont l'ALD est liée à une maladie coronarienne et qui se rend aux urgences pour une douleur thoracique : le motif de sa consultation est bien en rapport avec son ALD – il est peut-être victime d'un infarctus. Il devrait donc être entièrement exonéré du paiement du forfait.

*La commission **adopte** l'amendement AS1239.*

*En conséquence, les amendements AS60, AS65, AS760 et AS898 **tombent**.*

La commission en vient aux amendements AS1189 et AS1190 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. La simplification de la tarification des urgences par la création d'un forfait unique remplaçant les différents tickets modérateurs existants ne peut se traduire par un recul des droits des usagers. Or, cette disposition vient créer un reste à charge jusqu'ici inexistant pour les personnes bénéficiaires du dispositif d'ALD lorsque leur passage aux urgences est lié à un soin relevant de cette ALD. Cela revient à nier le principe même de ce régime, dont les bénéficiaires sont déjà soumis, en valeur absolue, aux restes à charge les plus élevés du fait de leurs besoins de santé. L'amendement AS1189, qui nous a été proposé par APF France Handicap, vise donc à maintenir les situations d'exonération existantes concernant le forfait unique nouvellement créé.

Quant à l'amendement AS1190, il a trait aux anciens militaires victimes d'invalidité et victimes de guerre. Je le retire donc, puisque M. le rapporteur général a pris en compte leur situation dans son propre amendement.

L'amendement AS1190 est retiré.

M. le rapporteur général. L'amendement AS1189 a un objet similaire à celui des amendements identiques que nous venons de rejeter. Avis défavorable, donc.

Par ailleurs, je remercie Mme Fiat d'avoir déposé l'amendement AS1190, car il m'a conduit à compléter utilement mon propre amendement afin de ne laisser personne sur le bas-côté.

La commission rejette l'amendement AS1189.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS350 de M. Stéphane Viry.

M. Stéphane Viry. Un nouveau mode de financement des établissements du secteur de la santé mentale et de la psychiatrie doit entrer en vigueur à compter du mois de janvier 2021. Afin de conférer à ces établissements une visibilité sur les ressources financières dont ils vont disposer, nous proposons de rendre obligatoire la consultation du comité de l'hospitalisation publique et privée, qui semble actuellement facultative.

M. le rapporteur général. L'article que vous proposez de modifier dispose que le comité de l'hospitalisation publique et privée est consulté lorsqu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Vous souhaitez que cet avis soit obligatoire, mais il l'est déjà. Votre amendement est donc satisfait. C'est pourquoi je vous suggère de le retirer ; sinon, j'émettrai un avis défavorable.

L'amendement est retiré.

La commission en vient à l'amendement AS595 de Mme Perrine Goulet.

Mme Perrine Goulet. Il s'agit de compléter la disposition visant à confier au directeur de l'agence régionale de santé (ARS) le soin de fixer annuellement le montant, issu de la dotation populationnelle et déterminé en fonction de critères régionaux, alloué à chaque établissement de santé. Il convient en effet de conforter la démocratie sanitaire, en prévoyant que les ARS tiennent compte de l'avis du président du conseil de surveillance des établissements.

M. le rapporteur général. La loi prévoit déjà, depuis l'adoption d'un amendement que vous m'avez fait l'honneur de voter l'an dernier, que le montant des dotations populationnelles est fixé « *après avis des représentants en région des établissements de santé et des professionnels exerçant cette activité* ». Il me semble compliqué et peu souhaitable que chaque conseil de surveillance d'établissement donne son avis, lequel risque, en outre, d'être fort subjectif.

Avis défavorable.

Mme Perrine Goulet. Je maintiens l'amendement. La loi prévoit, certes, la consultation de représentants en région des établissements, mais il n'est en aucun cas précisé que ceux-ci doivent être des élus. Or, compte tenu de la manière dont les choses se sont passées ces derniers mois, il nous paraît important que les ARS aient, face à elles, des élus, ce que sont les présidents de conseil de surveillance.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS843 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Il s'agit d'insérer dans les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) un objectif d'externalisation des soins des activités traditionnellement réalisées *via* l'hospitalisation de jour, particulièrement la chimiothérapie, en les réalisant *via* l'hospitalisation à domicile.

M. le rapporteur général. Votre proposition me semble beaucoup trop précise ; surtout, elle n'est pas applicable à tous les hôpitaux. Nous avons profondément refondu les CAQES l'année dernière, en les recentrant sur la question de la pertinence et en apportant plus de souplesse aux ARS. Je ne crois pas qu'il faille revenir en arrière en ajoutant de nouveaux volets au CAQES au niveau législatif.

Par ailleurs, votre amendement ne vise pas la bonne version de l'article, mais celle antérieure à 2019 : peut-être serait-il souhaitable de le modifier si vous souhaitez le redéposer en séance publique.

Avis défavorable.

M. Paul Christophe. Je le retire, et je le redéposerai en séance publique.

L'amendement est retiré.

La commission examine ensuite l'amendement AS349 de M. Stéphane Viry.

M. Stéphane Viry. Par cet amendement, nous proposons que, dans le cadre du nouveau mode de financement de la santé mentale et de la psychiatrie entrant en vigueur en janvier 2021, le comité de l'hospitalisation publique et privée soit consulté une fois par trimestre.

M. le rapporteur général. L'alinéa visé dans votre amendement prévoit déjà que le comité est rendu destinataire, à sa demande, des données nécessaires à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés. Je ne comprends donc pas l'intérêt de la précision que vous proposez, qui ne fait à mon sens qu'apporter une rigidité supplémentaire.

Demande de retrait, sinon défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS370 de M. Stéphane Viry.

M. Stéphane Viry. La crise épidémique a bouleversé un certain nombre de paramètres, de sorte que l'activité de l'année 2020 n'est pas représentative des évolutions constatées ces dernières années. Afin de tenir compte de cette situation, nous vous proposons de reporter d'un an la date de mise en œuvre des réformes du financement des activités de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de médecine d'urgence, afin qu'elles entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2022.

M. le rapporteur général. Vous proposez de décaler d'un an l'entrée en vigueur des réformes du financement de la psychiatrie et des SSR. Je comprends vos inquiétudes, mais je ne partage pas votre avis.

Nous savons tous que la psychiatrie publique est en grande souffrance et que cette réforme du financement est très attendue. La Fédération hospitalière de France (FHF) a eu l'occasion de nous le redire très clairement lors de son audition. Quant à la réforme des SSR, elle est en germe depuis cinq ans.

Cependant, le ministère de la santé a prévu, pour l'année 2021, un mécanisme de sécurisation des financements visant à limiter les mouvements financiers et ainsi à sécuriser l'ensemble des établissements. L'objectif de ce mécanisme est de neutraliser les impacts négatifs de la réforme du financement. Ainsi, chaque établissement sera assuré de percevoir *a minima* un niveau de recettes équivalent aux recettes perçues en 2020, à l'exception de celles perçues au titre des molécules onéreuses, des plateaux techniques spécialisés et des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Ces éléments, qui permettront une mise en œuvre très douce du dispositif, sont, me semble-t-il, de nature à vous rassurer.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin. La réforme doit s'appliquer au 1^{er} janvier 2021, c'est-à-dire dans deux mois et demi. Or, ses modalités semblent lourdes et le dispositif prévu ne paraît pas adapté aux SSR des établissements privés, en raison des règles comptables, notamment et des obligations fiscales auxquelles ils sont assujettis. Si ces difficultés sont réelles, ne serait-il pas opportun de reporter d'un an la mise en œuvre de la réforme ? Vous savez, en tant qu'urgentiste, que les SSR privés accomplissent un travail formidable. Nous ne pouvons donc pas les placer devant des difficultés importantes, surtout lorsqu'on sait les services considérables que certains d'entre eux ont rendus durant la crise sanitaire. Je vous alerte très officiellement sur cette problématique.

M. le rapporteur général. Les SRR privés font effectivement un excellent travail, mais les SRR publics aussi ! C'est une boutade, monsieur Bazin, car je sais que vous n'entendiez pas opposer les uns aux autres... Je répète que cette réforme se fera à blanc et que chaque établissement recevra les mêmes recettes qu'en 2020.

M. Thibault Bazin. Ma remarque ne portait pas sur l'équilibre financier de la réforme, mais sur la difficulté technique que pourraient rencontrer les SRR s'ils doivent se conformer dans l'urgence à de nouvelles règles comptables et fiscales.

M. le rapporteur général. Je n'ai pas d'éléments de réponse sur ce point très spécifique : je vous propose d'interroger le ministre en séance.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS508 de Mme Martine Wonner.

Mme Delphine Bagarry. Cet amendement vise à revenir sur le report de la réforme du ticket modérateur en psychiatrie. Cette réforme a été prévue par l'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, dans un objectif de simplification et d'unification, au niveau national, des tarifs journaliers de prestations. Si nous comprenons que la crise sanitaire liée au covid-19 ait pu ralentir les travaux techniques et les concertations avec les acteurs, il ne nous paraît pas judicieux de reporter cette réforme attendue de longue date – d'autant plus que la crise risque elle-même d'accroître les problèmes de santé mentale.

M. le rapporteur général. J'imagine qu'il s'agit là d'un amendement d'appel. Je déplore, comme vous, que la réforme du ticket modérateur en psychiatrie ait pris du retard, mais comment pourrait-elle entrer en vigueur, alors que les travaux techniques préparatoires n'ont pas pu avoir lieu ? Du reste, on peut comprendre que cela n'ait pas été une priorité des établissements et du ministère en 2020...

Je vous propose de faire le point avec le Gouvernement au mois de juin sur l'avancée de cette réforme et, plus globalement, sur la réforme du financement de la psychiatrie, qui, je le sais, tient à cœur à Mme Martine Wonner.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS204 de M. Thibault Bazin, AS298 de M. Stéphane Viry et AS783 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Thibault Bazin. La mise en œuvre de la réforme des tarifs nationaux journaliers de prestation a été repoussée d'un an du fait de la crise sanitaire. Ce report a permis d'affiner les simulations des effets revenus induits par la réforme. Au vu de leur impact sur certaines catégories d'établissements, notamment les petits centres hospitaliers, qui sont si précieux pour nos territoires et dont la situation financière, déjà fragile, a tendance à s'aggraver, je vous propose d'allonger la période de lissage des effets revenus de trois à quatre ans.

M. le rapporteur général. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a supprimé l'objectif de calculer, à terme, le ticket modérateur sur la base des groupes homogènes de séjours. Cette réforme a introduit un nouveau système de calcul du ticket modérateur, en remplaçant les tarifs journaliers de prestation par

une nomenclature simplifiée et fixée au niveau national. Les modalités de cette nouvelle tarification seront déterminées par voie réglementaire et seront applicables, non seulement dans le champ médecine, chirurgie, obstétrique, mais également pour les activités de psychiatrie et de SSR de l'ensemble des établissements de santé, publics comme privés.

Ce nouveau modèle doit entrer pleinement en vigueur en 2023. Vous souhaitez le reporter à 2024, tandis que l'amendement précédent demandait que cette réforme entre en vigueur dès demain. Cela me fait penser que nous avons trouvé un juste milieu.

La réforme que nous avons adoptée l'année dernière est nécessaire. La situation actuelle, qui est facteur d'incertitude, n'est satisfaisante pour personne.

Je sais que le ministère fait tout son possible pour que la conduite des travaux techniques permette à cette réforme d'entrer en vigueur à temps. Je crains que le report de la date butoir à 2024 ne nous empêche d'avancer aussi vite que nous le souhaiterions. Nous pourrions refaire le point sur l'avancée de ces travaux l'année prochaine avec le ministère.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** les amendements identiques.*

*Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** l'amendement AS1236 de M. Stéphane Viry.*

Elle en vient aux amendements identiques AS246 de M. Thibault Bazin, AS335 de M. Stéphane Viry, AS539 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS1054 de Mme Emmanuelle Anthoine et AS1154 de Mme Valérie Bazin-Malgras.

M. Thibault Bazin. Nous avons déjà débattu de cette question et j'ai bien compris que le rapporteur allait profiter du couvre-feu législatif pour méditer avec le ministre de la santé, d'ici à l'examen du texte en séance publique, sur les problèmes comptables et fiscaux que risquent de rencontrer les SRR privés.

M. Paul Christophe. Si vous en êtes d'accord, madame la présidente, je défendrai en même temps que l'amendement AS539 l'amendement AS537 qui vient juste après. L'année 2020 devait constituer une période transitoire, mais la crise sanitaire est venue tout bouleverser. C'est pourquoi nous proposons, par prudence, de décaler d'un an la mise en œuvre de cette disposition.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

*La commission **rejette** les amendements identiques.*

Elle examine ensuite l'amendement AS995 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Cet amendement nous est proposé par le collectif Inter-LGBT. Il vise le maintien de la prise en charge complète, sans avance de frais, des bénéficiaires de l'AME passant aux urgences.

La simplification de la tarification des urgences par la création d'un forfait unique remplaçant les différents tickets modérateurs existants ne peut avoir pour conséquence un recul du droit aux soins des personnes vulnérables. Les bénéficiaires de l'AME sont un public en situation de grande précarité, avec des revenus inférieurs au seuil de pauvreté. Ils ne sont donc pas en mesure de subvenir à leurs besoins de santé, ni de souscrire une complémentaire, et ils ne peuvent bénéficier de la complémentaire santé solidaire (ex-CMU-C). Du fait de leur parcours migratoire et de leurs conditions de vie précaires, ils sont particulièrement exposés aux maladies et aux blessures. Ils sont aussi particulièrement exposés aux refus de soins en médecine de ville. Il importe donc de garantir leur prise en charge pour éviter qu'ils ne renoncent à se soigner.

M. le rapporteur général. Cet amendement est important : il m'a permis de m'assurer que les bénéficiaires de l'AME seraient bien exemptés dans le nouveau système, comme ils l'étaient dans l'ancien, du forfait de participation aux urgences.

Je vous confirme que c'est bien le cas, car l'article du code de l'action sociale et des familles que vous souhaitez modifier prévoit déjà que l'AME couvre les frais de médecine générale et spéciale à 100 %. Votre amendement étant satisfait, je vous invite à le retirer.

Mme Caroline Fiat. Je vais le réécrire en vue de la séance.

L'amendement est retiré.

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette successivement les amendements identiques AS245 de M. Thibault Bazin, AS334 de M. Stéphane Viry, AS537 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS1050 de Mme Emmanuelle Anthoine et AS1152 de Mme Valérie Bazin-Malgras ainsi que les amendements identiques AS299 de M. Stéphane Viry et AS784 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Enfin, la commission adopte l'article 28 modifié.

Après l'article 28

La commission examine l'amendement AS369 de M. Stéphane Viry.

M. Bernard Perrut. Il est proposé, à travers l'introduction d'un principe de proportionnalité, d'assurer une plus grande transparence et un meilleur équilibre dans l'allocation des dotations MIGAC aux établissements, notamment entre ceux qui exercent le service public hospitalier. Il s'agit ainsi d'assurer un meilleur suivi et une meilleure évaluation des actions financées au titre des missions d'intérêt

général, et en matière de soutien aux établissements de santé en aides à la contractualisation.

C'est pourquoi nous proposons, à la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162 22 13 du code de la sécurité sociale, après le mot « dotation », d'insérer les mots : « répartie entre les différentes catégories d'établissements de santé selon leur valorisation économique dans chaque champ d'activité ».

M. le rapporteur général. Les MIGAC permettent de financer des activités d'enseignement et de recherche, des services d'aide médicale urgente (SAMU) et des structures mobiles d'urgence et de réanimation, ainsi que certains centres de référence... Mais il est logique que, statistiquement, les établissements publics reçoivent une plus grande part de ces dotations liées aux missions d'intérêt général de l'établissement, puisqu'ils remplissent en général plus de missions d'intérêt général... Je ne peux donc qu'être défavorable à votre amendement.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS572 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Le présent amendement concerne également les MIGAC et s'appuie sur une recommandation de la Cour des comptes. Je ne demande pas plus de démocratie, mais plus de transparence. Comme vous l'avez rappelé, monsieur le rapporteur général, les MIGAC englobent des missions d'enseignement, de santé publique, mais aussi d'aide à la contractualisation, c'est-à-dire à l'investissement. Les MIGAC, ce sont près de 9 milliards d'euros par an !

Autrefois, un rapport assez touffu détaillait l'usage que les ARS faisaient du Fonds d'intervention régional (FIR) et des MIGAC, mais il n'existe plus. Je ne demande pas que les députés contrôlent l'action des ARS, car elles sont libres, mais je demande que celles-ci publient un rapport annuel sur l'usage qu'elles font de ces quelque 9 milliards.

M. le rapporteur général. Comme mon prédécesseur, je ne suis pas un grand fanatique de ces rapports. Un rapport annuel sur le FIR est déjà remis au Gouvernement, auquel nous avons accès pour préparer nos débats. Il me semble que cette question pourrait être prise en charge par le Parlement, soit via la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), soit dans le cadre du Printemps de l'évaluation.

Je vous invite donc à retirer votre amendement. À défaut, j'émets un avis défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Que les choses soient claires : mon amendement ne porte ni sur les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI), ni sur les dotations dont bénéficient les hôpitaux publics au titre de la formation. Il porte précisément sur l'aide à la contractualisation, qui représente plusieurs milliards. Il est important, dans la mesure où nous votons le

montant de cette enveloppe, que nous sachions comment les ARS l'utilisent. On sait comment sont utilisés le FIR et l'argent qui finance les MERRI mais, sur l'aide à la contractualisation, c'est l'opacité totale. Je ne demande pas que l'on s'immisce dans la gestion des ARS, mais que l'on sache comment ces fonds sont utilisés.

M. Philippe Vigier. C'est un amendement de bon sens : un petit amendement, mais d'une grande portée, puisque ces 9 milliards d'euros représentent une somme considérable. Monsieur le rapporteur général, notre collègue ne demande pas un rapport de plus, mais la communication des décisions qui sont prises. Il est important de savoir comment ces fonds sont attribués et d'en faire le suivi. Cette proposition émane de la Cour des comptes, qui est la référence en matière de dépense budgétaire ; elle permettra d'éclairer la représentation nationale.

M. Thibault Bazin. Cet amendement va effectivement dans le bon sens, mais je crois qu'il ne va pas assez loin. En tant que parlementaires, nous ne sommes pas là uniquement pour enregistrer des données et les observer. Nous sommes là pour contrôler l'action du Gouvernement. Or, concrètement, le Gouvernement, dans nos territoires, ce sont les ARS. Nous devons donc avoir les moyens d'exercer un contrôle parlementaire local.

Il ne faut pas aggraver les fractures démocratiques et territoriales : il faut mettre fin à cette forme de schizophrénie qui oppose les gentils, au niveau local, et les méchants qui votent les moyens, au niveau national. Je pense qu'il faut aller au-delà d'une demande de rapport et responsabiliser les élus nationaux.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Notre rôle est de voter la loi et de contrôler son application. Lorsque nous votons un budget, il est normal que nous contrôlions ce qui en est fait. On contrôle le FIR, mais pas les MIGAC. Or le Parlement devrait savoir ce que les ARS font des aides à la contractualisation : cela fait partie de sa mission de contrôle.

M. Paul Christophe. Les ARS ont été un peu décriées et je crois que c'est une bonne chose que de réintroduire un peu de démocratie et de transparence. Notre collègue Francis Vercamer s'est beaucoup battu pour que le mode d'attribution du FIR soit rendu public. Ce serait une bonne chose que l'utilisation des fonds alloués aux MIGAC soit, elle aussi, parfaitement transparente : cela permettrait de révéler d'éventuelles défaillances territoriales. J'ai en tête une carte intéressante, qui montre que les dotations du FIR sont réparties de façon uniforme, alors que certains territoires sont en train de s'enfoncer. L'amendement de notre collègue contribuerait à une meilleure lecture de la démocratie sanitaire : nous le voterons donc.

M. le rapporteur général. J'ai rappelé que le FIR fait l'objet d'un rapport annuel. S'agissant des MIGAC, nous disposons déjà de circulaires financières publiées chaque année. Peut-être faudrait-il les simplifier et les rendre plus lisibles, mais le rapport auquel vous avez fait allusion, monsieur Isaac-Sibille, a disparu en 2017, la Cour des comptes ayant estimé qu'il ne permettait pas d'évaluer les

résultats des politiques mises en œuvre dans le cadre des MIGAC. Je ne pense pas qu'il faille réintroduire ce qui a été jugé inopérant par la Cour des comptes.

M. Cyrille Isaac-Sibille. La Cour des comptes a effectivement jugé ce rapport inopérant, mais le Parlement pourrait jouer son rôle de contrôle. Encore une fois, il ne s'agit pas de s'immiscer dans la gestion des ARS, mais d'exercer pleinement nos missions de parlementaires, qui consistent à voter le budget des MIGAC et à contrôler l'usage qui en est fait.

M. Jean-Carles Grelier. Monsieur le rapporteur général, vous nous dites que, la Cour des comptes ayant trouvé les précédents rapports inopérants, nous n'avons pas besoin de rapport. Je trouve ce raisonnement un peu curieux ! Je pense au contraire qu'un rapport est plus que jamais nécessaire, et qu'il doit être précis. La crise de la covid-19 a montré combien l'influence des ARS pouvait varier d'un territoire à l'autre, tout comme les moyens alloués aux hôpitaux. Nous ne pouvons pas signer un chèque en blanc de 9 milliards d'euros aux ARS sans connaître les stratégies et les priorités retenues sur le terrain.

Mme Monique Iborra nous a dit ce matin qu'il importait d'unifier les politiques relatives à la dépendance et à l'autonomie sur le territoire national. Et vous ne voyez aucun inconvénient à ce que chaque ARS puisse accorder des crédits dans son coin sans rendre de comptes à qui que ce soit ? Dans la gouvernance des ARS, les élus de la nation n'ont pas leur place : dont acte. Nous pourrions peut-être faire des propositions dans ce sens dans le prochain rapport de la MECSS sur les ARS, avec Mme Agnès Firmin Le Bodo. Mais, dans l'immédiat, il ne serait pas superflu que les ARS, *via* un rapport annuel qui pourrait être annexé à celui du FIR, rendent des comptes à la main qui les nourrit sur l'usage qu'elles font des MIGAC.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS398 de M. Stéphane Viry.

M. Bernard Perrut. Je crois effectivement que nous avons besoin de transparence. Depuis un certain nombre d'années, je plaide d'ailleurs pour que le budget des hôpitaux soit rendu public, afin que les Françaises et les Français puissent savoir comment il est employé sur le terrain. De la même manière, les députés et les sénateurs doivent pouvoir être informés des investissements publics qui sont faits pour répondre aux besoins de santé dans les territoires et ainsi contrôler si les actions des ARS sont bien conformes à la volonté de la représentation nationale. On parle beaucoup de la nécessité de renouveler la gouvernance des ARS et je sais que la MECSS va y réfléchir. C'est effectivement une nécessité que d'introduire plus de transparence, pour la représentation nationale et pour tous les Français.

M. le rapporteur général. L'article L. 1435-10 du code de la santé publique relatif au FIR prévoit déjà qu'« *en vue d'assurer un suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional, le ministre chargé de la santé est informé de l'exécution des budgets annexes, dans des conditions fixées par décret* ». Il précise encore : « *Un bilan de l'exécution des budgets et des comptes de*

l'année précédente, élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé, est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions, de l'évolution du montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale. »

Ce rapport annuel du FIR comporte une ventilation par destination qui permet de disposer d'une vision régionale et, par consolidation, nationale, de l'évolution de la part de chaque mission au sein du fonds. Il me semble que cela répond largement à votre demande.

Votre amendement me paraissant satisfait, je vous invite à le retirer.

M. Thibault Bazin. Sous le précédent quinquennat, la majorité socialiste a fabriqué des régions XXL, si bien que j'ai du mal à retrouver la Lorraine dans la région Grand Est ! Les données dont on dispose ne sont pas assez fines. Serait-il possible d'avoir une déclinaison par délégation territoriale ?

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite les amendements AS1166 de M. Michel Larive et AS1102 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. En quarante ans, le poids relatif du privé par rapport au public en matière d'hospitalisation en psychiatrie a plus que doublé. Les cliniques psychiatriques privées sont de plus en plus concentrées au sein de quelques grands groupes : Ramsay Générale de santé, qui compte trente cliniques en France, Clinéa, lui-même propriété du groupe ORPEA, l'un des leaders des maisons de retraites privées – avec trente-huit cliniques en France. Pourtant, qu'il s'agisse de l'hôpital ou des structures sociales et médico-sociales, il est nécessaire de rebâtir la psychiatrie publique, car elle est la seule à pouvoir assurer la gratuité des soins, sans dépassements d'honoraires, ni coûts supplémentaires par nuitée, ainsi que la prise en charge des urgences et des cas les plus lourds.

En France, en 2017, plus de 99 % des personnes hospitalisées sous contrainte ont été prises en charge dans les hôpitaux publics, alors que les hospitalisations libres vont en majorité dans le privé. Les conditions de travail sont meilleures dans le public que dans le privé, où la concurrence les tire vers le bas. Notons que le secteur privé est brandi comme une menace face aux soignants du public. On leur dit que s'ils se plaignent trop, les lits seront donnés au privé – c'est ce qu'explique Olivier, infirmier en psychiatrie à Caen. Dans le public, le patient est pris en charge, tout au long de son parcours, par des équipes qui se connaissent et qui assurent ainsi une continuité relationnelle entre l'extra-hospitalier et l'intra-hospitalier. Les hôpitaux publics sont bien répartis sur l'ensemble du territoire, contrairement à l'offre privée qui se concentre dans les régions les plus rentables. Pour toutes ces raisons, nous demandons que le financement des établissements psychiatriques favorise les établissements publics.

Si vous en êtes d'accord, je défendrai en même temps l'amendement AS1102. Les hôpitaux de proximité sont nécessaires à la couverture santé sur le territoire national. Ils représentent un engagement salubre de l'État à destination des Français, qu'ils se situent en zones rurales, urbaines ou périurbaines.

L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a entériné l'ouverture de nos hôpitaux à l'exercice libéral. Or l'exercice libéral ne répond pas actuellement aux principes d'un véritable service public de santé. Liberté d'installation, liberté tarifaire, possibilité de travailler en solitaire, moins bon remboursement ne sont pas des principes à développer. Face à cette situation en contradiction avec les objectifs fondamentaux des hôpitaux de proximité, nous demandons l'interdiction de la pratique libérale en leur sein. Vous le voyez, je reste sur la même ligne que l'année dernière.

M. le rapporteur général. Votre amendement AS1166 revient sur la très importante réforme de la psychiatrie, dont nous avons déjà parlé : je me contenterai donc d'un avis défavorable.

S'agissant de l'amendement AS1102, il vise à supprimer la possibilité pour les professionnels de santé libéraux d'exercer dans des hôpitaux de proximité. Je sais que vous rejetez l'exercice libéral, mais ce dont il est question dans les alinéas que vous voulez supprimer, c'est d'une pratique dont certains hôpitaux ont besoin, d'un exercice collectif, d'un exercice qui s'effectue dans le cadre du service public hospitalier, donc sans dépassements d'honoraires.

L'exercice mixte ville-hôpital est un engagement de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé votée l'an dernier et de la stratégie « Ma santé 2022 ». Les hôpitaux de proximité en ont particulièrement besoin, car ils ont parfois du mal à embaucher des praticiens hospitaliers. J'émettrai donc un avis défavorable sur cet amendement.

Mme Caroline Fiat. Monsieur le rapporteur général, jamais je ne me suis exprimée contre l'exercice libéral. La seule chose que je demande, c'est que l'exercice libéral n'entre pas dans les hôpitaux publics. J'ai défendu à maintes reprises les personnels libéraux, je ne cesse de dire qu'il faut mettre fin aux déserts médicaux et qu'il faut, pour cela, que les médecins aient envie d'aller s'y installer. La République en Marche a fait voter une loi contre les *fake news*, alors arrêtez d'en proférer.

La commission rejette successivement les amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS787 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Introduite par l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, l'expérimentation de la facturation directe à l'assurance maladie a connu une montée en charge progressive pour l'activité relative aux consultations et aux actes externes sans hospitalisation. Au regard des risques financiers, organisationnels et techniques inhérents au

déploiement de la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) aux séjours hospitaliers, la FHF en demande la suppression.

De même, la rénovation annoncée du financement des passages aux urgences sans hospitalisation pose la question de la mise en œuvre de la FIDES aux actes externes avec forfaits et notamment les autorisations temporaires d'utilisation, qui ne semblent plus d'actualité.

Cet amendement vise ainsi à supprimer cette réforme de facturation directe à l'assurance maladie des prestations d'hospitalisation, médicaments, produits et prestations.

M. le rapporteur général. Je ne sais pas précisément quels furent les échanges dans le cadre du Ségur de la santé autour du sujet précis de la facturation au fil de l'eau pour les séjours hospitaliers dans les établissements publics. Je vous propose d'en reparler en séance publique, en présence du ministre.

Je vous invite par conséquent à retirer votre amendement sinon j'y serai défavorable.

L'amendement AS787 est retiré.

La commission étudie ensuite l'amendement AS1222 de M. François Ruffin.

Mme Caroline Fiat. 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 direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), le nombre de patients aurait augmenté de 29 % entre 2013 et 2016.

L'ancienne ministre de la santé, Agnès Buzyn, avait reconnu que la psychiatrie était le parent pauvre de la médecine – un parent que l'on a appauvri puisque, durant les dernières décennies, les crédits alloués à la psychiatrie étaient réduits, voire gelés, alors que le budget de l'hôpital augmentait en moyenne de 2 % par an.

Nous l'avons déjà regretté au cours de l'examen du précédent projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) : il est quasiment impossible de trouver des données concernant le financement de la psychiatrie. Nous avons cherché à en obtenir une vue d'ensemble pour comprendre comment les dotations avaient évolué depuis dix, quinze, vingt ans et savoir combien il avait été grignoté à ce secteur ces dernières décennies. Nous n'y sommes pas parvenus. La collecte de ces données, parcellaires, est une galère infinie. Cette situation n'est pas acceptable : aussi demandons-nous un rapport.

M. le rapporteur général. Je prends cet amendement comme un appel. Je partage une partie du constat que vous dressez du financement de la psychiatrie. C'est pour cette raison que nous avons adopté, l'année dernière, une réforme très

importante de la psychiatrie, qui permettra de donner des marges de manœuvre aux établissements publics et de prendre en compte les caractéristiques de la population qu'ils doivent prendre en charge, en particulier la précarité.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Elle en vient à l'amendement AS1224 de M. Michel Larive.

Mme Caroline Fiat. Le mouvement de la psychothérapie institutionnelle s'est développé après-guerre pour sortir les malades de l'asile et mettre l'accent sur l'importance de la relation entre le soignant et le soigné. Pour accompagner cette ambition, il faut promouvoir les recherches en sciences humaines. En effet, la relation sociale est au cœur de la guérison tandis que les psychotropes ne doivent être utilisés qu'en cas de nécessité. Cette recherche doit donc être totalement indépendante, financièrement, des laboratoires pharmaceutiques et des cliniques privées. C'est pourquoi nous demandons un rapport.

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

Elle passe à l'amendement AS1225 de M. François Ruffin.

Mme Caroline Fiat. La psychiatrie souffre d'un sous-financement depuis des dizaines d'années. On ne saurait chiffrer le manque de budget mais selon les statistiques de la DREES, le nombre de patients a augmenté de 29 % entre 2013 et 2016 et les urgences ont accueilli 36 % de patients en plus. En revanche, les hospitalisations à temps plein ont chuté de 37 % mais pas au profit des méthodes alternatives puisque le placement familial thérapeutique a reculé de 8 %, l'accueil en appartement thérapeutique de 33 % tandis que l'accueil en centre post-cure stagne.

Le financement des hôpitaux est fondé sur la tarification à l'activité (T2A), qui consiste à rémunérer les hôpitaux en fonction du nombre d'actes réalisés. Ce système a montré ses limites concernant la prise en charge des patients à l'hôpital. Cette tarification est peut-être défendable concernant les activités techniques et standardisées qui demandent toujours les mêmes gestes, le même temps. Mais très souvent, à l'hôpital, les activités, justement, ne sont pas standardisables. C'est particulièrement le cas en psychiatrie pour laquelle la T2A est totalement inadaptée. Ce dont ont besoin les soignants, avant tout, c'est de temps. Chaque patient est unique et sa guérison nécessite des relations humaines au long cours.

Par cet amendement, nous refusons que les soins psychiatriques fassent l'objet d'une tarification à l'activité.

M. le rapporteur général. Défavorable.

Mme Caroline Fiat. Vous ne pouvez pas vous contenter de me répondre d'un mot ! Je vous ai donné des chiffres, j'ai pris le temps de vous décrire la

situation, de vous expliquer pourquoi la tarification à l'activité n'était pas adaptée ! Le sujet est grave, tout de même !

M. le rapporteur général. Nous avons déjà longuement discuté de ce sujet. Tout d'abord, vous le savez, je préfère que le Parlement rédige ses propres rapports plutôt que d'en demander au Gouvernement. Mme Wonner en a établi un l'année dernière, vous aussi, et vous avez réussi à faire le tour de la question.

Par ailleurs, nous avons réformé le financement de la psychiatrie l'année dernière. Seul le secteur privé de la psychiatrie est aujourd'hui soumis à la tarification à l'activité mais la dotation au financement étouffe le secteur public de la psychiatrie. Faisons le point dans quelques temps, peut-être au sein de cette commission.

En attendant, avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Si j'avais pu déposer un amendement pour simplement demander que soit supprimée la T2A dans le secteur de la psychiatrie, sans qu'il soit déclaré irrecevable, je n'aurais pas eu besoin de réclamer un rapport !

M. Jean-Carles Grelier. Mme Buzyn avait nommé un délégué ministériel chargé de la psychiatrie. Je ne sais pas qui il est, ni ce qu'il fait, car il est censé appliquer une feuille de route dont on ne sait rien. Peut-être serait-il souhaitable que la commission des affaires sociales l'auditionne un jour.

M. le rapporteur général. J'avais justement en tête, en vous proposant de faire le point dans quelques mois, d'auditionner M. Frank Bellivier, délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie. Pour le reste, madame Fiat, la réforme que vous appelez de vos vœux a été votée et très bientôt, le secteur de la psychiatrie ne relèvera plus de la T2A.

La commission rejette l'amendement.

Article 29

Expérimentation d'un modèle mixte de financement des activités de médecine

La commission examine l'amendement AS815 de Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. Cet amendement tend à préciser que la dotation socle tient compte des coefficients géographiques appliqués dans certains territoires. Les coefficients géographiques majorent les tarifs des établissements implantés dans certaines zones pour tenir compte de facteurs qui augmentent le coût de certaines prestations. C'est ainsi le cas, en outre-mer, de l'éloignement, de l'insularité, de la démographie ou du climat. Il est important que les coefficients géographiques soient pris en compte dans le calcul des dotations socles pour que celles-ci soient adaptées aux spécificités culturelles de certains territoires, en particulier en outre-mer.

M. le rapporteur général. L'amendement est satisfait. Dans ce mode de financement optionnel, les coefficients géographiques resteront intégrés à ce mode

de financement puisqu'une partie des recettes sera calculée de la même manière qu'aujourd'hui.

Par ailleurs, le montant de cette dotation socle sera calculé sur la base d'un pourcentage des recettes issues de l'activité des séjours de médecine réalisés l'année précédente au sein de l'établissement concerné. Là encore, les coefficients géographiques seront pris en compte. Je vous invite à le retirer.

Mme Justine Benin. C'est vrai, nous en avons discuté l'année dernière, mais nous avons demandé que la Guadeloupe ait le même coefficient géographique que La Réunion, sans obtenir de réponse. Je maintiens donc cet amendement.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Suivant l'avis favorable du rapporteur général, elle **adopte** ensuite l'amendement rédactionnel AS420 de M. Jean-Louis Touraine.*

Puis elle étudie les amendements identiques AS637 de M. Stéphane Viry, AS682 de Mme Josiane Corneloup et AS789 de M. Bernard Perrut.

M. Bernard Perrut. L'article 29 prévoit d'expérimenter, durant cinq ans, un nouveau mode de financement de l'activité de médecine à l'échelle territoriale qui associera une part d'activité avec une part dite « populationnelle » et un financement à la qualité. Nous nous demandons si l'objectif sera atteint.

Dans certains territoires, la coordination dans le domaine de la cancérologie était déjà fragile avant l'épidémie. Les structures ambulatoires de soins curatifs et palliatifs étaient inégalement disponibles en fonction des lieux de vie des individus. Durant cette période de crise, des acteurs de terrain ont témoigné de situations très difficiles pour les personnes malades, contraintes d'être soignées à domicile : isolement extrême des personnes malades, interruption de certains soins pendant la période de confinement, gestion des soins palliatifs par les aidants et difficultés de coordination entre les services d'hospitalisation à domicile et les hôpitaux.

Afin de s'assurer que ce besoin de coordination essentiel aux territoires mais aussi aux personnes malades sera pris en compte dans les conditions d'entrée dans le dispositif, cet amendement tend à modifier l'article 29 pour y inclure l'objectif annoncé par le Gouvernement dans son exposé des motifs.

Ce besoin de coordination pourrait s'apprécier, notamment, au regard des moyens alloués par l'établissement concernant la création des postes d'infirmiers de coordination.

M. le rapporteur général. Il est indiqué dans l'étude d'impact de l'article 29 que cette dotation sera soumise à une contractualisation avec l'ARS sur les objectifs prioritaires d'amélioration des prises en charge hospitalières pour le territoire. Cette contractualisation passera par les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Je pense avoir répondu à vos préoccupations.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** les amendements identiques.*

Elle en vient à l'amendement AS818 de Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. Cet amendement tend à préciser que la dotation reposant sur des caractéristiques populationnelles doit prendre en compte les spécificités territoriales de l'établissement concerné. En effet, les contraintes géographiques peuvent peser sur l'organisation de certains établissements.

M. le rapporteur général. Parmi les critères de la dotation populationnelle figurent certains critères qui expliquent les difficultés en outre-mer, notamment le taux de précarité. Cependant, cette dotation populationnelle ne me semble pas devoir répondre aux problèmes plus structurels que rencontrent les territoires d'outre-mer du fait de certains surcoûts ou de l'éloignement géographique. Ces problèmes sont réels mais cette expérimentation ne doit pas se substituer à d'autres mécanismes plus appropriés comme les coefficients géographiques.

Avis défavorable.

*L'amendement est **retiré**.*

La commission passe à l'amendement AS621 de Mme Delphine Bagarry.

Mme Delphine Bagarry. Le groupe Écologie Démocratie Solidarité partage l'objectif du Gouvernement : expérimenter un nouveau mode de financement pour accélérer la réduction de la part de T2A dans le financement de l'hôpital. Cependant, le délai proposé semble démesurément long au regard du mal-être des professionnels de santé et des patients, du fait d'un modèle de financement qui n'a pas été décidé sous cette législature. Dès 2023, les premiers effets de l'expérimentation du nouveau modèle de financement des activités de médecine pourront être connus et, à ce titre, le législateur pourrait, dès le PLFSS 2024, en tirer les conséquences. Au regard de l'urgence posée par la nécessité de changer de modèle de financement, cet amendement vise à réduire de deux ans le délai de l'expérimentation.

M. le rapporteur général. Je comprends votre raisonnement mais il arrive souvent que trois ans ne suffisent pas pour conduire pleinement une expérimentation au sein des établissements et il n'est pas rare qu'il faille revenir devant le Parlement pour en demander la prolongation. Je vous propose donc que nous en restions à cinq ans.

Avis défavorable.

Mme Delphine Bagarry. Je maintiens mon amendement car il est probable que des orientations se dégagent au bout de trois ans quitte, si rien n'en ressort, à prolonger l'expérimentation dans le PLFSS 2024.

M. Pierre Dharréville. Je soutiendrai cet amendement car il me semble que l'on peut dresser un premier bilan au bout de trois ans, quitte à affiner l'expérimentation s'il s'avère nécessaire de la prolonger – ce que je ne souhaite pas car il faut finir par avancer. En tout cas, le Parlement a son mot à dire, en l'espèce.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle **rejette** ensuite l'amendement AS817 de Mme Justine Benin, puis l'amendement AS609 de Mme Marine Brenier.*

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS959 de M. Brahim Hammouche et AS431 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Alors que la volonté de développer les prises en charge en ambulatoire n'a cessé d'être annoncée dans les dernières réformes du système de santé et que la coordination entre la médecine de ville et l'hôpital est essentielle pour assurer une bonne prise en charge des patients chroniques, la mesure ne tient pas compte de ces exigences. L'amendement vise, par conséquent, à garantir la coordination entre les établissements hospitaliers volontaires et les organisations territoriales ambulatoires.

M. le rapporteur général. Vous souhaitez que le décret relatif à cette expérimentation précise les modalités de coordination avec les organisations territoriales ambulatoires, ce qui me semble trop restrictif.

Par ailleurs, l'objet de cette mesure n'est pas – du moins pour le moment –, de mettre en place un financement ville-hôpital, ni même de favoriser des synergies, mais bien de repenser le financement des activités de médecine à l'hôpital pour, à terme, envisager de les sortir de la T2A. Favoriser les synergies ville-hôpital, nous le faisons autrement, grâce aux hôpitaux de proximité, aux projets territoriaux de santé, à l'exercice mixte à l'hôpital.

Avis défavorable.

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

Puis elle examine l'amendement AS821 de Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. Cet amendement tend à adapter l'expérimentation à l'outre-mer. La réforme du financement des établissements ultramarins est un souhait que nous partageons depuis longtemps. Nous avons d'ailleurs voté un amendement en ce sens, lors de l'examen du dernier PLFSS. Hélas, la crise sanitaire a relégué ce sujet au second plan. Pour autant, il est plus que jamais nécessaire de revoir la tarification dans les hôpitaux ultramarins, comme le soulignait déjà Jean-Marc Aubert dans le rapport qu'il remit en 2018 à Agnès Buzyn.

Une telle réforme devrait lier une dotation socle, des missions d'intérêt général pour les activités les plus lourdes, une petite part de T2A, une revalorisation des coefficients géographiques.

M. le rapporteur général. Cette expérimentation sera ouverte à l'ensemble des établissements de santé exerçant des activités de médecine, y compris les hôpitaux de proximité. Ce financement mixte sera composé de trois compartiments : une part de financement fondé sur les besoins de santé des populations et du territoire, une part à l'activité et une part à la qualité. C'est ainsi que nous avons financé les urgences l'année dernière.

Je ne vois pas pourquoi il faudrait proposer une expérimentation différente aux hôpitaux ultramarins, qui rencontrent les mêmes problématiques que ceux de la métropole. Au contraire, ils devraient être intéressés par ce concept de responsabilité populationnelle, notamment par la prise en compte de la précarité de la population du territoire dans ces modèles de financement innovants.

Je vous invite à retirer l'amendement, sinon avis défavorable.

M. Philippe Vigier. Cet amendement me semblait pertinent au regard de la situation dans les territoires ultramarins. Pour y avoir assuré des vacations il y a quelques années, je sais qu'il leur faut du cousu main. Mme Buzyn avait elle-même compris qu'il faudrait différencier l'évolution des financements. Il est dommage que l'on ne tienne plus compte de ses propos maintenant qu'elle n'est plus aux responsabilités.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission **rejette** ensuite l'amendement AS822 de Mme Justine Benin.*

*Enfin, elle **adopte** l'article 29 **modifié**.*

Après l'article 29

La commission examine l'amendement AS422 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Je ne suis pas favorable à la multiplication des rapports mais je n'avais pas d'autre moyen de vous soumettre cette proposition, pour une raison que vous connaissez tous.

L'article L 162-22-8-1 du code de la sécurité sociale permet un financement *ad hoc* des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique. Or, un décret limite le bénéfice de ce financement aux seules activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et de médecine d'urgence, ce qui exclut le traitement de l'insuffisance rénale chronique par dialyse. Il est bien évident qu'il s'agit d'un oubli. Pour corriger cette anomalie, nous vous proposons la rédaction d'un rapport qui mettrait en évidence la nécessité d'y remédier.

M. le rapporteur général. Vous soulevez un point très précis dont j'avoue ne pas avoir connaissance. Je vous invite à y revenir en séance publique, en présence du ministre

M. Jean-Louis Touraine. Seul l'objectif compte. S'il est possible de corriger cette anomalie rapidement par voie réglementaire et de permettre ainsi aux associations qui pratiquent l'épuration extra-rénale par dialyse de bénéficier du même traitement que les activités de chirurgie et de médecine obstétrique, je retire l'amendement.

L'amendement est retiré.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette les amendements identiques AS1046 de M. Michel Larive et AS1191 de M. Adrien Quatennens.

Article 30

Pérennisation et développement des maisons de naissance

La commission est saisie de l'amendement de suppression AS1021 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. La France a perdu 40 % de ses maternités ces vingt dernières années, créant dans certains territoires de graves problèmes d'accès aux soins pour les femmes enceintes.

La création des maisons de naissance pourrait désagréger les maternités encore en place, dont nous avons tant besoin pour maintenir le service public hospitalier à un niveau élevé.

M. le rapporteur général. Vous souhaitez supprimer les maisons de naissance alors que le dispositif, expérimenté depuis plusieurs années, a fait ses preuves. Le Gouvernement et la majorité, au contraire, veulent les étendre.

Tout d'abord, une maison de naissance doit être contiguë à une maternité. S'il n'y a pas de maternité, il n'y a pas de maison de naissance.

Vous dites que les maisons de naissance sont un moyen de réaliser des économies. Or, selon le rapport d'évaluation de l'expérimentation, une prise en charge en maison de naissance est probablement moins onéreuse qu'une prise en charge en maternité mais il faudrait, pour en être certain, comparer les accouchements sans complication, ni césarienne, ni péridurale, en maternité, aux accouchements non médicalisés qui se déroulent en maison de naissance.

L'objectif est d'ouvrir douze nouvelles maisons de naissance, par rapport aux huit qui existent déjà. Une maison de naissance connaît environ cent vingt-cinq accouchements par an. Ce n'est pas cela qui déstabilisera l'offre de maternité en France.

L'idée n'est pas d'inciter les femmes enceintes à accoucher en maison de naissance. Tout le monde ne peut pas ou ne veut pas accoucher sans césarienne ni péridurale. Mais certaines femmes militent pour donner naissance différemment, sans médecin, plus naturellement. Nous devons l'entendre.

Les maisons de naissance, aujourd'hui, sont saturées. Certains territoires, en particulier le mien ou votre région, n'en ont pas, ce qui signifie que les femmes qui le souhaiteraient ne peuvent accéder à ces médecines alternatives, ce qui est dommage.

Pour ce qui est de la sécurité, l'étude menée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) sur les maisons de naissance expérimentales révèle que les complications maternelles en maison de naissance sont rares et dans la moyenne des résultats observés dans les maisons de naissance européennes. Ainsi, concernant l'hémorragie postpartum, principale cause de morbi-mortalité maternelle, les situations rencontrées pendant l'expérimentation n'ont pas excédé la fréquence répertoriée dans la population générale. Les mêmes constats sont posés pour ce qui concerne les autres complications néonatales.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Loin de me rassurer, vous avez renforcé mes craintes. S'il faut dégager des moyens supplémentaires et créer de nouvelles formes d'accueil, il faut y réfléchir à partir des structures existantes. Qu'entendez-vous par structures contiguës ? Je ne suis pas certain de bien comprendre. Je suis perplexe. Nous savons qu'il est nécessaire de disposer de personnels formés aptes à faire face à toutes les éventualités. Vous ne m'avez pas convaincu.

M. Thibault Bazin. Vous présentez les maisons de naissance sous un jour très favorable mais la pérennisation du dispositif ainsi que son élargissement progressif ne sont pas suffisamment encadrés pour nous assurer qu'elles ne finiront pas par masquer des fermetures de maternités dans des territoires où les ARS ou les centres hospitaliers régionaux universitaires exercent une forte pression pour aller dans ce sens.

Je l'ai moi-même constaté : il a fallu que j'intervienne avec le président du conseil de surveillance et le maire de la commune pour que la maternité ne soit pas fermée pendant le confinement, ce qui aurait encore davantage éloigné les futures mamans du lieu où elles pourraient accoucher ! On ne peut pas ignorer les pressions locales qui s'exercent pour que certaines maternités soient fermées. L'expérimentation ne peut être élargie si, en parallèle, l'engagement n'est pas pris de maintenir les maternités dans des territoires en souffrance où les maires doivent rester attentifs au problème de la distance entre le domicile d'une femme enceinte et la maternité.

Un second sujet de réflexion est celui de la liberté de choix, que l'on doit faire respecter dans tous les domaines, de manière cohérente, et dont nous reparlerons sans doute tout à l'heure, sans oublier la question du congé de paternité.

Mme Monique Limon. Je ne perçois pas l'implantation des maisons de naissance comme une menace pour les maternités puisque, par principe, elles devront être adossées à un centre hospitalier universitaire (CHU) afin d'assurer un accouchement en toute sécurité.

Ces maisons de naissance offriront simplement aux femmes qui le souhaitent la possibilité d'être accompagnées par des sages-femmes durant leur grossesse, l'accouchement et après la naissance.

Mme Monique Iborra. Les maisons de naissance sont adossées aux CHU mais aussi aux maternités. Le danger serait, en effet, de les voir remplacer les maternités à terme mais nous examinerons précisément un amendement visant à garantir le fait que ces maisons de naissance restent adossées aux maternités.

Je répondrai par ailleurs à M. Pierre Dharréville, qui s'inquiétait de la formation des personnels de ces maisons de naissance : si les sages-femmes ne sont pas formées pour accompagner des grossesses et des accouchements, je me demande bien qui peut l'être !

Enfin, les maisons de naissance offrent la possibilité de vivre un accouchement différent, moins médicalisé. Nous devons respecter ce choix. Du reste, il y a bien longtemps que les maisons de naissance existent dans les pays nordiques, souvent cités en exemple, et le taux de mortalité périnatale y est bien plus faible qu'en France.

J'espère vous avoir convaincu que le dispositif des maisons de naissance ne représente pas un danger pour les femmes et leurs enfants.

Mme Perrine Goulet. Le nombre de femmes souhaitant accoucher à domicile pour éviter la médicalisation est en hausse dans notre pays ; or ce n'est pas toujours une bonne idée. Les maisons de naissance sont une solution intermédiaire entre l'accouchement à domicile et la médicalisation des maternités, leur proximité avec les maternités offrant la possibilité, en cas de complication, de bénéficier du plateau technique.

Il faut toutefois rester vigilant sur un point : le nombre de naissances dans les maisons de naissance doit être additionné à celui des naissances dans les maternités, qu'elles complètent, afin d'éviter des pertes de moyens, notamment en ce qui concerne les plateaux techniques.

M. Thibault Bazin. Si l'on peut très facilement adosser des maisons de naissance à des maternités régionales, il faut aussi prendre en compte que les ARS exercent une pression dans certains territoires reculés pour fermer des maternités de proximité. L'ouverture d'une maison de naissance contiguë à une maternité régionale ne doit pas servir de prétexte à la fermeture de la maternité de proximité, qui accomplit 120 accouchements par an.

Je suis favorable à la liberté de choix mais également à un minimum de présence des services publics en proximité. Or l'article 30, tel qu'il est rédigé, ne prévoit aucun verrou pour empêcher la fermeture de maternités de proximité. Celles-ci sont pourtant très importantes pour les femmes qui accouchent, surtout quand il s'agit de leur deuxième ou de leur troisième enfant, qui naît plus vite.

Mme Caroline Fiat. Il est toujours risqué de faire dire aux gens ce qu'ils n'ont pas dit et de répondre à des questions qu'ils n'ont pas posées ! Personne ici n'a prétendu que les maisons de naissance étaient dangereuses. Les maternités « classiques » ont joué le jeu et commencé à améliorer l'accueil des femmes enceintes qui ne souhaitent pas d'accouchement médicalisé ; on a ainsi vu des baignoires arriver dans les salles d'accouchement. Puis, à force de fermer les vannes du financement, les maternités se sont retrouvées dans l'incapacité de fournir ces services.

Pourquoi créer ces structures qui commençaient à exister ? Si cela répond à une demande, les maternités doivent pouvoir proposer aux femmes qui le souhaitent d'accoucher de manière non médicalisée. Faute de quoi les petites maternités qui ne pourront pas disposer d'une maison de naissance à côté de leur service risquent de fermer. Une maternité peut proposer des accouchements non médicalisés. C'est d'ores et déjà possible. N'inventons pas l'eau tiède !

Mme Delphine Bagarry. Ma collègue vient de dire exactement ce que je voulais dire ! La demande sociétale est là : de plus en plus de femmes souhaitent accoucher à domicile. Pourtant, du point de la sécurité tant de la mère que de l'enfant, il est certainement préférable d'accoucher dans une maison de naissance. Ou alors, il faut doter chaque maternité d'une maison de naissance. Ainsi, le sujet serait clos et l'hôpital redorerait son blason en proposant aux femmes d'accoucher comme elles le décident.

M. le rapporteur général. Il n'est pas question de mettre des maternités en danger. Il ne s'agit du reste que de douze maisons de naissance supplémentaires, qui pratiquent cent vingt à cent vingt-cinq accouchements par an, ce qui ne va certainement pas mettre en péril le tissu de maternités de notre pays.

Je suis très sensible à la question soulevée par certains d'entre vous sur le risque qu'une maison de naissance pratiquant une centaine d'accouchements mette en jeu l'existence de l'autorisation de la maternité à laquelle elle est accolée. Je vous propose donc d'y travailler de façon collective d'ici à la séance pour sécuriser le dispositif.

Madame Fiat, je comprends votre position sur les femmes qui veulent accoucher de façon physiologique dans une maternité, mais ce n'est pas la même chose : dans une maternité, ce sera médicalisé, avec le scope, la péridurale... Je me suis rendu à la seule maison de naissance en Île-de-France, à la maternité des Bluets, il y a quelques semaines : il ne s'agit pas des mêmes pratiques.

Quant à prévoir d'accoler une maison de naissance à chaque maternité, je ne crois pas que cela réponde à la demande générale. Les maisons de naissance sont tenues par des sages-femmes libérales qui n'ont pas spécialement envie d'ailleurs.

Je vous propose donc de sécuriser le dispositif des autorisations d'ici à la séance. Pour le reste, j'espère avoir répondu aux différentes inquiétudes.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Elle en vient à l'amendement AS1241 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Le présent amendement vise à préciser que la direction médicale des maisons de naissance est confiée aux sages-femmes.

Mme Valérie Six. Tant que la maison de naissance est adossée à un établissement de santé, elle est sous la responsabilité, en cas de problème, d'un médecin. Le fait que la direction médicale ne soit assurée que par les sages-femmes, si cet amendement est adopté, m'interpelle.

M. le rapporteur général. Une maison de naissance est d'ores et déjà une entité juridique distincte de l'établissement de santé auquel elle est accolée, et les sages-femmes en assurent déjà la direction et la responsabilité médicales. Il s'agit tout simplement d'en rester au droit actuel.

Mme Valérie Six. En cas de problème, qui prend la responsabilité du transfert de la patiente vers l'hôpital ?

M. le rapporteur général. Quand la femme qui accouche se trouve dans la maison de naissance, elle est sous la responsabilité de la sage-femme. Si, en cas de problème, elle est transférée à la maternité, elle passe sous la responsabilité médicale du gynécologue-obstétricien et de l'équipe de sages-femmes de la maternité. La responsabilité ne peut se trouver d'un côté quand la patiente est de l'autre : elle est assurée par le professionnel de santé qui s'occupe de la patiente.

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

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS823 de Mme Justine Benin et AS1126 de Mme Hélène Vainqueur-Christophe.

Mme Justine Benin. L'amendement a pour objet d'assouplir les conditions d'existence des maisons de naissance. Il faut rappeler que l'expérimentation s'est particulièrement bien passée, avec des conséquences très positives – je pense notamment à la maison de naissance en Guadeloupe, présente au sein d'une clinique privée.

L'objectif n'est pas de remplacer les maternités par de nouvelles structures *low cost* ou moins qualitatives, mais de proposer une véritable solution alternative à la maternité, avec un accouchement naturel et un suivi spécifique, aussi bien en amont qu'en aval, avec une vraie préparation à la parentalité et à l'accueil de l'enfant.

Mme Hélène Vainqueur-Christophe. L'expérimentation menée en Guadeloupe a été très positive. Il est important pour nous d'améliorer le système en assouplissant le critère de contiguïté des maisons de naissance avec l'établissement partenaire. En effet, les locaux des établissements de santé sont, pour la plupart, exigus : ils ne permettent pas d'accueillir une maison de naissance et la vie associative qui l'accompagne. Le présent amendement vise donc à poser une condition non pas de contiguïté, mais de proximité.

M. le rapporteur général. Je comprends ces amendements mais le critère de la contiguïté me paraît essentiel ; la proximité ne suffit pas. Au cours de l'expérimentation, les transferts pendant le travail ont concerné plus de 20 % des accouchements – c'est la moyenne européenne –, ce qui est loin d'être négligeable.

Pour le moment, dans l'attente de données scientifiques complémentaires, je préfère ne pas jouer avec la sécurité des femmes enceintes et des nourrissons alors que nous sommes en train de progresser. Ma réponse devrait aussi apaiser certaines inquiétudes exprimées par M. Dharréville sur ce dispositif.

Avis défavorable.

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

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS824 de Mme Justine Benin et AS1131 de Mme Hélène Vainqueur-Christophe.

Mme Justine Benin. Je retire mon amendement.

*L'amendement AS824 est **retiré**.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement AS1131.*

Elle se saisit ensuite de l'amendement AS826 de Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. Il s'agit d'un amendement de repli, visant à permettre aux maisons de naissance de contractualiser avec plusieurs établissements de santé.

M. le rapporteur général. Vous voudriez qu'une maison de naissance soit en contiguïté avec deux maternités en même temps, ce qui me paraît compliqué.

Avis défavorable.

*L'amendement est **retiré**.*

La commission en vient à l'amendement AS932 de M. Julien Borowczyk.

M. Julien Borowczyk. Je souhaite rappeler tout d'abord que beaucoup de maternités ont fermé par manque de gynécologues et de professionnels.

Il serait intéressant de permettre aux maisons de naissance de contractualiser avec un hôpital de proximité car ce dernier a pour caractéristique de créer un lien entre l'hôpital et la ville en assurant des missions accessoires comme les urgences ou la périnatalité.

M. le rapporteur général. Selon la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, que nous avons votée l'année dernière, les hôpitaux de proximité ne sont pas autorisés à accueillir une maternité. Or il est essentiel, pour la sécurité des patientes, d'assurer une contiguïté de la maison de naissance avec une maternité.

Avis défavorable.

Par ailleurs, dans la dernière loi de financement de la sécurité sociale, nous avons adopté un dispositif favorisant la prise en charge du transport et de l'hébergement des patientes vivant loin d'une maternité à l'approche de la date de l'accouchement.

Mme Véronique Hammerer. Dans certaines régions, les femmes doivent parcourir une cinquantaine de kilomètres pour aller accoucher. Lorsque l'hôpital est trop éloigné, il paraît pertinent de créer un dispositif permettant aux sages-femmes d'accompagner les patientes ; en cas de problème, ces dernières peuvent toujours être évacuées par hélicoptère.

L'hôpital de Blaye a déjà une maternité, qui réalise 400 à 500 accouchements par an : il est donc hors de question qu'une maison de naissance s'y installe. Néanmoins, je ne vois pas pourquoi l'on ne pourrait pas soutenir des maisons de naissance privées : cela permettrait de proposer des solutions et un accompagnement encadré à des personnes vivant loin de tout hôpital.

Mme Caroline Fiat. Je remercie notre collègue d'avoir précisé que les maisons de naissance étaient privées : c'est un point important, en effet.

Adosser une maison de naissance à un hôpital de proximité qui, bien souvent, n'a pas d'anesthésiste, c'est mettre la patiente en danger. Quand un accouchement se passe mal, il faut parfois réaliser une césarienne dans les 5 à 10 minutes : je sais que les hélicoptères sont puissants, mais tout de même ! Et qui paiera l'hélicoptère ? Je ne suis pas sûre que ce soit la maison de naissance. Pour sauver une personne dans ces conditions, il faut *a minima* un anesthésiste et un gynécologue-obstétricien pour accueillir la maman et le nourrisson. Je ne soutiendrai donc pas cet amendement.

M. Thibault Bazin. Monsieur le rapporteur, vous dites qu'un hôpital de proximité ne peut pas avoir de maternité. Ainsi, dès lors qu'un établissement possède une maternité, et même s'il correspond plus ou moins à un hôpital de proximité, l'ARS devra l'enregistrer comme un établissement de niveau supérieur. Cela est pertinent au regard du maillage territorial.

M. Pierre Dharréville. Ce débat souligne le besoin de maternités dans nos territoires. Leur absence crée parfois des situations extrêmement délicates. Il m'est arrivé d'aller défendre des maternités dans certains départements où la situation était préoccupante, des fermetures étant annoncées en raison d'un manque de personnel, notamment de sages-femmes. Si l'on ouvre des structures qui, sans être des maternités, font appel à des sages-femmes, les difficultés de recrutement seront peut-être plus grandes encore.

De plus, je redoute une mise en concurrence accrue entre les différentes structures. Cette perspective me rend dubitatif et m'étonne un peu quand je la relie à d'autres sujets concernant l'hôpital.

Enfin, la demande d'accompagnement fait naître des initiatives. Dans ma circonscription, une maison a été créée – ce n'est pas une maison de naissance – dans laquelle des professionnels se rassemblent pour proposer un accompagnement avant et après la naissance ; cela marche plutôt bien. En l'occurrence, elle n'est pas adossée à une maternité ni à un hôpital : c'est une autre démarche, qu'il faut encourager.

M. Philippe Vigier. Selon moi, cet amendement va dans le bon sens. Dire qu'une maison de naissance est un établissement privé n'est pas un gros mot. La signature d'une convention avec un hôpital public permettrait de garantir que privé et public marchent ensemble. Si une hémorragie survient pendant l'accouchement en maison de naissance, la convention avec l'hôpital de proximité serait alors un gage de sécurité pour la patiente. Cela montrerait aussi que les hôpitaux de proximité – dont chacun reconnaîtra qu'ils tardent à être labellisés – sont en mesure d'apporter un service public complémentaire. Cet amendement est donc frappé au coin du bon sens car il reflète la réalité du terrain et permettrait d'apporter des solutions complémentaires aux femmes en toute sécurité.

M. Jean-Carles Grelier. Je souhaite rappeler – ce sera sans doute la seule fois dans ce débat que je serai d'accord avec Mme Iborra... – que les sages-femmes sont des personnels médicaux dûment formés à la mission qui leur est confiée. Il était important de le souligner pour ne pas laisser dévaloriser le rôle des sages-femmes.

M. le rapporteur général. Les sages-femmes sont en effet des personnels médicaux très bien formés à leur activité : ce sont de vraies professionnelles de la santé de la femme.

Les maisons de naissance sont des structures privées qui permettent à des sages-femmes en libéral d'exercer une activité un peu différente. Toutefois, je m'inscris en faux contre les propos de M. Vigier : signer une convention avec un hôpital de proximité n'est pas un gage de sécurité pour une maison de naissance. L'hôpital de proximité n'a pas de maternité, donc pas de gynécologue et probablement pas d'anesthésiste-réanimateur. En cas d'urgence, il n'y aurait aucune assurance de pouvoir prendre en charge la patiente.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Puis elle examine l'amendement AS1127 de Mme Hélène Vainqueur-Christophe.

Mme Hélène Vainqueur-Christophe. Je propose que la création et la gestion des maisons de naissance soient exclusivement confiées à des sages-femmes afin de conserver le caractère innovant de ces structures à taille humaine et d'en assurer le bon fonctionnement. L'indépendance dans la décision et dans l'action des sages-femmes gestionnaires de la maison de naissance est une garantie d'adaptation de cette structure, qui doit continuer à innover tout en restant au plus près des besoins des parents et des familles.

M. le rapporteur général. L'objectif de l'article n'est nullement d'empêcher les sages-femmes de gérer les maisons de naissance. Il prévoit clairement qu'elles sont au centre du dispositif mais il ouvre cette possibilité à des associations ou à des groupements d'intérêt public ; c'est d'ailleurs le cas pour certaines maisons de naissance existantes. Cela n'enlève rien aux sages-femmes. Vous avez même voté un amendement que je vous avais proposé pour garantir que les sages-femmes assureront la direction médicale.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS1240 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Cet amendement a pour objet de préciser la forme juridique des maisons de naissance. En l'état, l'article 30 permet à une seule sage-femme de créer une maison de naissance ; or il semble préférable de maintenir le portage par un collectif de sages-femmes associées dans ce but.

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

Elle en vient à l'amendement AS827 de Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. En relisant mon amendement, je me rends compte que l'amendement AS1241 que nous avons adopté répond probablement à ma demande. Défendu.

M. le rapporteur général. Je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement car il est en effet satisfait.

*L'amendement est **retiré**.*

La commission examine l'amendement AS1125 de Mme Hélène Vainqueur-Christophe.

Mme Hélène Vainqueur-Christophe. Le présent amendement vise à supprimer la seconde phrase de l'alinéa 12 précisant que les sages-femmes doivent exercer leur profession conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS). Cette précision nous apparaît superflue dès lors que le code de déontologie de la profession énumère clairement les obligations et les bonnes pratiques professionnelles.

M. le rapporteur général. Je comprends votre remarque mais dans le cas des maisons de naissance, la référence aux recommandations de la HAS au niveau de la loi me semble importante. Il s'agit de recommandations spécifiques sur l'organisation des maisons de naissance, qui vont au-delà des recommandations de bonnes pratiques relatives à la prise en charge des femmes enceintes et de l'accouchement.

Comme le cadre est très nouveau, il me semble important qu'il apporte toutes les garanties de sécurité nécessaires. Je comprends que les sages-femmes trouvent cela superflue mais, en l'occurrence, cela va mieux en le disant.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS541 de Mme Marie-Pierre Rixain.

Mme Marie-Pierre Rixain. L'article 30 prévoit la généralisation et la montée en charge progressive des maisons de naissance. Solution alternative aux maternités, elles proposent un accompagnement global, unique et sécurisé aux femmes enceintes. Les premières expérimentations ont donné pleine satisfaction aux parturientes comme aux sages-femmes. Ces structures peinent d'ailleurs à accepter toutes les demandes, tant l'offre qui y est dispensée répond à des besoins réels. Je vous propose donc, dans cet esprit, que les maisons de naissance pratiquent systématiquement le tiers payant afin de rendre ces structures accessibles à l'ensemble des familles.

M. le rapporteur général. Votre amendement est satisfait car, depuis le 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé libéraux doivent pratiquer le tiers payant pour les soins pris en charge au titre de la maternité. Je vous propose donc de retirer votre amendement.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS400 de M. Stéphane Viry.

M. Alain Ramadier. Le présent amendement a pour objet la remise d'un rapport au Parlement exposant les perspectives de développement des maisons de naissance avec pour objectif leur généralisation dans l'ensemble des départements.

M. le rapporteur général. Je m'interroge car votre amendement prolonge l'expérimentation des maisons de naissance, alors même que l'article permet de sortir du cadre expérimental pour basculer dans le droit commun.

Votre amendement étant satisfait, je vous propose de le retirer.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 30 modifié.

Après l'article 30

La commission examine, en discussion commune, l'amendement AS555 de Mme Marie-Pierre Rixain ainsi que les amendements identiques AS145 de M. Bernard Perrut, AS428 de Mme Annie Vidal, AS518 de M. Guillaume Chiche, AS964 de Mme Marie-Noëlle Battistel et AS1192 de M. Michel Larive.

Mme Marie-Pierre Rixain. L'entretien postnatal obligatoire est essentiel pour les femmes qui viennent d'accoucher. Depuis 2008, deux séances postnatales sont proposées dans les réseaux de périnatalité. Elles sont réalisées par une sage-femme ou un autre professionnel référent. Ces séances sont proposées en priorité aux femmes dont la situation de vulnérabilité a été décelée pendant la grossesse ou après l'accouchement.

La HAS et le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes recommandent de renforcer cet accompagnement en généralisant l'entretien postnatal, de préférence entre le huitième et le quinzième jour suivant l'accouchement, permettant aux femmes d'exprimer leur vécu, leurs besoins, voire leurs difficultés. Le suivi peut ainsi être ajusté.

Cet entretien est, selon les professionnels, un moyen efficace de prévenir la dépression postpartum, qui frapperait 10 à 15 % des mères et constitue probablement la principale complication de la grossesse. Le professeur Boris Cyrulnik explique que cela peut avoir de graves conséquences pour le développement de la relation avec l'enfant. Le présent amendement vise à instaurer un entretien postnatal obligatoire qui permettrait à la mère de relater son expérience et au professionnel de lui proposer un parcours postnatal individualisé.

M. Bernard Perrut. Recommandé depuis 2014 par la HAS et par le rapport de la commission sur les 1 000 premiers jours de la vie, l'entretien postnatal est encore trop méconnu. Nous souhaitons qu'il soit systématiquement proposé après l'accouchement et réalisé par un médecin ou une sage-femme dans les deux mois qui suivent. L'objet de cet entretien est de prévenir la dépression des nouvelles mamans et d'accompagner les parents. Le nombre de femmes rencontrant des difficultés est relativement important, de 15 à 35 % selon les études. Pour améliorer leur prise en charge, l'entretien postnatal précoce devrait être généralisé.

Mme Annie Vidal. Mon amendement vise à généraliser l'entretien postnatal pour diminuer le risque de dépressions postpartum.

Mme Delphine Bagarry. L'amendement identique AS518 est issu d'une préconisation du Conseil national de l'ordre des sages-femmes. Dans les suites immédiates de la naissance, le dispositif Prado de l'assurance maladie fonctionne bien : il permet de rappeler les mères dans les vingt-quatre, quarante-huit ou soixante-douze heures après leur sortie de la maternité. Nous proposons que l'entretien postnatal soit organisé dans les deux mois qui suivent l'accouchement, soit plus longtemps après la sortie de la maternité, dans une stratégie de prévention, tant pour la mère que pour l'enfant.

M. Joël Aviragnet. L'importance de l'entretien postnatal, sujet de notre amendement AS964, a été bien soulignée.

Mme Caroline Fiat. Mes collègues ont bien défendu l'amendement AS1192, qui nous a été soumis par le Conseil national de l'ordre des sages-femmes. Comme quoi, le groupe La France insoumise aime bien les sages-femmes libérales...

Mme la présidente Fadila Khattabi. Une précision effectivement utile au débat !

M. le rapporteur général. Cet amour des sages-femmes est visiblement partagé, puisque la proposition a largement inspiré nos collègues, sur tous les bancs.

S'agissant de l'entretien postnatal, les amendements en précisent toutefois les objectifs de manière trop précise et excluante. Je veux notamment parler de l'amendement AS555, qui vise des sujets différents de ceux qu'évoquent les amendements identiques.

Je vous propose donc de les retravailler ensemble, pour aboutir à un contenu commun d'ici à la séance, ce qui permettrait d'en corriger certaines inexactitudes. Mme Rixain parle ainsi de femmes enceintes alors qu'en postnatal, elles ne le sont plus. Il serait aussi souhaitable de trouver une dénomination plus large des objectifs de cet entretien. J'y serais alors favorable.

Demande de retrait, pour l'instant, en vue d'un travail commun d'ici à la séance.

Mme Marie-Pierre Rixain. Je retire l'amendement AS555, afin de mener un travail collectif en vue de la séance.

M. Joël Aviragnet. Je veux bien retirer l'amendement AS964, mais il faut que tout le monde se retrouve dans ce travail collectif. Ce ne doit pas être seulement M. le rapporteur général qui le récupère, comme par le passé.

M. le rapporteur général. Je ne déposerai pas d'amendement, mais laisserai mes collègues le faire.

M. Joël Aviragnet. Monsieur le rapporteur général, vous me comblez...

M. Bernard Perrut. Nous faisons confiance au rapporteur général, qui mérite toute notre considération. Définir une solution commune, pour un projet auquel nous sommes tous associés, serait un moyen de montrer que nous traitons les mêmes sujets ensemble.

Mme Annie Vidal. Je retire également l'amendement AS428.

Mme Delphine Bagarry. Je fais de même avec l'amendement AS518, comme la majorité.

Mme Caroline Fiat. Je retire aussi l'amendement AS1192.

Tous les amendements sont retirés.

La commission examine, en discussion commune, l'amendement AS542 de Mme Marie-Pierre Rixain ainsi que les amendements identiques AS528 de M. Guillaume Chiche, AS967 de Mme Marie-Noëlle Battistel et AS1197 de Mme Caroline Fiat.

Mme Marie-Pierre Rixain. Depuis l'élaboration de la loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé, des travaux sont en cours afin de moderniser le régime d'autorisation des maternités, dans le but de garantir à chaque femme sa sécurité, ainsi que celle de son enfant, comme des soins de qualité, partout sur le territoire.

Dans cet esprit, le PLFSS 2020 prévoit un dispositif spécifique, appelé « engagement maternité », qui propose une offre adaptée de suivi pré- et postnatal, et d'accompagnement aux femmes enceintes résidant à plus de 45 minutes d'une maternité. Pour ces femmes, l'assurance maladie prend en charge des prestations d'hébergement, en amont du terme prévu de la grossesse, ainsi que le transport entre le domicile et la maternité.

Ce dispositif est crucial tant le maintien des petites maternités est devenu un emblème de l'accès aux services publics dans les territoires. Néanmoins, cet « engagement maternité » y prend difficilement corps. C'est pourquoi l'amendement AS542 demande au Gouvernement de dresser un bilan de son application, afin de lancer une réflexion sur les mesures à mettre en œuvre, pour encourager son déploiement.

Mme Delphine Bagarry. L'amendement AS528 vise deux demandes de rapport sur l'extension du dispositif « engagement maternité » à l'ensemble du territoire – Mme Rixain a bien expliqué ce que recouvrait le dispositif. La proposition émane aussi du Conseil national de l'ordre des sages-femmes. Elle traduit un vrai besoin comme une appétence pour un tel dispositif. Il serait donc intéressant que nous votions l'amendement, pour obtenir ces rapports.

M. le rapporteur général. Je comprends bien l'idée derrière ces amendements – je rappelais d'ailleurs que nous avons voté cette disposition l'année dernière. Mais la publication du décret d'application de cette mesure, qui était envisagée au mois de juin, a été retardée en raison de la crise sanitaire. Il paraît donc difficile de rédiger un rapport sur sa mise en œuvre au mois de juin.

Si le décret devait être publié prochainement – j'interrogerai le ministre à ce sujet en séance –, nous pourrions nous pencher sur la question lors du prochain Printemps de l'évaluation. Parce qu'un rapport dès le mois de juin semble trop précoce, je vous suggère de retirer vos amendements, et de revenir sur le sujet avec le ministre en séance.

Mme Marie-Pierre Rixain. Je regrette que le décret d'application n'ait pu encore être publié, alors que la mesure est grandement attendue dans les territoires, notamment par les femmes enceintes, qui connaissent des difficultés dans l'accompagnement de leur grossesse.

Je retire néanmoins l'amendement AS542, en vue d'une discussion avec le ministre et d'une réponse sur la date de publication du décret d'application.

Mme Delphine Bagarry. L'amendement AS528 est retiré au profit d'un rapport sur l'allongement des délais de publication des décrets...

*Les amendements AS542, AS528 et AS967 sont **retirés**.*

*La commission **rejette** l'amendement AS1197.*

Article 31

Soutien au développement des hôtels hospitaliers

La commission examine l'amendement de suppression AS1019 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Le développement des hôtels hospitaliers s'inscrit dans le virage ambulatoire, dont nous n'avons pas forcément tiré tous les enseignements. Il s'agit de remplacer les hospitalisations de jour par des séjours en hôtel non médicalisés, afin d'optimiser la gestion de l'hôpital et de faire des économies.

En outre, ce dispositif permettrait à un hôpital de sous-traiter à un acteur privé la mise en place d'un dispositif d'hébergement non médicalisé pour les soins ambulatoires, ce qui pose la question du recours au soin ambulatoire et de la façon dont nous assumons un service public du soin, notamment hospitalier. Cela ouvre la voie à une forme de privatisation rampante du service public hospitalier. Pour toutes ces raisons, nous demandons la suppression de l'article 31.

M. le rapporteur général. Je connais votre opposition aux hôtels hospitaliers, que je ne partage pas nécessairement. Personne n'obligera les hôpitaux

à développer ces projets innovants, que l'assurance maladie prendra mieux en charge.

Je vois aussi quelques avantages à ces structures. Pour les patients, d'abord, puisqu'elles évitent des hospitalisations plus précoces ou prolongées, des transports répétés, un environnement possiblement anxiogène et l'exposition inutile à des maladies liées aux soins.

Pour les établissements de santé, elles permettent aussi d'optimiser les prises en charge hospitalières, de recentrer l'activité sur les soins, donc de prendre en charge un plus grand nombre de patients.

Pour l'assurance maladie, enfin, ces structures peuvent permettre de moindres dépenses, eu égard au coût d'un tel hébergement, qui est inférieur à celui d'une hospitalisation complète ou d'un transport sanitaire.

Visiblement, pour les patients, le dispositif fonctionne. Le rapport d'évaluation de l'expérimentation, transmis au Parlement, fait état d'un taux de satisfaction des patients particulièrement élevé, de l'ordre de 90 à 95 %. Cette satisfaction se retrouve au sein de toutes les dimensions de l'expérimentation, qu'il s'agisse de l'accueil, de l'information, de l'accompagnement des patients ou du confort de l'hébergement proposé.

À l'Institut Gustave Roussy, centre régional de lutte contre le cancer, par exemple, lorsqu'un patient doit commencer une séance de chimio- ou de radiothérapie tôt le matin, alors qu'il vient de loin – cela se produit très souvent car l'institut est très spécialisé –, si cela n'est pas nécessaire, il n'est pas hospitalisé la veille, comme on le ferait ailleurs. Une prestation hôtelière, remboursée par l'assurance maladie lui est fournie. C'est sans aucun doute beaucoup plus confortable pour le patient qui reçoit les soins.

Cette expérimentation permettra de s'assurer du bon fonctionnement du dispositif, qui donne de très bons résultats dans d'autres pays, notamment en Europe du Nord. Pourquoi ne pas aller plus loin ?

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. J'entends le besoin d'un nouveau type de service, mais seulement dans une certaine mesure, car on voit bien que le recours à la chirurgie et au soin ambulatoires a pu conduire à certains excès. Il ne faudrait pas que ce dispositif conduise à alimenter ces excès.

Alors que nous devrions nous demander comment le service public peut honorer ce besoin nouveau, évoluer – l'hôpital le fait ; il se transforme tous les jours –, vous trouvez une solution, toujours la même, celle d'une forme d'externalisation. Je le regrette car certaines activités, comme l'hôtellerie, pourront paraître potentiellement lucratives. Nous devrions au contraire travailler à rendre ce service public. C'est le débat auquel conduit réellement cet amendement.

Mme Delphine Bagarry. Je souscris entièrement au principe qui permet d'éviter les transports à certains patients, obligés de faire des allers-retours dans la journée parce qu'ils habitent loin de l'hôpital. Les hôtels hospitaliers peuvent être un confort pour eux.

Je souscris moins à l'argument financier et j'appelle l'attention sur une éventuelle perte en qualité de soins. En ces temps difficiles, où il faut accorder la priorité à certains financements, le moment est-il bien choisi pour apporter un soutien financier à un tel dispositif ? Ces montants pourraient en effet être fléchés ailleurs, notamment sur les lits d'hôpitaux ou le personnel.

Comment s'assurer qu'il n'y ait ni perte de soins, ni effet de bord et de profit, que nous n'aurions pas envisagés et qui nous obligent, comme nous le ferons pour les prestataires de services, à borner le dispositif et à exiger une charte de qualité ou un engagement ? Je ne les vois pas dans cet article, ce qui m'inquiète.

Je me suis posée toutes ces questions, même si j'estime que les hôtels hospitaliers sont très utiles, notamment dans des territoires éloignés des grands centres, comme ma circonscription, pour éviter des transports itératifs, coûteux pour la santé, plus que pour les finances.

M. Julien Borowczyk. J'entends ces interrogations mais il ne faut pas se tromper de cible : les hôtels hospitaliers sont un confort apporté aux patients et aux praticiens. Nous l'avons vu à propos des périodes pré- et postopératoires, en particulier dans les conclusions du rapport de Marc Delatte, il s'agit vraiment d'une prise en charge confortable, qui évite des réhospitalisations et un risque de pathologies nosocomiales par une réhospitalisation pouvant entraîner des complications. Nous appelons donc de nos vœux sa mise en place assez rapide.

Je comprends qu'il faille border le dispositif et se poser la question de la sécurité de la prise en charge des patients, qui fonde notre réflexion dans cet article. Au-delà, c'est d'abord et avant tout un confort inéluctable, apporté aux patients et aux praticiens, notamment de ville, pour la continuité et le parcours de soins.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1020 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Il s'agit de supprimer l'alinéa 3 de l'article, pour les raisons que j'ai exposées.

M. le rapporteur général. Vous souhaitez contractualiser avec les prestataires privés. Trois modèles existent aujourd'hui pour le développement d'hôtels hospitaliers. Certains établissements ont développé des prestations d'hébergement en interne, ce qui va dans votre sens. Une douzaine d'autres ont conclu des partenariats avec des hôtels de type commercial. Enfin, dix établissements ont fait le choix d'un partenariat avec des structures associatives.

Pourquoi empêcher ceux qui l'ont déjà fait et qui en sont satisfaits de continuer à développer de tels partenariats ?

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS1030 de M. Marc Delatte, qui fait l'objet du sous-amendement AS1245 du rapporteur général.

M. Marc Delatte. L'amendement, qui va dans le sens du rapport d'ATD Quart Monde de mars 2017, a pour objet de conforter la généralisation de l'expérimentation des hôtels hospitaliers, tout en évaluant son intérêt pour la prise en charge des publics isolés précaires dans le cadre de la chirurgie ambulatoire. Il défend en creux la nécessaire articulation entre le médical et le social.

M. le rapporteur général. Les hôtels hospitaliers ne concerneront pas uniquement les séjours de chirurgie ambulatoire. C'est pourquoi le sous-amendement vise à ajouter le mot « notamment ».

*La commission **adopte** le sous-amendement.*

*Elle **adopte** ensuite l'amendement **sous-amendé**.*

*Puis elle **adopte** l'article 31 **modifié**.*

Après l'article 31

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement AS442 de M. Max Mathiasin.*

Puis elle examine l'amendement AS1106 de Mme Émilie Cariou.

Mme Delphine Bagarry. Le présent amendement vise à lancer une expérimentation sur trois ans d'un dispositif d'aides financières non pérennes dans plusieurs régions sanitaires, dont les Alpes-de-Haute-Provence, la Meuse, les Deux-Sèvres et le Val-de-Marne. Il s'agit de tester un mécanisme de soutien à l'ensemble des professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge sanitaire et médico-sociale des victimes de violences, qu'elles soient mineures ou majeures, conformément à la préconisation du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes dans son avis pour une juste condamnation sociétale et judiciaire du viol et autres agressions sexuelles d'octobre 2016. Jusqu'à présent, seuls les mineurs victimes d'infractions sexuelles bénéficiaient d'une aide spécifique. Souvent mal connu, même des professionnels, ce dispositif de prise en charge intégrale existe depuis près de vingt ans.

Il s'agit d'un amendement de repli de l'amendement en faveur de la prise en charge totale des victimes majeures d'infractions sexuelles, qui a été déclaré

irrecevable car constituant une charge au sens de l'article 40 de la Constitution. Il avait déjà été déposé au début de la législature, avec MM. Xavier Paluszkiwicz et Jean-Louis Touraine.

M. le rapporteur général. Il faut améliorer en permanence la formation des professionnels à la prise en charge de ces violences. En revanche, on peut se demander si cette amélioration doit passer par une expérimentation, qui plus est dans les départements et circonscriptions des députés du groupe Écologie Démocratie Solidarité. C'est en effet de cela dont il s'agit dans cet amendement : c'est original !

Pour moi, le sujet des violences sexuelles et de leur prise en charge mérite de recevoir des réponses plus systématiques. J'ai interrogé le Gouvernement à ce sujet, et l'ai invité à se mobiliser sur le sujet de la prise en charge des violences sexuelles dans les établissements de santé, car il semblerait que de nombreuses initiatives parlementaires en ce sens n'aient pas été recevables. C'est la grande cause du quinquennat. Aussi, je m'engage à ce que nous ayons ce débat en séance avec le Gouvernement. Pour l'heure, mon avis ne peut être que défavorable à cet amendement expérimental des députés du groupe Écologie Démocratie Solidarité.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite, en discussion commune, l'amendement AS1038 de M. Thierry Michels ainsi que les amendements identiques AS48 de M. Gérard Cherpion et AS868 de M. Boris Vallaud.

M. Thierry Michels. L'amendement porte sur les négociations en cours entre les transporteurs privés et l'assurance maladie, dont les conclusions doivent venir répondre à une injustice, qui vise aujourd'hui les personnes obèses. En effet, le recours à des ambulances bariatriques, celles nécessitées pour le transport des personnes très obèses, entraîne la plupart du temps pour ces patients un reste à charge très élevé pour des déplacements non urgents. Leur transport nécessite en effet la mobilisation de personnel et de matériels supplémentaires, qui ne sont pas pris en charge dans les barèmes de remboursement.

La réforme de la tarification de ces transports spécifiques a été mise sur la table à plusieurs reprises dans les dernières années, dans l'espoir qu'elle aboutisse enfin au terme des négociations actuelles, dont la conclusion est prévue en décembre. C'est ce que ma collègue Annie Vidal et moi-même avons pu vérifier tout récemment auprès du ministère des solidarités et de la santé.

Le rapport demandé permettra de rendre compte à la représentation nationale de la mise en place effective de la nouvelle tarification des ambulances bariatriques et de l'amélioration concrète de la situation de nos concitoyens sur l'ensemble du territoire. Nous l'avons encore constaté au cours de la crise sanitaire avec la surreprésentation des personnes obèses dans les patients admis en réanimation, l'obésité est un sujet majeur de santé publique dans notre pays. L'amélioration recherchée permettra donc de diminuer le non-recours aux soins, en

s'assurant que les transports bariatriques deviennent réellement accessibles pour toute personne concernée, dans l'ensemble des territoires.

M. Gérard Cherpion. D'après les chiffres du ministère des solidarités et de la santé, le taux de personnes en situation d'obésité dans notre pays est de l'ordre de 17 %. L'obésité est par ailleurs un facteur de risque complémentaire pour d'autres problèmes de santé, en particulier le diabète, l'hypertension ou certains cancers. Ces patients ont donc des besoins de soins hospitaliers assez fréquents, qui nécessitent des transports par ambulance.

Une réponse existe déjà, puisque trente-trois centres spécialisés dans l'obésité sont équipés d'ambulances bariatriques. Des difficultés subsistent pourtant dans les secteurs plus éloignés, qui ne disposent pas de tels centres. Une ambulance bariatrique, qui nécessite quatre personnes et un matériel spécialisé, est à l'origine d'un surcoût, qui entraîne un reste à charge élevé pour les personnes transportées. Les discussions conventionnelles entre l'assurance maladie et les ambulanciers n'ont pas encore abouti.

L'amendement, qui vise à faire réaliser un bilan de la situation actuelle, est issu d'une proposition de loi que j'avais déposée et qui a été cosignée par cent cinquante députés. Elle avait pour objet une prise en charge de ce surcoût par l'assurance maladie. La disposition ne pouvant conduire à un amendement recevable au titre de l'article 40 de la Constitution, j'ai déposé cet amendement de repli, qui vise à la rédaction d'un rapport.

M. le rapporteur général. Vous appelez notre attention sur un sujet très important, celui des transports bariatriques, qui mobilise, je le sais, de nombreux collègues, notamment Mme Vidal, Mme Dufeu, M. Michels, M. Cherpion, M. Viry...

M. Thibault Bazin. Tout le monde !

M. le rapporteur général. Monsieur Bazin, je peux également vous citer, si vous le souhaitez. Nous avons été largement sollicités sur ces bancs par certains de nos concitoyens qui sont confrontés à cette problématique.

L'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale prévoit que les frais de transport « *sont pris en charge sur prescription médicale* » établie par un professionnel de santé. Le recours à une ambulance bariatrique privée implique toutefois un surcoût, qui ne fait pas l'objet d'une extension de la part remboursable par l'assurance maladie. Le patient n'est remboursé qu'à hauteur de la prise en charge pour le recours à une ambulance classique.

D'après ce que j'ai compris des remontées que nous avons eues du terrain – j'ai eu les mêmes que vous –, dans le cadre du recours à un transporteur privé, le reste à charge peut parfois atteindre plusieurs centaines d'euros.

Le problème est aussi celui de l'offre : peu de transporteurs sont équipés de brancards adaptés, qui doivent être plus larges que les brancards standards, afin de limiter l'inconfort des patients et supporter des limites de poids supérieures. Les ambulances doivent également être équipées en rampes, treuils, matelas et immobilisateurs élargis, brassards à tension, chaises à assistance électrique, notamment – j'ai pu le constater sur le terrain dans ma vie professionnelle. Enfin, les dimensions mêmes des ambulances doivent parfois être adaptées aux personnes en situation d'obésité.

Cette situation est intolérable, alors que 17 % de la population adulte est obèse dans notre pays, soit plus de 8 millions de personnes, dont 500 000 en situation d'obésité sévère. Le sujet de la prise en charge comme celui de l'offre risquent de créer de graves situations de non-recours aux soins. Les négociations en cours sur le transport sanitaire doivent notamment les traiter. Il serait utile d'interroger le ministre en séance, pour savoir quels sont les objectifs de ces négociations sur ce sujet précis.

Si vous le souhaitez, nous pourrions également saisir ensemble la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) pour lui rappeler l'importance de ces sujets à nos yeux.

Pour ce qui concerne les amendements, j'émettrai un avis de sagesse, mais il serait plus opportun de solliciter l'avis du ministre en séance.

M. Paul Christophe. À l'unisson de mes collègues, je rappelle que cela fait plusieurs années maintenant que nous nous préoccupons de cette situation qui, M. le rapporteur général l'a dit, peut aboutir à des refus de soins ou à un nonaccès aux soins – cela n'est pas neutre eu égard aux ambitions qui peuvent être les nôtres concernant la santé de nos concitoyens –, ainsi qu'à un reste à charge élevé, qui est également une forme de discrimination.

Depuis plusieurs années, nous défendons ce sujet et nous nous entendons répondre que des discussions sont en cours. Il nous faudrait maintenant un peu d'audace ! L'adoption de ces amendements demandant un rapport permettrait d'introduire le sujet avec un peu plus de force dans l'hémicycle. Et je ne doute pas que le ministère des solidarités et de la santé sera à notre écoute sur ce sujet.

Cela fait trois ans que j'ai l'impression de répéter la même chose sur cette question. Ce n'est certes pas un sujet anodin, mais il n'entraîne pas non plus une révolution pour le budget de la sécurité sociale. Adopter de tels amendements enverrait un bon message à notre ministre, Olivier Véran, pour traduire le besoin que la discussion s'accélère sur cette question.

Mme Annie Vidal. Ce sujet, nous le savons, est en discussion depuis longtemps : plus de cent cinquante questions écrites ont été adressées au Gouvernement, une proposition de loi a été déposée. Depuis le début de l'année, avec quelques collègues, nous avons pris le sujet à bras-le-corps, si j'ose dire. Les

négociations ont enfin commencé. Elles devraient aboutir d'ici à la fin de l'année à des propositions opérationnelles et financières.

Sur le terrain, les enveloppes investies dans ce domaine ont conduit à prendre en charge les transports bariatriques dans le cadre de l'urgence, non des soins programmés.

En toute logique, les conclusions des négociations devraient être intégrées au sous-ONDAM relatif aux soins de ville. L'amendement vise à dresser un bilan de la partie financière de ces conclusions, affectée au transport bariatrique, sachant que les négociations englobent l'ensemble des transports. Il semble donc très pertinent de rédiger une telle étude et d'interroger le ministre à ce sujet.

M. Thibault Bazin. Monsieur le rapporteur général, vous n'arrêtez pas de nous dire que les sujets sont importants, et qu'ils seront abordés en séance. Nous ne pouvons pas procéder ainsi.

Pour des sujets comme les services d'aide et d'accompagnement à domicile ou les répartiteurs pharmaceutiques, on nous dit à chaque fois que des discussions sont en cours. Mais ces amendements ne font qu'adresser une demande de rapport. Il n'y a pas péril en la demeure. Vous n'allez pas vous faire disputer par le ministre de la santé. Émancipez-vous ! Musclez votre jeu, comme disait Aimé Jacquet à Robert Pirès...

Vous avez été excellent sur le diagnostic. On a besoin qu'un urgentiste fasse le nécessaire pour que les transports bariatriques soient enfin pris en compte. Et je ne suis pas sûr qu'une telle évolution mette en péril les finances de l'assurance maladie.

C'est une question d'humanité, en réalité. Bien sûr, il y a la question de la sécurité et du confort des personnes mais, derrière, il y a la nécessité de faciliter le travail des services ambulanciers. Les témoignages que nous recevons montrent le mal-être à la fois des personnes en situation d'obésité et de ceux qui doivent assurer leur transport.

Alors que le Gouvernement avait promis, qu'il a déçu, nous devons, collectivement, au-delà de nos sensibilités politiques, l'interpeller par cette demande de rapport officielle, votée par la commission, sachant que, de toute façon, nous examinerons en séance publique son texte initial. En adoptant l'amendement, nous inscrivons le sujet à nos débats en séance.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Monsieur Bazin, sachez que personne n'est inhumain ici.

M. Gérard Cherpion. J'ai bien entendu M. le rapporteur général, mais il faut se rendre compte de ce que cela représente sur le terrain. Dans ma circonscription, j'ai la chance que des ambulanciers aient organisé une ambulance bariatrique : elle leur coûte une fortune, sauf lorsque l'hôpital décide qu'un tel

véhicule est nécessaire ou quand l'ARS prend en charge une partie des soins, en fonction de l'indice de masse corporelle, qui ne correspond d'ailleurs pas toujours à la réalité physique des personnes – c'est une pratique limite pour l'ARS. Nous sommes dans un système bancal, alors que ces patients ont véritablement besoin de transports spécifiques. Demander un rapport, ce n'est que prendre en compte la réalité des faits dans tous les territoires.

M. Philippe Vigier. Mes propos sont à l'unisson de ceux de mes collègues. Comme l'a dit Paul Christophe, nous sommes nombreux à avoir été interpellés depuis plusieurs années sur cette question, dont M. le rapporteur général est un fin connaisseur.

Le rapport ne pourra qu'éclairer le ministre, et nous n'attendrons pas de recueillir son avis pour l'obtenir. En demandant le rapport, la commission fait son boulot, de façon transparent – c'est notre façon de faire avancer les choses. Nous répondons à un vrai sujet, que vous connaissez parfaitement, monsieur le rapporteur général, je le répète. Ces transports bariatriques posent problème. Or, dans plus de 80 % des cas, les personnes en situation d'obésité ne sont pas responsables de leur obésité. Ayons une pensée pour elles.

C'est au débat parlementaire qu'il revient de prendre de la hauteur et d'examiner un problème de société auquel nous sommes tous confrontés. Un rapport, ce n'est pas une prise en charge immédiate.

Monsieur le rapporteur général, souvenez-vous quand, en 2019, le directeur de l'assurance maladie expliquait qu'il fallait limiter l'accès à la télémedecine. La covid est arrivée : heureusement que la télémedecine a été là, avec 1 million de téléconsultations par jour ! Je l'ai dit et le répète, il est sage que ce PLFSS assure sa prolongation.

Nous faisons aussi œuvre utile avec ces amendements et nous vous aidons, monsieur le rapporteur général. Alors, laissez-nous vous aider !

Mme Michèle de Vaucouleurs. Accepter cette demande de rapport n'engagerait pas outre mesure le Gouvernement, puisqu'il ne s'agit que de dresser un bilan des surcoûts liés au transport en ambulance bariatrique. On ne peut repousser indéfiniment cette question, qui n'est autre que celle de l'égalité d'accès à la santé.

M. le rapporteur général. Chers collègues, je n'ai pas émis d'avis défavorable, je m'en suis remis à votre sagesse. La fièvre des rapports qui vous gagne ne doit pas vous faire perdre de vue qu'il existe d'autres façons, pour un parlementaire, d'interpeller un ministre et que rien ne peut remplacer la force du propos en séance.

*La commission **adopte** l'amendement AS1038.*

*En conséquence, les amendements AS48 et AS868 **tombent**.*

Article 32

Prolongation de la prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des téléconsultations

La commission examine, en discussion commune, l'amendement AS79 de M. Bernard Perrut, les amendements identiques AS194 de M. Thibault Bazin, AS388 de M. Jean-Yves Bony, AS567 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS622 de M. Stéphane Viry et AS681 de Mme Josiane Corneloup ainsi que l'amendement AS803 de Mme Josiane Corneloup.

M. Bernard Perrut. Lors de la première vague épidémique, nous avons constaté combien la téléconsultation était nécessaire. Prise en charge par l'assurance maladie grâce aux dispositions que nous avons votées, elle a pris de l'essor et est de plus en plus appréciée par les patients, comme par les professionnels de santé.

Son développement doit être maîtrisé et cohérent avec les autres types de prises en charge. Or, en prévoyant de prolonger jusqu'au 31 décembre 2021 la prise en charge intégrale de toutes les téléconsultations, cet article fait peser un risque important sur le développement de la téléconsultation et sur la maîtrise des dépenses de santé.

En effet, il crée une distinction entre les consultations physiques hors parcours de soins et les téléconsultations hors parcours de soins, qui ne sont pas remboursées à même hauteur. Au nom du principe de solidarité, la téléconsultation n'a pas de raison d'échapper aux mêmes contraintes que la consultation physique. D'autre part, il entraîne un effet de dérégulation qui risque d'engendrer des comportements non vertueux.

L'amendement AS79 vise à rendre éligibles à un remboursement à 100 % les téléconsultations qui s'inscrivent dans le parcours de soins, conformément à ce qui est en vigueur pour les consultations physiques, et celles en lien avec le covid.

M. le rapporteur général. Les téléconsultations seront prises en charge intégralement en 2021 uniquement lorsque les conditions conventionnelles actuelles de réalisation et de prise en charge, dont le respect du parcours de soins coordonné, seront respectées. Aucune dérogation n'est prévue.

Par ailleurs, les modalités de prise en charge des téléconsultations relèvent davantage des négociations conventionnelles. Des négociations sont d'ailleurs en cours sur ce sujet.

Ces amendements étant satisfaits, je vous suggère de les retirer.

M. Thibault Bazin. L'article 32 ne doit pas opérer une différenciation remboursement par l'assurance maladie.

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

Elle en vient à l'examen de l'amendement AS804 de Mme Josiane Corneloup.

Mme Isabelle Valentin. La prolongation de la prise en charge intégrale des téléconsultations jusqu'au 31 décembre 2021 va dans le bon sens, mais si cette mesure n'est pas mieux encadrée, elle pourrait avoir des effets contre-productifs.

Les opérateurs responsables de télé médecine, de même que les médecins qui ont pris le virage du numérique en santé, ont besoin d'un cadre réglementaire et législatif stabilisé. La téléconsultation depuis un *smartphone* ne garantit pas cet encadrement nécessaire ; elle trouverait à s'exercer avec profit au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire, d'une officine ou d'une collectivité.

Une fois de plus, il s'agit avec cet article de prolonger un cadre dérogatoire, au détriment de la maîtrise des dépenses de santé, sans saisir l'opportunité d'instaurer un cadre législatif. Pourtant, un meilleur encadrement permettrait d'apporter la stabilité dont la télé médecine a besoin pour répondre aux attentes des patients et des médecins, conformément aux engagements du Ségur de la santé.

M. le rapporteur général. À titre personnel, je partage votre souhait d'encadrer davantage le développement des téléconsultations. J'estime qu'elles doivent s'inscrire dans le cadre d'une organisation plus large de l'accès aux soins et ne pas se substituer aux actes médicaux en présentiel. Je vous propose néanmoins de retirer cet amendement, car il revient aux partenaires conventionnels de décider des modalités d'organisation des téléconsultations ; des négociations ont d'ailleurs commencé.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS899 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Les téléconsultations se développent, et c'est tant mieux. Il convient toutefois de rappeler que les professionnels doivent systématiquement déposer dans le dossier médical partagé (DMP) le compte rendu des actes de téléconsultation. Ainsi le médecin traitant aura-t-il connaissance des examens ou des traitements qui auront été prescrits.

M. le rapporteur général. La loi pour l'organisation et la transformation du système de santé prévoit l'ouverture automatique du DMP à l'été 2021 et son alimentation par les professionnels de santé. Votre amendement est donc satisfait.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie, en discussion commune, des amendements AS574 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS389 de M. Stéphane Viry et AS195 de M. Thibault Bazin.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Nous demandons au Gouvernement un rapport sur les conséquences pour les comptes sociaux de la prise en charge intégrale des téléconsultations.

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

Elle examine ensuite l'amendement AS477 de Mme Delphine Bagarry.

Mme Delphine Bagarry. Nul ne conteste que les téléconsultations, qui ne pourront jamais remplacer le présentiel, servent beaucoup en temps de crise sanitaire. Il y a d'ailleurs fort à parier que nous aurons à examiner la possibilité d'une nouvelle prolongation ou d'une pérennisation de leur prise en charge dans le PLFSS 2022. Nous aurons alors besoin d'un éclairage. C'est le sens de cet amendement, qui demande qu'un rapport soit remis avant le 31 août 2021.

M. le rapporteur général. Je l'ai dit et répété, il ne faut pas multiplier les demandes de rapport. Nous pourrions toujours demander au Gouvernement, dans le cadre de la MECSS ou du Printemps de l'évaluation, des statistiques sur le nombre des téléconsultations et leur coût pour la sécurité sociale. À titre personnel, je ne suis pas favorable à une prolongation au-delà du 31 décembre 2021, à moins qu'il ne soit démontré que la téléconsultation permet une meilleure prise en charge des patients qu'une consultation en présentiel.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 32 **sans modification**.*

Après l'article 32

La commission est saisie des amendements identiques AS602 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS777 de M. Thibault Bazin et AS1055 de M. Paul Christophe.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'article 28 tend à encadrer la consultation des urgences par une mesure de maîtrise médicalisée. Cet amendement propose de compléter le dispositif, en autorisant les établissements de santé à développer la téléconsultation au sein d'une salle intégrée, en amont du passage aux services d'urgence. Cette expérimentation contribuerait à désengorger les urgences : selon la Cour des comptes, près de 3,6 millions de passages aux urgences en 2014 auraient pu être réorientés vers une prise en charge en ville.

M. le rapporteur général. Je partage l'idée, mais je ne pense pas que cette expérimentation soit la bonne voie. Depuis la présentation du pacte de refondation des urgences et les annonces du Ségur de la santé, nous avons avancé. Un appel à projets pour le lancement en phase pilote du service d'accès aux soins (SAS) est en cours. Une cinquantaine de départements ont proposé des projets de grande qualité, associant la médecine hospitalière, *via* les SAMU, et les médecins libéraux. Le numéro unique qui sera mis en place permettra d'accéder au SAS, qui renverra éventuellement à une téléconsultation.

La commission rejette les amendements identiques.

Puis elle en vient à l'examen de l'amendement AS15 de Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. Dans le contexte épidémique actuel, les téléconsultations, qui facilitent le suivi de patients atteints de pathologies chroniques et plus à risque de développer une forme sévère de covid, connaissent un essor important.

Les expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé sont encouragées et soutenues financièrement. La loi prévoit qu'un rapport d'évaluation pour l'Institut de recherche et documentation en économie de santé sera remis à la fin du mois de juin 2021, après validation par la HAS. Cet amendement propose qu'à l'appui de ce rapport d'évaluation, un comité scientifique soit chargé de déterminer les conditions appropriées pour anticiper l'éventuelle pérennisation de ces expérimentations.

M. le rapporteur général. Il conviendrait d'attendre l'évaluation qui sera réalisée par la HAS en vue de la généralisation de la télémédecine. Cette évaluation fera l'objet d'un rapport remis au Parlement avant le 30 juin 2021. Je vous demande de bien vouloir retirer cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie, en discussion commune, de l'amendement AS650 de Mme Annie Chapelier ainsi que des amendements identiques AS460 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS1011 de M. Jean-Carles Grelier.

Mme Annie Chapelier. S'il est vrai que la télémédecine ne pourra jamais remplacer le présentiel, des spécialités se prêtent davantage à cette forme de consultation. C'est le cas des spécialités de la santé visuelle, qui sont fondées sur des mesures établies grâce à des matériels d'exploration non invasifs, à distance.

Il s'agirait d'autoriser, pour une durée de trois ans et à titre expérimental, le financement de protocoles de télémédecine impliquant les opticiens-lunetiers. Cet amendement est inspiré d'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de septembre 2020, qui propose d'élargir leur domaine de compétence.

Je rappelle que les délais pour obtenir une consultation d'ophtalmologie sont particulièrement longs. Mettre en place des dispositifs innovants et une formation des professionnels à l'utilisation de matériels d'exploration non invasifs permettrait à de nombreuses personnes d'accéder aux soins en santé visuelle.

M. Jean-Carles Grelier. Dans la Sarthe, le docteur Rottier a mis en œuvre avec l'accord de l'ARS cette expérimentation : des orthoptistes de la région transmettent les résultats des examens de réfraction à l'ophtalmologiste, qui les analyse et établit des prescriptions. Cela rend service à de très nombreux patients.

On évalue aujourd'hui que 1 million de consultations d'ophtalmologie pourraient être assurées par ce canal.

M. le rapporteur général. Depuis le début de la législature, nous avons voté plusieurs dispositions, notamment dans la loi pour l'organisation et la transformation du système de santé. Des protocoles de coopération se mettent progressivement en place entre les ophtalmologistes et les orthoptistes ; il convient pour l'instant de s'en tenir à ce cadre, qui n'est pas celui des opticiens-lunetiers.

Je vous suggère de retirer vos amendements.

M. Philippe Vigier. Dans l'Eure-et-Loir, il fallait plus de dix-huit mois pour obtenir une consultation d'ophtalmologie. Une convention a été passée avec la communauté professionnelle territorial de santé (CPTS) et ce qui n'est qu'une expérimentation, pour une durée de trois ans, s'avère d'ores et déjà bénéfique : on n'a pas constaté d'allongement des délais avec le confinement.

Mme Annie Chapelier. Ces amendements ne proposent qu'une expérimentation ; elle n'obérera en rien les discussions en cours entre ophtalmologistes, orthoptistes et opticiens-lunetiers. Le rapport de l'IGAS est très éclairant puisqu'il montre le bénéfice qu'apporterait une telle expérimentation, par ailleurs moins risquée qu'un décret.

M. Jean-Carles Grelier. Je maintiens mon amendement car j'estime qu'il faut agir d'urgence pour rétablir la situation en matière de santé visuelle ; je ne vois pas l'intérêt d'attendre que des protocoles se mettent en place, alors que les professionnels sont prêts à les mettre en œuvre dès maintenant !

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Je maintiens aussi mon amendement : les orthoptistes ne seront pas de trop pour combler le déficit en ophtalmologues, et autant s'adjoindre le concours des opticiens.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle examine l'amendement AS933 de Mme Carole Bureau-Bonnard.

Mme Carole Bureau-Bonnard. L'ostéoporose touche près de 4 millions de patients en France et 40 % des femmes de plus de 65 ans. Cette maladie est responsable de fractures de fragilité : le quart des seniors s'étant fracturé le col du fémur décèdent dans les douze mois et 24 % des fracturés sont institutionnalisés en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Le coût total de l'ostéoporose est estimé à 5,4 milliards d'euros et pourrait atteindre, si rien n'est fait, plus de 6 milliards en 2025.

Cet amendement demande un rapport sur la possibilité d'adjoindre un bon de prise en charge du dépistage de l'ostéoporose par ostéodensitométrie au courrier d'invitation à réaliser une mammographie de dépistage pour les femmes de plus de 65 ans.

M. le rapporteur général. Il s'agit sans doute là d'un amendement d'appel, que je vous propose de retirer pour le redéposer en séance. Je note que la HAS a rappelé à plusieurs reprises que les indications de l'ostéodensitométrie étaient limitées et que la mesure de la densité minérale osseuse n'est utile que chez les personnes présentant des facteurs de risques.

M. Thibault Bazin. Madame la présidente, pourriez-vous préciser les règles en vigueur depuis deux jours ? Est-ce que nos collègues qui ne sont pas membres de la commission, ont le droit, lorsqu'ils ont déposé un amendement sur le PLFSS, de venir ici le défendre ? Par souci d'équité, il est important que nous connaissions les règles qui devraient s'appliquer à tous. C'est important, car je sens monter un sentiment d'injustice législative !

Mme la présidente Fadila Khattabi. Depuis le début, nous avons accepté que des collègues viennent défendre leurs amendements. C'est une simple tolérance de ma part, à condition de ne pas dépasser le nombre maximum de personnes.

M. Thibault Bazin. Il est important de le préciser car le Bureau de l'Assemblée a émis une interdiction, à laquelle se sont conformés les députés du groupe Les Républicains.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Bien que la prévention soit un axe important du quinquennat, le PLFSS contient peu de dispositions en la matière. C'est une demande bien modeste que ce rapport sur la possibilité d'envoyer un bon de prise en charge, quand on sait que cela pourrait concourir à la prévention de l'ostéoporose, et donc des chutes des personnes âgées.

Mme Delphine Bagarry. Comme l'a souligné le rapporteur, l'ostéodensitométrie n'est remboursée que dans certains cas. Je ne vois pas comment cet examen pourrait être un examen de prévention. Toutes les femmes ménopausées sont à risque et il n'existe pas de traitement. La seule prévention qui existe, c'est celle des chutes. Il convient donc d'inviter les personnes à risque à pratiquer des activités physiques régulières pour éviter l'ostéoporose.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Ce n'est pas forcément incompatible. Si l'on se sait à risque grâce à l'ostéodensitométrie, on pratiquera d'autant plus volontiers une activité physique. En termes de prévention, cette possibilité me paraît une bonne chose ; elle pourrait d'ailleurs se limiter à l'envoi d'un courrier d'information sur l'ostéoporose et sur cet examen.

M. Philippe Vigier. L'intérêt de cet amendement est qu'il participe de la politique de prévention. Ce rapport permettra de revenir sur la dégradation, ces dernières années, de la prise en charge de l'ostéoporose et d'apporter des réponses.

Mme Audrey Dufeu. La prévention des chutes chez les personnes âgées est une question transversale, qui dépasse largement la question de l'ostéoporose. Nous devrions en débattre dans le cadre de la loi « Grand âge et autonomie ». Il serait dommage de la réduire à cet amendement, même si l'intention est bonne.

La commission rejette l'amendement.

Article 33

Prorogation au 31 mars 2023 de la convention médicale entre l'assurance maladie et les médecins libéraux

La commission est saisie des amendements de suppression AS231 de M. Thibault Bazin, AS310 de M. Stéphane Viry, AS587 de Mme Isabelle Valentin et AS888 de M. Jean-Carles Grelier.

M. Thibault Bazin. L'article 33 repousse l'échéance de la convention médicale du 24 octobre 2021 au 31 mars 2023. Une telle prolongation ne permettrait pas la mise en place de nouvelles mesures tarifaires tenant compte des stabilisateurs économiques avant septembre 2023 – donc après mai 2022 ! Les mesures nécessaires pour que la médecine libérale se réorganise, se restructure et réponde mieux aux défis actuels seraient repoussées de trois ans.

Depuis le lancement de la réforme « Ma santé 2022 », en septembre 2018, nous nous sommes demandé où étaient les médecins libéraux. Ils n'ont pas pris part au Ségur de la santé, mais ils devaient prendre part à la négociation conventionnelle. Finalement, rien n'aura lieu au cours des trois prochaines années.

Les médecins ont une préoccupation : la revalorisation des actes. Vous la repoussez encore, alors que certains n'ont pas été revalorisés depuis vingt ans et qu'en raison de l'épidémie de covid-19, les médecins doivent assumer l'achat des équipements de protection.

Si nous souhaitons que la médecine libérale dans nos territoires soit attractive, il faut nous en donner les moyens. Le report de la convention médicale ne passe pas du tout auprès des professionnels de santé libéraux. Il s'agit d'une décision unilatérale de l'un des partenaires conventionnels. Aucun moyen significatif n'est engagé dans le cadre des négociations conventionnelles actuelles.

Faites preuve de courage, nos professionnels de santé libéraux ont besoin que nous revalorisions leur métier alors qu'ils sont en première ligne dans la crise actuelle.

M. Bernard Perrut. Ce report constitue un *casus belli* pour l'ensemble des syndicats de la profession, il faut l'entendre. Toutes les négociations tarifaires sont liées à cette convention, la reporter retarderait toute revalorisation pour les trois années à venir. Or le tarif des consultations n'a pas été revu depuis cinq ans, celui de certains actes depuis plus de quinze. Ce n'est plus possible, il faut réagir.

M. Jean-Carles Grelier. Comment expliquer ce report ? Vous pourrez invoquer les élections professionnelles de mars prochain, mais depuis septembre, les syndicats de médecins libéraux attendent un rendez-vous avec l'assurance maladie pour relancer la négociation conventionnelle. Elle pouvait aboutir avant les

élections du mois de mars ! Il y a donc une volonté délibérée de repousser la réévaluation de la rémunération des médecins libéraux à un horizon très lointain, en 2023.

Pourquoi, si ce n'est pour attendre que les interlocuteurs changent à la faveur des élections aux unions régionales des professionnels de santé (URPS) de mars prochain ? Il serait scandaleux que, pour des raisons de petite politique, le Gouvernement manifeste une totale absence de reconnaissance aux médecins libéraux.

Le Président de la République a indiqué que l'augmentation de la rémunération des professionnels de santé exprimait la reconnaissance de la nation. Pourquoi la nation manifesterait-elle une reconnaissance sélective ? Les médecins libéraux ont-ils démerité pendant la crise ? N'ont-ils pas rempli la mission de service public de santé qui est aussi la leur, sur l'ensemble des territoires ? Qui peut dire que les médecins auraient fauté, et qu'ils mériteraient d'être sanctionnés ?

Justifiez, par des arguments valables, le report aux calendes grecques de la réévaluation de la rémunération des professionnels libéraux.

M. le rapporteur général. Tout d'abord, afin de garantir la sérénité de nos débats, je précise qu'il n'est pas question de sanctionner qui que ce soit, ni de refuser de reconnaître l'implication des professionnels libéraux.

Si cette convention n'était pas prolongée, les syndicats participant aux prochaines négociations conventionnelles seraient désignés en fonction des dernières élections aux URPS, et non des élections à venir en mars 2021, ce qui poserait un réel problème de représentativité des signataires. Je suis donc défavorable à la suppression de cet article.

Je partage néanmoins votre préoccupation : nous ne pouvons pas attendre des mois. Des négociations conventionnelles ont commencé le 17 septembre dernier ; elles sont particulièrement importantes pour l'exercice coordonné et la mise en œuvre du service d'accès aux soins. Nous en avons parlé avec les syndicats de médecins libéraux ainsi qu'avec la CNAM lors de leurs auditions respectives.

Je suis défavorable à ces amendements de suppression.

M. Thibault Bazin. Il s'agit d'un point dur, et l'attente des professionnels est très forte. Des négociations sont en cours, mais sur la revalorisation des actes, qui constitue la revendication principale de nos professionnels de santé libéraux, il n'y a eu aucun geste.

Vous avez organisé un « Ségur de l'hôpital » en quelques semaines. Vous avez donc le temps de négocier la nouvelle convention médicale avant les élections : il reste six mois. Il est possible de mener les négociations avec les représentants actuels. Vous utilisez ce prétexte pour reporter cette négociation après l'élection présidentielle de 2022.

Pour répondre aux attentes, il faut des moyens. Donnons-nous pour objectif de mener ces négociations à terme d'ici à la fin du mois de mars. À défaut, vous allez envoyer un message très négatif aux professionnels de santé libéraux. Le PLFSS doit être revu sur ce sujet.

M. Jean-Carles Grelier. Nous avons reçu les syndicats de professionnels de santé. Ils ont déclaré avoir été « méprisés », « négligés », et ont évoqué « une situation de guerre entre les syndicats libéraux et le Gouvernement ». Si des syndicats qui n'ont pas pour habitude d'être bellicistes en viennent à employer une telle terminologie, c'est que la situation est plus que grave.

M. Jean-Pierre Vigier. Monsieur le rapporteur général, nous vous aiderions avec l'adoption de ces amendements. Il n'est pas possible de reporter l'échéance à 2023. Le « Ségur » a constitué une réponse très forte, nul ne peut le contester. Dans une heure, le Président de la République va prendre la parole et nous appeler à la responsabilité, puisque le deuxième pic épidémique est là. Le personnel soignant, public ou privé, est en première ligne.

Quel message allons-nous envoyer en repoussant la négociation à dix-huit mois ou deux ans ? Le dialogue social offre une chance de trouver une bonne solution, qui marquerait notre reconnaissance. Nous évoquons sans cesse la désertification médicale, les problèmes d'accès aux soins, l'attractivité de la médecine. Pensez-vous que de jeunes étudiants auront toujours envie d'embrasser les carrières médicales après une telle décision ?

Nous connaissons tous les difficultés du personnel soignant face à la deuxième vague de l'épidémie, et qui sait s'il n'y aura pas d'autres vagues, d'autres virus, d'autres pandémies ? Il faut une réponse forte. Ne vous laissez pas entraîner dans un calendrier aux échéances trop lointaines. Entendez le message de détresse des personnels soignants et des médecins libéraux.

*La commission **rejette** les amendements identiques.*

Elle en vient à l'amendement AS226 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. J'avais anticipé la réponse du rapporteur général, qui dit avoir besoin d'interlocuteurs représentatifs. Ils sont en place : je vous propose donc d'avancer l'échéance de la convention médicale au 31 mars 2021, avant les élections aux URPS. Le problème de la représentativité des interlocuteurs serait réglé ! Nous fixerons ainsi l'objectif ambitieux de mener de vraies négociations qui répondent aux attentes des professionnels libéraux.

M. le rapporteur général. Votre proposition n'est pas applicable. Une convention se discute pendant six mois, et il faut au préalable trois mois d'enquête de représentativité.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Enfin, elle **adopte** l'article 33 **sans modification**.*

Après l'article 33

La commission examine, en discussion commune, l'amendement AS174 de M. Pierre Dharréville, les amendements identiques AS276 de M. Guillaume Chiche et AS735 de M. Joël Aviragnet ainsi que les amendements AS736, AS739 et AS737 de M. Joël Aviragnet.

M. Pierre Dharréville. La désertification médicale ne cesse de s'accroître sur le territoire, malgré l'existence de nombreuses mesures incitatives telles que les aides à l'installation et le développement de maisons pluriprofessionnelles de santé. Ces dispositifs, que le Gouvernement entend renforcer dans le cadre de son plan d'accès aux soins, ont montré leurs limites.

Afin de lutter efficacement contre les déserts médicaux – contre lesquels les centres de santé nous paraissent utiles – nous proposons d'étendre aux médecins libéraux un dispositif de régulation à l'installation qui existe déjà pour plusieurs autres professionnels de santé : pharmacies, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et orthophonistes.

En concertation avec les syndicats médicaux, les ARS définissent des zones dans lesquelles existe un fort excédent en matière d'offre de soins. Un nouveau médecin libéral ne pourrait s'y installer en étant conventionné à l'assurance maladie que lorsqu'un médecin libéral de la même zone cesse son activité. C'est le principe du conventionnement sélectif.

M. Joël Aviragnet. Mes quatre amendements concernent le conventionnement territorialisé, qui implique la régulation de l'installation de médecins. Différentes possibilités existent, telles que les expérimentations ou le conventionnement sélectif quand un médecin part à la retraite.

Cette proposition revient tous les ans. L'idée a fait son chemin dans la population et suscite une adhésion générale, surtout en cette période de crise sanitaire. Des gens qui n'ont plus de médecin référent interpellent la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), qui donne une liste de médecins... Nous constatons les limites de ce mécanisme. Un député de la majorité présent à une réunion à la CPAM de Toulouse à laquelle je participais également la semaine dernière a trouvé l'idée excellente ! C'est bien la preuve qu'elle fait aussi son chemin au sein de la majorité actuelle.

M. le rapporteur général. Chaque année, nous débattons à plusieurs reprises de cette question. Je reconnais la constance de ceux qui déposent ces amendements, qu'ils conviennent de la mienne.

Comment définir une zone « surdotée » ? Je ne crois pas qu'un seul député considère qu'il y a trop de professionnels de santé dans sa circonscription.

Surtout, cette proposition est une fausse bonne idée. Si nous interdisions en effet aux médecins de s'installer en secteur 1 dans le territoire de leur choix, vu la démographie médicale, ils pourraient toujours s'y installer sans conventionnement. L'accès aux soins en serait rendu plus difficile pour nos concitoyens, car la consultation d'un médecin non conventionné n'étant pas intégralement remboursée, elle susciterait des difficultés financières. Et pour reprendre les arguments de MM. Grelier et Bazin, le conventionnement sélectif nuirait à l'attractivité de la médecine libérale.

Je demande donc le retrait des amendements, à défaut, avis défavorable.

M. Joël Aviragnet. Un excellent article de *La Dépêche du Midi* indiquait le nombre de médecins généralistes ou spécialistes installés à Toulouse, et dans les zones rurales. Le rapport était de huit à un. Tout le monde a compris que les zones rurales manquaient de médecins, ce qui porte atteinte à l'égalité d'accès aux soins.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle examine les amendements AS733 et AS732 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Ces deux amendements proposent d'encadrer la pratique des dépassements d'honoraires.

M. le rapporteur général. Je partage vos inquiétudes quant aux dépassements d'honoraires pratiqués par certains médecins. Nous en avons déjà discuté lors de l'examen de la loi santé.

Limiter les dépassements d'honoraires risquerait d'entraîner le déconventionnement massif de l'assurance maladie de certains praticiens et de créer des inégalités d'accès aux soins pour des raisons financières.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Vos arguments reviennent à dire que nous ne pouvons rien faire. Il y a bien un problème dont nous devons nous occuper. Nous ne pouvons pas nous contenter de constater la désertification médicale et les difficultés d'accès aux soins, de déplorer certaines pratiques, sans essayer de formuler des propositions.

La commission rejette successivement les amendements.

Elle commission est ensuite saisie de l'amendement AS101 de M. Yves Daniel.

M. Yves Daniel. Les dépassements d'honoraires ont atteint un niveau record, s'agissant particulièrement des spécialistes. Une consultation peut parfois être majorée de 60 à 70 % par rapport au tarif conventionnel.

La fixation des honoraires est régie par le code de la santé publique qui dispose : « *Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières.* » Or de nombreuses dérives sont observées. Dans certaines zones du territoire, notamment celles où le coût de la vie est le plus élevé, les différences de dépassement d'honoraires sont très variables.

Alors que la protection de la santé est inscrite dans le Préambule de la Constitution et que le premier droit de la personne malade est de pouvoir accéder aux soins que son état nécessite, quels que soient ses revenus, une médecine à deux vitesses s'installe progressivement, favorisant les personnes qui peuvent assumer les dépassements d'honoraires aux dépens des autres. C'est ainsi que se crée une véritable fracture dans l'accès aux soins, au détriment des Français les plus modestes.

Pour avancer par étapes, il est proposé d'encadrer cette pratique des dépassements à 50 % du tarif opposable, tout en étudiant l'opportunité d'une revalorisation tarifaire des prestations techniques et cliniques pour une plus juste rémunération des actes des professionnels de santé.

Je demande au Gouvernement la remise d'un rapport évaluant l'opportunité d'une revalorisation tarifaire des actes techniques et des actes cliniques. Certains actes sont aujourd'hui sous-payés, d'autres surpayés.

M. le rapporteur général. La revalorisation tarifaire des actes techniques et des actes cliniques relève des négociations conventionnelles.

À défaut d'un retrait, avis défavorable.

M. Yves Daniel. Je mène ce combat depuis plusieurs années, nous ne pouvons pas laisser les choses en l'état. Les dépassements d'honoraires sont une injustice sociale et portent atteinte au droit d'accès aux soins. Je regrette que d'année en année, la situation n'évolue pas. Nous avons plafonné les dépassements d'honoraires, mais le nombre d'actes faisant l'objet d'un dépassement a augmenté, si bien que le montant total des dépassements d'honoraires continue de grimper.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite, en discussion commune, l'amendement AS741 de M. Joël Aviragnet, les amendements identiques AS617 de M. Guillaume Chiche et AS740 de M. Joël Aviragnet ainsi que les amendements AS175 de M. Pierre Dharréville et AS742 et AS745 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Nous souhaitons rendre obligatoire le tiers payant dans les maisons de santé et les centres de santé.

Mme Delphine Bagarry. Nous proposons par l'amendement AS617 d'instaurer un tiers payant généralisé pour les professionnels de santé qui exercent

en maisons de santé. Il est très facile de mettre en place le tiers payant généralisé pour les professionnels paramédicaux, tels que les kinésithérapeutes ou les infirmières, parce que des logiciels leur permettent de le faire. C'est beaucoup plus compliqué pour les médecins car les logiciels métier ne le permettent pas. Mais rien ne leur interdit de le faire.

M. Pierre Dharréville. Il y a quelques années, plutôt que de parler de tiers payant généralisé, il a été décidé de parler de tiers payant généralisable. Je ne suis pas sûr que les choses aient beaucoup avancé depuis. Où en est ce projet de généralisation, monsieur le rapporteur général ? La généralisation du tiers payant devrait figurer à notre ordre du jour.

M. Joël Aviragnet. Cette majorité a supprimé le tiers payant en 2017, alors qu'il était généralisé. Nous y revenons chaque année, et il nous est dit qu'il est techniquement impossible de le réinstaurer. Depuis quatre ans, des solutions ont dû être trouvées. Ce serait intéressant pour la population.

M. le rapporteur général. Pour rappel, le tiers payant bénéficie déjà aux femmes enceintes, aux patients en affection de longue durée et aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire. Je suis favorable sur le fond à cette disposition qui améliore l'accès aux soins, mais elle pose encore quelques difficultés.

Même si les freins techniques sont moindres, un certain nombre de professionnels ne sont pas équipés des outils nécessaires au tiers payant généralisé. Obliger l'ensemble des professionnels exerçant en ville, en maison de santé ou en centre de santé à pratiquer le tiers payant n'est pas techniquement possible. Le Gouvernement a fait le choix du tiers payant généralisable, ce qui signifie que nous allons y parvenir progressivement. Ne disposant pas d'informations sur l'équipement des professionnels, je vous propose d'en débattre en séance avec le Gouvernement, qui pourra nous faire connaître les mesures qu'il compte mettre en place pour accélérer le déploiement du tiers payant.

Dans l'attente, je demande le retrait des amendements, sinon avis défavorable.

M. Joël Aviragnet. Je vous invite à vous reporter à l'excellent rapport d'Olivier Véran en 2015 sur le tiers payant généralisé. Des ouvertures sont certainement possibles, nous en discuterons avec lui en séance.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Le tiers payant fonctionne avec certaines mutuelles qui fournissent une carte à leurs affiliés.

Nous voulons donner du temps médical aux médecins. Or le tiers payant entraîne une surcharge de travail. Les pharmaciens au tiers payant embauchent une personne à temps plein pour s'en charger, les cabinets médicaux devraient donc faire de même. Des solutions existent, certaines mutuelles le font très bien. La charge du tiers payant ne doit pas toujours revenir aux médecins.

M. Pierre Dharréville. Ne nous payons pas de mots, « généralisable » ne veut pas dire grand-chose. Peut-être aurait-il fallu écrire « généralisable un jour peut-être » pour que les choses soient plus claires ? À quel horizon imaginons-nous généraliser le tiers payant ? Et quels moyens nous donnons-nous pour rendre cette opération possible dans les meilleurs délais ? Je regrette nos difficultés à obtenir des réponses, voter ces amendements nous permettrait d'avancer.

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

Puis elle est saisie de l'amendement AS552 de Mme Marie-Pierre Rixain.

Mme Marie-Pierre Rixain. Si l'interruption volontaire de grossesse est prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire, la dispense d'avance de frais n'est pas garantie dans tous les cas et pour toutes les assurées, mineures ou majeures. L'absence de pratique systématique du tiers payant intégral ne permet pas de garantir le respect du secret pour les assurées qui souhaiteraient garder leur parcours confidentiel.

Pour cette raison, il est proposé de rendre obligatoire la pratique du tiers payant pour les actes en lien avec une IVG, et d'en garantir la confidentialité. Ainsi, les femmes pourront y avoir recours si elles le souhaitent, sans craindre que le remboursement par l'assurance maladie n'en informe leurs parents ou leur conjoint.

L'amendement précise également que la prise en charge de l'IVG est protégée par le secret. Il reprend les préconisations n° 1 et n° 2 du rapport d'information relatif à l'accès à l'interruption volontaire de grossesse adopté par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes.

Il est proposé d'accélérer le calendrier de mise en œuvre de ce dispositif, voté lors de l'examen de la proposition de loi visant à renforcer le droit à l'avortement.

M. le rapporteur général. Avis favorable.

Nous avons en effet voté la disposition la semaine dernière dans le cadre de la proposition de loi visant à renforcer le droit à l'avortement.

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

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle **rejette** ensuite successivement les amendements AS746 et AS743 de M. Joël Aviragnet.*

Puis elle aborde l'amendement AS84 de M. Bernard Perrut.

M. Bernard Perrut. Pendant la crise, certains cabinets médicaux n'ayant pu fonctionner, les infirmiers ont été les derniers à se déplacer à domicile, parfois sans relais leur permettant d'obtenir des prescriptions. Consultés, ils nous ont

d'ailleurs dit combien l'obligation de prescription médicale peut compliquer l'accès aux soins.

Nous proposons donc que soit expérimentée de manière dérogatoire la possibilité, pour les infirmiers diplômés d'État, de procéder à l'évaluation et à la prescription des pansements médicamenteux sans prescription. Il s'agit en réalité d'encadrer par la loi une réalité de terrain : les infirmiers font déjà ces gestes dans le cadre des établissements de santé, et l'on connaît leur expertise pour modifier un protocole. L'efficacité du parcours de soins en serait améliorée, l'infirmier n'ayant plus à demander de prescription à un médecin, et les infirmiers se verraient reconnaître la place centrale qu'ils méritent dans notre système de santé.

Cette proposition de bon sens a déjà dû vous être maintes fois soumise, monsieur le rapporteur général ; à défaut d'une mise en œuvre définitive, une expérimentation serait bienvenue.

M. le rapporteur général. Je défends régulièrement l'idée d'étendre les compétences des médecins à d'autres professionnels de santé. Nous avons déjà progressé sur ce point concernant les pharmaciens, les infirmiers ou les kinésithérapeutes en votant la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé l'année dernière. Votre amendement devrait être satisfait par les protocoles de coopération adoptés dans le même cadre et par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, qui permettent aux professionnels de développer un protocole et même d'obtenir un financement et d'être évalués.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Article 34

Expérimentation élargissant les missions confiées aux infirmiers de santé au travail du réseau de la mutualité sociale agricole

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement de suppression AS119 de M. Pierre Dharréville.*

Puis elle examine l'amendement AS82 de M. Bernard Perrut.

M. Bernard Perrut. Il s'agit d'un amendement d'appel. La prévention est centrale pour l'ensemble des professions, dont les travailleurs agricoles. Une expérimentation sur l'évolution des compétences des infirmiers de santé au travail est l'occasion d'améliorer à la fois l'accès de ces travailleurs aux soins et la reconnaissance des infirmiers de santé au travail. Il est important de compléter un tel dispositif par deux mesures : d'une part, diminuer la charge de travail du médecin de santé au travail en organisant un roulement avec l'infirmier de santé au travail ; d'autre part, reconnaître le rôle de coordination de l'infirmier, qui, par son analyse

clinique, peut conseiller et orienter sans délai le travailleur agricole, si besoin, vers l'organisme de soins le plus approprié.

Si l'expérimentation aboutit, il faudra l'étendre à l'ensemble des infirmiers de santé au travail exerçant sur le territoire, sans restriction quant au domaine d'intervention.

M. le rapporteur général. Le Gouvernement, en accord avec la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, a fait le choix de ne pas étendre davantage les missions confiées aux infirmiers dans le cadre de l'expérimentation, estimant que les autres actes doivent demeurer la prérogative des médecins du travail. Je vous suggère donc de retirer l'amendement, sans quoi j'émettrai un avis défavorable.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 34 sans modification.

Après l'article 34

La commission aborde l'amendement AS62 de Mme Corinne Vignon.

Mme Corinne Vignon. Afin d'éviter la conjonction d'une épidémie de grippe saisonnière et d'une deuxième vague de l'épidémie de covid-19, nous proposons de rendre le vaccin contre la grippe obligatoire pour le personnel soignant. Cela permettrait de limiter l'incertitude quant à l'éventualité d'une double circulation virale. De nombreux médecins craignent en effet qu'une telle conjonction ne sature notre système de santé et les services de réanimation, puisque les formes graves des deux maladies sont similaires et touchent pareillement les voies respiratoires.

L'Académie de médecine a récemment insisté dans un communiqué sur l'importance de la vaccination grippale des soignants et des personnes fragiles en cette période de pandémie. En effet, en l'absence de vaccin disponible contre la covid-19, la vaccination contre la grippe pour les soignants devient une priorité, voire une nécessité pour éviter la pénurie de personnel.

Malheureusement, ces professions n'ont plus pour habitude de se faire vacciner contre la grippe saisonnière. En 2019, seuls 25 % des aides-soignants, 40 % des infirmières et 70 % des médecins ont été vaccinés.

L'obligation de vaccination de ces professionnels de santé, qui ont joué un rôle formidable pendant le confinement, semble donc indispensable. La loi la prévoit déjà, mais le décret du 14 octobre 2006 l'a suspendue sans préciser aucune date d'échéance. Il me semble impératif de la rétablir dans un souci de prévention sanitaire.

M. le rapporteur général. En effet, la disposition proposée figure déjà dans la loi, mais a été suspendue par décret. Je vous propose donc de retirer

l'amendement, dès lors dépourvu de portée législative, et d'interroger le Gouvernement en séance sur l'opportunité de revenir sur ce décret. La HAS a souligné l'importance d'améliorer la couverture vaccinale des professionnels de santé, mais n'a pas préconisé de rendre la vaccination obligatoire. Le ministre s'est, je crois, exprimé dans le même sens.

Demande de retrait.

Mme Corinne Vignon. Je le retire, et j'interpellerai le ministre à ce sujet.

L'amendement est retiré.

La commission en vient à l'amendement AS600 de Mme Perrine Goulet.

Mme Perrine Goulet. La semaine dernière, nous étions dans l'hémicycle pour parler de l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Conscients des difficultés de la navette parlementaire et de la longueur des délais qui pourraient s'écouler avant que le texte n'aboutisse et ne prenne force de loi, nous avons repris l'un des amendements que nous avons alors défendus, afin d'avancer la mise en œuvre de la disposition.

Il s'agit d'étendre à titre expérimental aux sages-femmes la possibilité de pratiquer des IVG chirurgicales. Dans de nombreux territoires, en effet, les femmes ne peuvent accéder assez rapidement à l'IVG faute de médecins. Mais il ne faut pas procéder n'importe comment ; d'où l'idée d'une expérimentation qui nous permettra d'étudier avec les sages-femmes la formation, l'expérience, l'environnement dont elles ont besoin ainsi que les modalités de coordination avec les médecins et – il ne faut pas oublier cet aspect – de rémunération.

En adoptant cet amendement, nous permettrions aux sages-femmes de pratiquer dès 2021 des avortements dans nos territoires ruraux, cruellement dépourvus de médecins.

M. le rapporteur général. Puisque nous avons créé cette possibilité, jusqu'à la fin de la dixième semaine de grossesse, dans le cadre de la proposition de loi adoptée la semaine dernière, je demande le retrait de l'amendement ; à défaut, avis défavorable.

Mme Perrine Goulet. Oui, nous avons voté une mise en œuvre générale, ce qui est davantage qu'une expérimentation, mais nous ne savons pas quand elle pourra avoir lieu. Expérimentons donc dans l'intervalle, sans perdre de temps : cela permettra de traiter toutes les questions qui se poseront, de sorte qu'à la promulgation de la loi nous disposerons de tous les éléments permettant de passer de l'expérimentation du dispositif à sa mise en œuvre.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Je soutiens l'amendement. Certes, nous avons voté en faveur d'un dispositif général, mais celui-ci nécessite une expérimentation, car la concertation n'a pas encore été suffisante pour en sécuriser

l'application. En outre, l'amendement nous permet de gagner du temps dans l'incertitude où nous sommes des délais de la navette. Nous irons plus vite par l'expérimentation qu'en misant sur celle-ci.

Mme Caroline Fiat. Le temps que la navette suive son cours, j'ai peur, en effet, que la législature ne soit finie ! Favorisons donc l'expérimentation. Et pour ceux qui n'étaient pas convaincus de la capacité des sages-femmes à pratiquer des IVG chirurgicales, il aura suffi d'écouter nos collègues Les Républicains exaltant tout à l'heure, à propos des maisons de naissance, le rôle des sages-femmes et leur compétence !

M. Philippe Vigier. Je soutiens également l'amendement, d'autant qu'il apporte toutes les garanties requises en proposant d'identifier les conditions de formation, d'expérience, d'environnement, de réalisation et de coordination avec les médecins.

Quelle est la situation dans les territoires ruraux ? Dans le sud de mon département, il n'y a qu'un seul gynécologue ! On éviterait les débats sur les délais en proposant aux femmes la prise en charge *ad hoc* à laquelle elles ont droit.

Ne nous racontons pas d'histoires : au rythme de la navette parlementaire, nous n'y serons pas dans deux ans ! Je préfère prévenir mes collègues : on nous vend du rêve ! D'autant que la majorité sénatoriale ne fera pas de ce sujet une priorité.

L'expérimentation proposée, qui représente un véritable enjeu pour les femmes, devrait donc être mise en œuvre.

Mme Delphine Bagarry. Je suis favorable à la montée en compétence des sages-femmes, qu'elles demandent elles-mêmes. Je suis beaucoup plus optimiste que M. Vigier au sujet de la proposition de loi : j'espère qu'elle sera définitivement adoptée d'ici à la fin de la législature. Mais si nous votons en faveur de l'amendement, les sages-femmes seront formées et prêtes lors de l'entrée en vigueur de la loi, ce qui économisera beaucoup de temps.

M. Thibault Bazin. Je ne commenterai pas les propos de Mme Fiat, qui voudrait rouvrir un débat entre Les Républicains et La France insoumise ; je dirai simplement qu'accompagner la naissance n'est pas exactement la même chose que pratiquer une interruption volontaire de grossesse.

Madame la présidente, j'ai le sentiment d'une injustice dans le traitement des amendements. Pourriez-vous saisir les services de l'Assemblée à ce sujet ? En étendant les missions des sages-femmes, l'amendement crée une charge future pour la sécurité sociale – il mentionne d'ailleurs les conditions de financement du dispositif. Est-il donc recevable ? C'est à vérifier d'ici à l'examen en séance.

Mme Audrey Dufeu, présidente. Il n'y a là aucune injustice : l'amendement a été déclaré recevable car les expérimentations ne posent pas les mêmes problèmes d'irrecevabilité financière.

M. Thibault Bazin. Et au titre du lien avec le texte ?

Mme Annie Vidal. Je suis favorable à l'amendement, par souci de cohérence avec nos travaux sur la proposition de loi visant à renforcer le droit à l'avortement. En effet, nous avons fait adopter en séance un amendement précisant que les sages-femmes exercent une profession médicale à part entière, quel que soit le lieu d'exercice. Je regrette que l'amendement présenté par Mme Goulet pour expérimenter la pratique de l'IVG chirurgicale par les sages-femmes n'ait pas été adopté alors, car la durée de l'expérimentation nous laisserait le temps d'harmoniser le code de la santé publique et les dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière pour inscrire dans ces dernières que les sages-femmes exercent bien une profession médicale.

Mme Monique Iborra. Il est vrai que les expérimentations, bien qu'elles représentent une charge financière, sont le seul moyen d'éviter l'irrecevabilité financière d'un amendement. C'est un peu tiré par les cheveux !

Quand on veut procéder à une expérimentation, il faut en définir les conditions ; or, ici, ce n'est pas fait. Dès lors que les sages-femmes ne pourront pratiquer cet acte chirurgical en ambulatoire mais devront le faire au sein d'un établissement – hôpital ou clinique privée –, ira-t-on vraiment plus vite par l'expérimentation que par la loi ?

D'autre part, une expérimentation coûte de l'argent et toutes les expérimentations en France durent un à trois ans, voire cinq ans, sans aucune évaluation en fin de parcours ; elles se poursuivent aussi longtemps qu'elles sont financées, puis s'arrêtent brutalement. Nous devrions vraiment réfléchir de manière globale à ce problème.

Mme Perrine Goulet. La plupart des sages-femmes qui pratiqueront les IVG chirurgicales exercent déjà dans un hôpital. L'acte fera partie de leur charge de travail : il n'entraînera donc aucun surcoût ; la main-d'œuvre – sans aucune connotation péjorative – est déjà là. Elles pratiquent les IVG médicamenteuses ; nous leur offrons la possibilité de pratiquer aussi les IVG chirurgicales, ni plus ni moins : cela n'occasionne aucune charge supplémentaire.

Mme Monique Iborra. Mais les sages-femmes libérales pourront également prétendre à cette possibilité ! Vous ne pouvez pas la réserver aux sages-femmes hospitalières. Il faut réfléchir 2 minutes !

Mme Perrine Goulet. Si vous lisez correctement le dispositif de l'amendement, vous verrez qu'il indique qu'« *un arrêté du ministre chargé de la santé précise la liste des établissements de santé retenus pour participer à l'expérimentation* », etc. : les sages-femmes libérales ne sont pas concernées.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS83 de M. Bernard Perrut et AS188 de M. Jean-Pierre Door.

M. Bernard Perrut. Mon amendement vise à répondre aux besoins en santé publique en facilitant l'accès à la vaccination des différentes catégories de population grâce à l'extension des compétences propres des infirmiers dans ce domaine. Il permettrait d'améliorer la couverture vaccinale – objectif de santé publique –, particulièrement chez les populations fragiles souffrant d'une ALD et dont le taux de vaccination relevé reste inférieur au seuil requis pour garantir l'efficacité. L'expérimentation améliorerait aussi la reconnaissance du métier d'infirmier, ce que visent plusieurs de mes amendements.

M. Thibault Bazin. L'amendement identique AS188 est un amendement de saison de notre collègue Jean-Pierre Door, visant à améliorer la couverture vaccinale antigrippale grâce aux infirmiers.

M. le rapporteur général. Depuis l'automne 2018, toutes les personnes majeures ciblées par les recommandations de vaccination antigrippale, qu'elles aient ou non déjà reçu le vaccin, peuvent se faire vacciner sans prescription médicale par le professionnel de leur choix : médecin, sage-femme, infirmier, pharmacien volontaire. Par ailleurs, la HAS doit rendre en 2021 un avis sur l'extension des compétences vaccinales des professionnels de santé, notamment des infirmiers. Il ne serait donc pas pertinent de lancer une expérimentation en ce sens en janvier 2021.

Demande de retrait.

Les amendements sont retirés.

La commission en vient à l'amendement AS187 de M. Jean-Pierre Door.

M. Thibault Bazin. Cet amendement propose une expérimentation pour le bon suivi des pathologies chroniques – un bel enjeu.

M. le rapporteur général. Avis défavorable, pour les raisons objectées à M. Perrut au sujet des protocoles de coopération.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS569 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je propose d'expérimenter une consultation de prévention et de coordination effectuée par le médecin traitant une fois par an et destinée aux malades chroniques.

Lorsque vous êtes diabétique, par exemple, vous avez un médecin traitant, un diabétologue ou un endocrinologue qui vous voit une ou deux fois par an, et de

nombreuses consultations de spécialistes – neurosensoriels, vasculaires, cardiaques, de podologie, etc. – qui écrivent ensuite à votre médecin traitant. Mais aucune consultation un peu longue, lors de laquelle celui-ci pourrait dresser le bilan des examens de l'année et faire œuvre de prévention, ne vous est proposée. L'amendement vise à combler ce manque.

Les 1,4 milliard d'euros que le PLFSS prévoit de consacrer au numérique incluent la valorisation de la réalisation du volet médical de synthèse. L'amendement est donc financé.

M. le rapporteur général. Je sais combien la question de la prévention vous est chère. Le médecin traitant a en effet un rôle essentiel à jouer en la matière ; l'infirmière en pratique avancée, le cas échéant, également. Toutefois, l'amendement me semble satisfait : une consultation annuelle majorée est déjà prévue par la convention médicale applicable aux patients en ALD.

Demande de retrait.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Ce n'est pas suffisant : la consultation dont vous parlez n'est pas une consultation de prévention. Une consultation de coordination et de prévention incluant la mise à jour du volet médical de synthèse permettrait un meilleur suivi du patient et lui éviterait de nombreux examens.

Mme Stéphanie Rist. La consultation peut déjà être effectuée par les infirmières en pratique avancée ou par des infirmières coordinatrices dans le cadre des CPTS. Je doute qu'il soit nécessaire d'ajouter une consultation médicale de ce type.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Pensez-vous vraiment que le podologue, l'ophtalmologue, l'oto-rhino-laryngologiste, le médecin vasculaire, le cardiologue écrivent à l'infirmière après la consultation ? Revenons sur le terrain ! Les malades font le tour des praticiens, qui envoient chacun leur lettre au médecin traitant ; celui-ci, inondé de courrier, la lit rapidement. Il faut une coordination annuelle des informations contenues dans l'ensemble des courriers ; c'est le B.A. BA de la prévention ! L'infirmière en pratique avancée lit-elle les lettres ? Et combien y a-t-il de CPTS en activité ? C'est le médecin traitant qui doit jouer un rôle pivot.

Mme Stéphanie Rist. Mais nous n'avons pas assez de médecins !

M. Cyrille Isaac-Sibille. La prévention évitera les consultations inutiles. Les patients font le tour des spécialistes, mais ils n'ont jamais l'occasion de se poser pour faire le point, faire interpréter les résultats de leurs examens, obtenir des conseils de prévention. En outre, c'est le médecin traitant qui est chargé d'établir le volet médical de synthèse ; y procéder dans le cadre d'une consultation globale économisera du temps.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1002 de M. Belkhir Belhaddad.

M. Belkhir Belhaddad. Toutes les études et tous les rapports, qu'ils émanent de la HAS, de l'INSERM, de l'Académie de médecine ou du Parlement, ont démontré l'efficacité, du point de vue du rapport coût-bénéfices, de l'activité physique adaptée, qui peut même quelquefois remplacer les médicaments. Or la crise sanitaire a gravement affecté les personnes atteintes de maladies chroniques.

L'amendement vise donc à étendre aux diabétiques de type 2 le forfait accordé aux malades du cancer par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. La population concernée est plus nombreuse : plus de 3 millions de personnes, dont la prise en charge serait ainsi améliorée.

Le dispositif serait mis en œuvre à titre expérimental, pour trois ans. On donnerait ainsi un cadre national à des expérimentations menées depuis dix ans.

M. le rapporteur général. Je vous sais attaché à développer les mesures liées au sport-santé. L'idée qui sous-tend l'amendement est bonne. Nous en avons déjà débattu l'année dernière et, comme l'avait fait mon prédécesseur, j'émet un avis de sagesse afin de laisser nos collègues se prononcer et de pouvoir en reparler avec le ministre en séance.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Je vais voter pour l'amendement, car le dispositif qu'il propose est nécessaire, mais attention : le décret d'application de l'article 40 du PLFSS 2020, créant le forfait équivalent pour les malades du cancer, n'est toujours pas paru !

La commission adopte l'amendement.

Réunion du mercredi 14 octobre 2020 à 21 heures 30 (articles 35 à 51)

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.9662522_5f874f8c4d5f3.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2021-su-14-octobre-2020

Mme Audrey Dufeu, présidente. Mes chers collègues, après cette pause et l'allocution du Président de la République, nous reprenons l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2021. Depuis hier après-midi, nous avons examiné 357 amendements – soit à peu près les deux tiers. Il nous en reste 173. Il serait souhaitable de finir ce soir, sans trop dépasser minuit, si vous en êtes d'accord. Cela supposera un effort de concision...

M. Thibault Bazin. Madame la présidente, les mesures annoncées par le Président de la République vont avoir un impact budgétaire. Le PLFSS va-t-il être rectifié ? J'espère que le rapporteur général a fait part de sa surprise au Gouvernement : nous n'aurons que quelques jours, d'ici mardi prochain, pour les analyser.

Sur la forme, la semaine prochaine, nous devons passer plusieurs jours – et plusieurs nuits donc – à examiner le PLFSS en séance. Mon collègue Vigier dit « couvre-feu ». Effectivement, comment vont s’organiser nos travaux à partir de la semaine prochaine ? Il conviendra que la Conférence des présidents se réunisse au plus vite afin de clarifier nos modalités de fonctionnement.

La « feuille verte » de la semaine prochaine est très dense. L’examen du PLFSS ne débute que le mardi en fin de journée, contrairement aux autres années où nous commençons le lundi. Je ne souhaite pas que nous vivions un deuxième vendredi soir équivalent à la « nuit de la bioéthique » que nous avons déjà vécue !

Nous pouvons nous rassembler sur certains enjeux, mais devons réfléchir à l’organisation de nos travaux. Je suis prêt à m’adapter aux contraintes sanitaires, comme les collègues du groupe, mais il faut modifier notre organisation. Madame la présidente, j’espère que vous pourrez relayer ces remarques.

Mme Audrey Dufeu, présidente. Je note que vous avez regardé l’allocution du Président de la République. Il est trop tôt pour que je vous réponde concernant notre organisation. Je vous invite également à interpellier votre président de groupe. Nous en ferons de même auprès de Mme Khattabi, qui prendra part aux décisions à venir.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Après l’interview du Président de la République, je me suis rapproché du Gouvernement afin de connaître les conséquences des annonces sur le PLFSS. Je ne suis pas encore en mesure de vous répondre. Le projet de loi de finances pour 2021 est probablement également concerné – ou un projet de loi de finances rectificative. Nous devrions en savoir plus dans les prochaines heures.

Chapitre II

Allonger le congé de paternité et d’accueil de l’enfant et le rendre pour partie obligatoire

Article 35

Allonger la durée du congé de paternité et d’accueil de l’enfant et le rendre obligatoire

La commission examine l’amendement AS423 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Cette modification n’est pas uniquement symbolique. Elle permet d’intégrer toutes les familles, dans leur diversité, au dispositif. En l’état actuel du droit, la conjointe de la mère peut disposer d’un « congé de paternité ». Le terme est impropre et ne correspond pas à la réalité de la parentalité dans notre pays.

Puisque l’article prévoit de réformer le « congé de paternité et d’accueil de l’enfant », ouvert au conjoint de la mère de l’enfant, l’amendement propose de

modifier le nom du congé et de le transformer en « congé de parentalité et d'accueil de l'enfant ».

Mme Monique Limon, rapporteure pour la famille. Monsieur Touraine, je comprends votre préoccupation et votre intention de n'exclure aucune famille. Mais la mesure que nous proposons consiste d'abord à étendre le congé de paternité à vingt-huit jours et à le rendre partiellement obligatoire, ce que personne avant nous n'avait fait. Nous reprenons le nom actuel du congé, qui n'inclut pas uniquement la notion de paternité, mais aussi celle d'accueil de l'enfant.

La notion de congé de parentalité, aussi inclusive soit-elle, est très proche de celle de congé parental, qui renvoie à une autre réalité. Les nouvelles familles, notamment les familles homoparentales, bénéficient évidemment tout autant de l'extension du congé que les familles hétéroparentales, que ce soit par l'extension du congé en cas de naissance comme du congé d'adoption.

Enfin, votre amendement ne renvoie pas à des dispositions précises, mais à un ensemble de dispositions législatives non codifiées. Je ne peux donc donner un avis favorable.

M. Jean-Louis Touraine. J'ai bien compris que l'accès au droit ne sera pas limité, quel que soit le nom de ce congé. Mais je persiste à penser que prévoir qu'une mère prend un congé de « paternité » n'est pas approprié.

En conséquence, je maintiens mon amendement. Je suis certain que nous évoluerons vers ma proposition. Il serait préférable de le faire dès maintenant, puisque l'on crée ce nouveau droit – ce que je salue évidemment car c'est une avancée très significative, et bénéfique pour les nouveau-nés.

M. Thibault Bazin. J'aime tellement le mot « paternité » que je ne veux pas qu'il disparaisse. Je sais que Jean-Louis Touraine comprendra mes arguments : la sémantique a du sens et nous avons besoin de clarté. Il ne faut pas que ce si beau mot de « paternité » disparaisse. De même, la fête des pères est une belle fête, même en mode confiné !

M. Boris Vallaud. Nourrissant la même crainte que notre collègue Touraine, nous soutiendrons l'amendement.

M. Jean-Louis Touraine. Monsieur Bazin, vous voudriez que l'on dise aux mères qu'elles prennent un congé de paternité. Mais, il y a peu, dans un autre projet de loi, vous plaidez pour l'interdiction de la procréation médicalement assistée (PMA) aux transsexuels car vous estimiez inimaginable que quelqu'un qui a donné des spermatozoïdes puisse être une mère ! Tout cela est contradictoire !

M. Thibault Bazin. Je n'en pense pas moins !

La commission rejette l'amendement.

La commission en vient à l'amendement AS519 de M. Guillaume Chiche.

Mme Delphine Bagarry. Alors que nous évoluons dans une société où l'égalité effective est recherchée, où les discriminations liées à l'identité de genre sont légitimement dénoncées, il paraît fondamental de réformer le congé de paternité.

Pour des raisons évidentes d'égalité, les droits sociaux doivent bénéficier à l'ensemble des familles. En remplaçant l'expression « congé de paternité » par « congé de parenté », l'amendement prend en compte les précédentes avancées législatives : assistance médicale à la procréation pour toutes et adoption, en commission des affaires sociales, de la proposition de loi visant à créer un congé de parenté égalitaire et effectif.

Mme la rapporteure pour la famille. Pour les raisons que je viens d'évoquer, je ne suis pas favorable au changement de nom. Bien sûr, il faut inclure l'ensemble des familles dans le congé que nous créons, et ce sera le cas : toutes les familles reconnues en France y auront accès.

Le concept de parenté peut prêter à confusion avec la parentèle de l'ensemble d'une famille. La suppression de la notion de paternité n'est en outre pas forcément souhaitable, étant donné précisément que le prolongement du congé de paternité vise à faire en sorte de permettre au père ou au second conjoint de recourir plus largement à ce congé. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) reconnaît, à l'échelle européenne, la valeur des congés s'adressant spécialement aux pères et aux seconds conjoints, pour favoriser leur recours et un partage plus égalitaire des tâches.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Elle en vient à l'amendement AS891 de M. Jean-Carles Grelier.

M. Thibault Bazin. Je regrette de ne pouvoir défendre un amendement qui n'a pas été jugé recevable mais qui nous tenait à cœur : il nous semblait important d'évoquer le don de jours alors que le congé de paternité connaît une avancée.

Soutenu par l'ensemble du groupe Les Républicains, l'amendement AS891 vise à améliorer le dispositif du congé de paternité proposé par le Gouvernement en y ajoutant de la flexibilité – elle m'est chère, ainsi qu'à Bernard Perrut – et en tenant compte de certaines réalités professionnelles ou personnelles.

Il prévoit d'une part les cas où le salarié se trouve dans une situation l'empêchant manifestement d'exercer ce droit. À titre d'exemple, un militaire en opération extérieure – vous en connaissez tous dans vos circonscriptions –, un routier en déplacement ou un médecin appelé en urgence – vous savez ce que c'est, monsieur le rapporteur général – dans un désert médical doivent pouvoir continuer à exercer leur travail. Le dispositif doit aussi tenir compte des naissances précoces.

D'autre part, il vise à permettre à chacun de protéger sa vie privée et son intimité en autorisant un père à ne pas faire part à son employeur, pour des raisons personnelles, de la naissance de son enfant. Il peut être complexe de le déclarer, en période d'essai par exemple. Il faut prendre en compte tous les cas de figure.

Mme la rapporteure pour la famille. Le but de cette réforme est que le congé de paternité soit pris à la naissance d'un enfant par tous les pères, ou par le deuxième parent, sans exception. L'enjeu est d'abord sanitaire : les risques physiques et psychologiques sont élevés puisqu'on compte quarante-deux décès maternels à domicile en 2017 selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), sans mentionner les accidents non-mortels, et 13 % des mères font une dépression postpartum. Ainsi, il est préférable que les pères soient présents durant cette période.

En outre, l'interdiction d'emploi vise justement à rendre ce droit au congé de paternité effectif, quel que soit l'emploi ou le statut du parent. Il n'est pas possible d'admettre des exceptions, qui seraient la porte ouverte à d'éventuelles dérives.

L'obligation partielle du congé entend aussi mieux répartir le « risque parentalité » des salariés, et son impact sur l'embauche, l'avancement ou la rémunération, aujourd'hui uniquement supporté par les femmes. Il n'est donc pas envisageable de donner aux employeurs et aux salariés une possibilité de contourner cette obligation.

Enfin, pour des raisons d'égalité, il paraît illogique de laisser au père la possibilité de ne pas faire part de la naissance de son enfant à son employeur pour des raisons personnelles, et ainsi de ne pas prendre le congé, là où la mère n'a d'autre choix que de le faire. Pour toutes ces raisons, je suis défavorable à votre amendement.

M. Thibault Bazin. Je suis troublé, affecté, voire assommé par vos arguments. Vous évoquez des décès. Mais sont-ils tous dus à l'absence du père ?

L'amendement ne vise pas à empêcher la mise en œuvre de ce droit, mais à introduire de la flexibilité. Ainsi, un militaire en opération extérieure au Mali dont le bébé naît plus tôt que prévu ne peut pas revenir en France en quelques heures, c'est un principe de réalité ! En tant que législateurs, nous devons le prendre en compte car il ne faut pas que ces pères soient privés de leurs droits.

Mme la rapporteure pour la famille. J'entends le principe de réalité. Bien évidemment, il faudra prendre en compte la situation particulière d'un militaire ! Actuellement, seuls 67 % des hommes prennent leur congé de paternité. Afin que cette proportion augmente, il faut en faire une obligation.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS515 de M. Guillaume Chiche.

Mme Delphine Bagarry. L'amendement vise à faire bénéficier l'ensemble des familles, y compris homoparentales, du congé de paternité. Pour des raisons évidentes d'égalité, les droits sociaux doivent bénéficier à toutes les familles.

L'amendement prend également en compte les précédentes avancées législatives – assistance médicale à la procréation pour toutes et adoption, en commission des affaires sociales, de la proposition de loi visant à créer un congé de parenté égalitaire et effectif.

Mme la rapporteure pour la famille. Je comprends votre intention mais votre amendement me semble satisfait. Si la filiation est reconnue en droit français, rien – ni le genre, ni l'orientation sexuelle ni le mode de conception de l'enfant – n'empêche en effet les pères ou, le cas échéant, les partenaires des mères, de bénéficier du congé.

Lorsque la conception de l'enfant, charnelle ou par le biais d'une PMA, n'est pas possible, le congé pour adoption est également étendu par le présent article. Je vous demanderai donc de bien vouloir retirer votre amendement. À défaut, mon avis sera défavorable.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 35 sans modification.

Après l'article 35

La commission examine l'amendement AS197 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Il s'agit de réintroduire l'universalité des allocations familiales. Même nos collègues de l'autre côté de l'hémicycle en seront d'accord. Je ne doute donc pas de votre soutien massif !

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission rejette l'amendement.

Elle en vient à la discussion commune de l'amendement AS1237 de la rapporteure, des amendements identiques AS19 de Mme Valérie Six, AS217 de M. Thibault Bazin, AS841 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS893 de M. Jean-Carles Grelier ainsi que des amendements identiques AS606 de Mme Perrine Goulet et AS1031 de Mme Monique Iborra.

Mme la rapporteure pour la famille. Je me réjouis de voir que nous souhaitons tous avancer sur le sujet du versement anticipé de la prime de naissance. J'y vois un hommage à l'action menée par Gilles Lurton, auteur d'une proposition de loi adoptée à l'unanimité par notre Assemblée en juin dernier, mais aussi à Nathalie Elimas, qui a contribué à cette proposition de loi et en a fait l'une des propositions du rapport de la mission d'information de la Conférence des présidents

sur l'adaptation de la politique familiale française aux défis de la société du XXI^e siècle, remis en juillet dernier à l'Assemblée.

Je pense que nous avons tous eu écho des problèmes que posait le versement post-naissance de cette prime : non-recours aux droits et incompréhensions des familles. Il est évident que c'est avant la naissance, et non pas après, que l'on prépare l'arrivée d'un nouveau-né et qu'on achète tout le matériel nécessaire.

Mme Valérie Six. Ce sujet revient régulièrement lors de l'examen du PLFSS depuis 2014, date depuis laquelle la prime de naissance est versée à la fin du deuxième mois suivant la naissance. Les auditions menées dans le cadre de la mission d'information de la Conférence des présidents sur l'adaptation de la politique familiale française aux défis de la société du XXI^e siècle ont permis de mettre en lumière les difficultés liées à cette date de versement pour les familles les plus modestes. Toutes les associations familiales plaident pour un versement de la prime avant la naissance de l'enfant.

M. Thibault Bazin. Je salue l'élégance de la rapporteure, qui a mentionné l'origine de la proposition de loi, portée par Gilles Lurton et soutenue sur différents bancs. Mais votre amendement, qui arrive après les nôtres, est un peu moins élégant... Il eût été préférable de soutenir nos amendements. Votre soutien à la proposition est l'essentiel car, depuis trois ans, peu a été fait et il est urgent de mettre en œuvre cette mesure attendue.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Je partage les propos de M. Bazin et rends hommage au combat de Gilles Lurton, gagné le 25 juin dernier. Pour que la mesure devienne effective, il faut voter l'amendement. Je nous invite donc collectivement à le faire. Même si c'est celui de la rapporteure qui est adopté, et qu'il fait tomber les nôtres, nous serons ravis car le plus important est d'assurer l'effectivité de la mesure !

M. Bernard Perrut. Nous sommes unanimes pour saluer l'initiative de Gilles Lurton. Nous pouvons tous nous retrouver pour soutenir les parents, la famille, l'enfant à naître, et accorder cette aide au bon moment, alors que la politique familiale est affaiblie depuis quelques années – baisse des aides et de la considération envers les familles, fiscalité éprouvante pour les familles des classes moyennes, et peu favorable à la natalité.

Si la proposition a été adoptée à l'Assemblée nationale, ce n'est pas encore le cas au Sénat. Or elle doit entrer en vigueur en 2021. Par conséquent, le PLFSS doit en tenir compte et nous proposons par l'amendement AS893 de lui donner immédiatement force juridique en lui affectant les moyens financiers nécessaires à sa mise en œuvre – estimés à 200 millions d'euros. Le décalage de versement de la prime de naissance, décidé en 2015, est regrettable alors qu'elle a touché 45 600 allocataires par mois en 2019, pour un coût estimé à 537 millions, le montant de la prime s'élevant à 947,32 euros par enfant.

Mme Perrine Goulet. Les navettes parlementaires sont parfois longues. Lorsque nous pouvons accélérer l'effectivité de certaines mesures, il faut le faire. Plusieurs députés ont soutenu la mesure, vous l'avez tous rappelé : Mme Elimas, M. Lurton, sans oublier Sereine Mauborgne qui a plaidé pour le non-remboursement de la prime en cas de décès de l'enfant.

L'essentiel est d'adopter cette disposition afin d'aider les familles dans le besoin avant l'arrivée du bébé. Elles pourront ainsi acheter tout le matériel, sans avoir à rembourser la prime si, malheureusement, l'enfant décède.

Mme Monique Iborra. L'amendement AS1031 est similaire. Mme Limon l'a parfaitement défendu. Je me réjouis que le sujet fasse l'unanimité.

Mme la rapporteure pour la famille. Je vous propose de vous rallier à mon amendement AS1237, qui me semble plus précis et mieux-disant, et de retirer les vôtres.

L'amendement détermine la date à laquelle un couple peut être éligible à la prime dans le cas, évidemment tragique, de décès de leur enfant. Il ouvre par ailleurs le bénéfice de la prime aux foyers dans lesquels la grossesse a atteint six mois, sept mois, huit mois ou neuf mois, à une date fixée par décret, au plus tard le 31 mars. Cette date doit en effet être fixée de manière réaliste pour que les caisses d'allocations familiales s'adaptent au paiement anticipé de la prime, mais mon amendement reprend la date de la proposition de loi de M. Lurton, tout en l'ouvrant à plus de couples, par la mention du sixième mois.

Tous les amendements déposés sont mieux-disants par rapport à la situation pré-2014, puisqu'ils prennent en compte la situation des grands prématurés – nés avant six mois de grossesse – qui seront éligibles à la prime.

M. Thibault Bazin. Madame la rapporteure, par correction, il aurait été préférable que vous sous-amendiez nos amendements. Vous êtes habituellement plutôt respectueuse du travail parlementaire... De toute façon, en séance, nous repartirons du texte du Gouvernement.

*La commission **adopte** l'amendement AS1237. En conséquence, les autres amendements **tombent**.*

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements identiques AS199 de M. Thibault Bazin et AS277 de M. Guillaume Chiche ainsi que l'amendement AS576 de Mme Isabelle Valentin.

M. Thibault Bazin. Depuis 2012, un grand nombre de mesures a été adopté à l'encontre 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 – cela sera corrigé, tant mieux –, promesses non tenues en termes de modes de garde, conditions plus drastiques et baisse des montants pour l'allocation

de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) ainsi que pour le complément de mode de garde.

Force est de constater que le nombre de naissances en France métropolitaine a baissé depuis sept ans suite à la politique qui a été menée. Selon les statistiques publiées en août 2018 par *INSEE Première*, 185 000 enfants de moins sont nés au cours des six dernières années.

Cet amendement vise donc à demander au Gouvernement de remettre un rapport évaluant les conséquences des mesures adoptées sur la politique familiale, notamment sur le quotient familial, les allocations familiales, le congé parental, la prime de naissance, la PAJE et les modes de garde.

Mme la rapporteure pour la famille. Je profite de ce premier amendement demandant un rapport pour faire une réponse générale sur ceux qui suivront et qui traitent peu ou prou du même sujet, à savoir les mesures prises en matière de politique familiale entre 2012 et 2019. Je crois deviner que leurs auteurs ne les regardent pas d'un œil très favorable bien que nous venions de voter la prolongation du congé de paternité, qui répond à une demande forte des familles françaises et qui a été unanimement saluée par les associations familiales et bien au-delà.

Nous n'avons peut-être pas la même vision de la politique familiale mais je ne pense pas qu'une telle demande au Gouvernement soit justifiée. Je vous renvoie plutôt aux sources parlementaires comme le rapport de Mme Nathalie Élimas issu de la mission d'information présidée par votre collègue Stéphane Viry et aux auditions auxquelles vous avez je crois participé à plusieurs reprises. Vous y trouverez une analyse détaillée de l'ensemble des mesures ainsi qu'une vision de ce que peut être la politique familiale au XXI^e siècle.

Avis défavorable.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Mme la rapporteure a défendu un amendement sur le versement éventuel de la prime de naissance lorsque la naissance intervient avant le sixième mois prévu de la grossesse ou en cas de décès de l'enfant intervenant au-delà de la vingtième semaine de grossesse. Que se passe-t-il en cas d'interruption médicale de grossesse, au-delà de vingt semaines ? La prime est-elle versée ?

M. Philippe Vigier. Vous avez tenu des propos à charge, madame la rapporteure. Vous pourriez très bien déposer pour la séance publique un amendement mentionnant la date de 2020 au lieu de 2019 afin de tenir compte des avancées auxquelles vous venez de faire référence. Avec le vote de votre amendement sur la prime de naissance, nous disposerions d'une véritable vision sur la durée.

Le rapport, de plus, peut fort bien être à décharge. Si l'on ne se place pas dans des conditions d'objectivité, comment pourrions-nous être nous-mêmes objectifs ? Quoi qu'il en soit, nous déposerons un amendement en séance publique.

Mme la rapporteure pour la famille. Nous y répondrons bien volontiers.

Vous avez raison, un rapport peut fort bien être à décharge mais il convient surtout de se pencher sur les travaux déjà menés par le Parlement. Je ne pense pas qu'il soit nécessaire d'en ajouter. S'il faut creuser la question, nous la creuserons mais je ne crois pas qu'un rapport du Gouvernement pourra faire avancer notre politique familiale.

M. Thibault Bazin. Vous n'avez pas répondu à la question de votre camarade Tamarelle-Verhaeghe.

Mme la rapporteure pour la famille. Nous y réfléchirons ensemble. Avant vingt-cinq semaines, un bébé n'est pas reconnu comme un enfant et ne peut pas être inscrit sur un livret de famille. Vous savez très bien que je ne peux pas vous répondre autre chose.

La commission rejette successivement les amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS198 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Il s'agit d'une nouvelle demande de rapport, en l'occurrence sur l'intégration des allocations familiales dans le revenu fiscal.

Mme la rapporteure pour la famille. Avis défavorable pour les raisons déjà exprimées.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS892 de M. Jean-Carles Grelier.

M. Bernard Perrut. Nous traversons une grave crise sanitaire, économique et sociale qui pèse sur les finances publiques et sur l'ensemble de nos concitoyens.

Le Gouvernement envisage une refonte en profondeur des congés parentaux et des modes de garde. Il est absolument nécessaire que la représentation nationale dispose d'un état des lieux détaillé de l'offre de garde pour décider au mieux de l'allocation des deniers publics et savoir ce qu'il faut faire.

Ces dernières années, nous avons souvent évoqué le nombre de places, les besoins en crèches, en structures, en modes de garde formels ou plus informels, en assistantes maternelles, en gardes à domicile, mais l'État et les collectivités locales doivent disposer d'une vision complète de ces différents modes de garde, des conséquences en termes de crédits d'impôts, de subventions versées, de leurs applications en fonction du profil des familles, de leurs revenus, du nombre d'enfants.

Ce rapport sera utile car nous ne disposons pas de données récentes et les études disponibles n'offrent pas de vision globale. C'est ainsi que nous pourrions répondre aux besoins des familles dans leurs diversités personnelles et territoriales.

Mme la rapporteure pour la famille. Votre demande de rapport témoigne d’une préoccupation, que je partage, quant aux propositions de mode de garde. J’ai constaté lors de mes auditions la difficulté dans laquelle se trouvent les établissements d’accueil du jeune enfant.

Particulièrement touchés par la crise, ces établissements, tout comme les assistantes maternelles, sont souvent restés disponibles pendant le confinement, notamment pour accueillir les enfants de nos soignants et de l’ensemble des travailleurs dont les professions se sont révélées essentielles au plus fort de la crise.

J’ajoute à cette difficulté conjoncturelle que les objectifs de la convention d’objectifs et de gestion de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) visant à ouvrir 30 000 places de crèche d’ici 2022 sont loin d’être atteints. C’est un sujet sur lequel nous devons collectivement avancer alors que le tissu d’accueil de la petite enfance est en train de s’effiloche.

La demande de rapport, en revanche, est déjà satisfaite par l’ensemble des données qui figurent en annexe de ce projet de loi et dans le programme de qualité et d’efficacité relatif à la branche famille. Vous y trouverez les dernières données à ce propos ainsi que sur le niveau de l’ensemble des prestations familiales.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l’amendement.*

*Suivant l’avis défavorable de la rapporteure, la commission **rejette** ensuite l’amendement AS1215 de M. Adrien Quatennens.*

Puis elle examine l’amendement AS1051 de M. Aurélien Taché.

Mme Delphine Bagarry. Il vise à ce que le Gouvernement remette au Parlement, avant le 1^{er} mars 2021, un rapport relatif au calcul des montants des prestations non contributives financées par la sécurité sociale et sur leurs perspectives d’amélioration afin de parvenir à sortir les allocataires de la pauvreté.

La crise sanitaire a entraîné une baisse des revenus pour de nombreux ménages et des pertes d’emploi. L’effet boule de neige risque de prolonger cette situation pendant plusieurs années, comme ce fut le cas lors des précédentes crises économiques. La France pourrait ainsi compter 1 million de pauvres de plus d’ici cinq ans. Aujourd’hui, 9,3 millions de personnes vivent sous le seuil de pauvreté, notamment, des jeunes.

Création d’un revenu universel d’activité – une belle Arlésienne – et révision des méthodes de calcul des minima sociaux font l’objet de consultations qui n’ont toujours pas encore abouti. La remise d’un tel rapport permettrait de nourrir une véritable réflexion sur l’évolution des modes de calcul des minima sociaux dans notre pays.

Mme la rapporteure pour la famille. Le sujet de votre rapport dépasse quelque peu l'objet de ce PLFSS, d'autant que vous évoquez surtout des prestations non contributives comme le revenu d'activité ou les minima sociaux, qui sont prises en charge par l'État. Un rapport remis en trois mois à ce sujet ne me semble donc pas avoir sa place ici.

Sur le fond, la situation des familles précaires en France est effectivement très inquiétante. Je rappelle à ce sujet que, depuis le confinement, le Gouvernement a permis aux travailleurs les plus précaires de conserver leur emploi grâce à la dérogation pour le recours à l'activité partielle et qu'il a versé aux familles modestes une prime exceptionnelle de 150 euros pour les bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique et du revenu de solidarité active (RSA), à laquelle se sont ajoutés 100 euros supplémentaires par enfant à charge ; 4,1 millions de foyers dont près de 5 millions d'enfants en ont bénéficié au mois de mai dernier.

Avis défavorable.

Mme Delphine Bagarry. Cet amendement a ici toute sa place puisqu'il a été jugé recevable et parce que la branche famille et les prestations familiales existent bel et bien. Je demanderai à son auteur, M. Taché, de le redéposer lors de la discussion budgétaire de la mission *Solidarité, insertion et égalité des chances*.

Mme Fiona Lazaar. J'avais également déposé un amendement demandant un rapport sur une thématique similaire mais il a été jugé irrecevable.

J'abonde dans le sens de ce que vient de dire Mme Limon et j'ajoute que le Président de la République vient d'annoncer de nouvelles mesures pour les familles les plus précaires. Il faut saluer ce coup de pouce essentiel en cette période de crise.

M. Thibault Bazin. Vous n'y êtes pour rien, madame la présidente, madame la rapporteure, monsieur le rapporteur général, mais les parlementaires ne disposent pas des moyens permettant d'avoir une vision globale. Or il existe des éléments « hors radar » et hors des annexes qui nous sont communiqués.

La dépense publique allouée au financement des modes d'accueil ne prend pas en compte toutes les dépenses indirectes, les prestations d'entretien pour les jeunes enfants ou les aides monétaires visant à compenser l'arrêt ou la réduction d'activité professionnelle.

Peut-être pourriez-vous prendre l'initiative d'une mission d'information à ce propos, madame la présidente ? Il serait très intéressant que le Gouvernement nous fasse part de ces éléments et que, de notre côté, nous puissions nous faire notre idée.

La commission rejette l'amendement.

Chapitre III

Tirer les conséquences de la crise sanitaire

Article 36

Adaptation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave

La commission examine les amendements identiques AS87 de M. Bernard Perrut, AS1014 de Mme Emmanuelle Anthoine et AS1107 de Mme Valérie Bazin-Malgras.

M. Bernard Perrut. L'article 36 concerne l'adaptation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave. Celle que nous traversons, inédite par son ampleur et par les mesures prises pour juguler la progression de l'épidémie, a mis en lumière les limites du dispositif actuel d'état d'urgence, que cet article propose d'adapter et de compléter.

Toutefois, cette adaptation ne doit pas pour autant exonérer le Gouvernement des consultations obligatoires des conseils et des conseils d'administration des caisses nationales concernées. L'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale doit s'appliquer. Tel est l'objet de cet amendement.

M. le rapporteur général. Je partage le souhait d'associer autant que possible les caisses aux mesures réglementaires prises par le Gouvernement. Néanmoins, lorsqu'un risque sanitaire grave justifie de transformer la procédure de consultation des caisses en procédure d'information, il faut aller au plus vite pour assurer une prise en charge rapide des frais de santé de nos concitoyens.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** les amendements identiques.*

*Puis elle **adopte** l'article 36 sans modification.*

Après l'article 36

La commission examine l'amendement AS138 de Mme Marine Brenier.

Mme Isabelle Valentin. Nous rencontrons plusieurs problèmes avec le dépistage massif par les tests PCR : engorgement, allongement des délais pour avoir les résultats, épuisement des personnels de laboratoire.

Le coût explose pour la sécurité sociale puisque chaque test virologique RT-PCR revient à près de 74 euros. Avec 1 million de tests par semaine, cela représente 300 millions d'euros. Nul ne connaît la durée de l'épidémie alors que le déficit de l'assurance maladie atteint déjà à 45 milliards.

Il importe de s'assurer que personne ne va se faire tester inutilement, par convenance personnelle, plusieurs fois le même jour. Or, aucun contrôle n'existe. Afin de sensibiliser nos concitoyens au coût de ces tests, sans pour autant mettre une barrière financière au dépistage, il conviendrait d'instaurer une participation forfaitaire de 1 euro pour chaque test virologique lorsque celui-ci n'est pas prescrit par une ordonnance médicale.

Pour mémoire, la participation forfaitaire de 1 euro a été instaurée en 2005 au sein de la branche maladie de la sécurité sociale. Elle est à la charge des assurés sociaux, elle n'est généralement pas remboursée par les assurances complémentaires et elle est plafonnée à 50 euros par an et par assuré afin de ne pas représenter une barrière à l'accès aux soins.

Les tests sont plus que jamais nécessaires et ils resteront massifs car cette disposition est suffisamment modeste pour ne pas être une barrière à l'accès aux soins.

M. le rapporteur général. Il ne faut pas généraliser quelques cas sporadiques. Qui s'est fait tester une fois sait bien cela n'est pas excessivement agréable au point de vouloir recommencer le même jour !

Par ailleurs, comme le Président de la République vient de le dire, notre majorité soutient la stratégie de gratuité afin de ne freiner en rien l'accès aux tests.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS744 de M. Joël Aviragnet.

M. Boris Vallaud. La crise sanitaire a mis à l'épreuve notre système hospitalier et, plus largement, notre système de soins. Elle a également affecté nos libertés publiques et plongé notre économie dans la récession.

Afin de lutter efficacement contre l'épidémie de covid-19, les masques et les tests ont été des outils essentiels. Néanmoins, afin d'éclairer la représentation nationale sur les coûts financiers des tests réalisés, nous demandons qu'un rapport présente dans le détail les dépenses effectuées.

Il semble également que certains retards dans la communication des résultats des tests aient pu remettre en question l'utilité même des tests réalisés. La représentation nationale doit être en mesure d'apprécier quels ont été les biais techniques éprouvés par la stratégie nationale de tests.

M. le rapporteur général. Le Président de la République vient d'annoncer un rapport du comité analyse, recherche et expertise covid-19 pour décembre.

Par ailleurs, la mission d'information – ayant les pouvoirs d'une commission d'enquête – sur la gestion et les conséquences, dans toutes ses dimensions, de

l'épidémie de covid-19 consacrera une partie de son rapport à cette stratégie de tests. Votre demande étant satisfaite, je vous invite à retirer cet amendement.

M. Boris Vallaud. Je le maintiens, même si je suis d'accord avec le rapporteur général sur les travaux de la commission d'enquête parlementaire.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine les amendements AS1118 et AS1123 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Comme je ne peux pas faire dépenser d'argent, je demande des rapports...

Lors de son intervention, le Président de la République a assumé le fait que nous soyons dans une deuxième vague. Lorsqu'une personne est atteinte par le virus, elle doit se confiner ; or, nous savons très bien que certaines personnes continuent d'aller travailler pour ne pas perdre d'argent. Nous vous proposons donc de supprimer le jour de carence. Le premier amendement vise les soignants, fonctionnaires ou de droit privé ; le second l'ensemble des assurés.

Je vous invite à les voter afin que le ministre, en séance publique, sache combien cet appel au secours est pris au sérieux par les commissaires. Il n'est pas possible de laisser partir des gens pour des raisons financières alors qu'ils risquent d'en contaminer d'autres.

M. le rapporteur général. Ce sont en effet des amendements d'appel !

Dans le cadre de la première phase de la crise sanitaire, votre demande peut être prise en charge par décret. L'article 36 permet d'ailleurs de prendre un certain nombre de mesures de cette sorte lorsque la situation sanitaire l'exige.

Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Des contrôleurs de la SNCF déclarés positifs ont assumé devant des journalistes ne pas s'être mis en arrêt pour ne pas perdre d'argent, alors qu'ils rencontrent des centaines de personnes par jour ! Vous instaurez un couvre-feu, des restrictions d'effectifs, mais si nous n'aidons pas des personnes atteintes par la maladie à se confiner sans perdre d'argent, cela ne sert à rien ! Le risque sanitaire est réel.

M. Pierre Dharréville. Les effets vertueux attendus par cette mesure qui a produit des effets... pervers ne sont pas au rendez-vous. Il faut en tenir compte

Par ailleurs, les faits ont montré que s'en remettre à la sagacité du Gouvernement est parfois téméraire.

À ce propos, nous devrions rediscuter d'un certain nombre de questions sanitaires et sociales que le Gouvernement a été autorisé à traiter par ordonnances. Des dégâts commencent à apparaître.

La commission rejette successivement les amendements.

Article 37

Transfert à la sécurité sociale de l'allocation supplémentaire d'invalidité

La commission examine l'amendement de suppression AS918 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. L'article 37 prévoit de faire supporter à la sécurité sociale le financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) qui l'était jusqu'à présent par l'État. Cette mesure témoigne du désengagement progressif de ce dernier alors que cette prestation doit continuer selon nous de relever de la solidarité nationale.

M. le rapporteur général. L'État ne se désengage en rien. Le transfert de l'ASI à la branche maladie fait l'objet d'une compensation intégrale par l'État à travers une hausse de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale. Une nouvelle revalorisation de l'ASI interviendra par ailleurs le 1^{er} avril prochain.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Elle examine ensuite les amendements identiques AS89 de M. Bernard Perrut, AS531 de M. Guillaume Chiche, AS652 de M. Stéphane Viry, AS858 de Mme Gisèle Biémouret, AS870 de Mme Annie Vidal et AS919 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Bernard Perrut. Beaucoup trop d'assurés bénéficiaires d'une pension d'invalidité ne font pas valoir leur droit à l'allocation supplémentaire d'invalidité par méconnaissance du dispositif.

L'ASI est une prestation mensuelle versée aux assurés invalides et ne répondant pas aux conditions requises pour bénéficier de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). Versée par la sécurité sociale ou la Mutuelle sociale agricole, son montant varie en fonction de la situation matrimoniale ou des ressources.

Cet amendement vise à lutter contre le non-recours aux droits en faisant porter aux organismes de sécurité sociale une obligation d'étude systématique du droit à cette allocation et d'information aux assurés concernés, qui en ont bien besoin.

Mme Delphine Bagarry. L'amendement AS531, travaillé avec APF France Handicap, qui a un œil acéré sur le PLFSS, s'inscrit dans la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté et la lutte contre le non-recours, autrement appelé le « aller vers ». Beaucoup trop d'assurés bénéficiaires d'une pension d'invalidité ne font pas valoir leur droit à l'ASI par méconnaissance du dispositif.

M. le rapporteur général. Je partage cet objectif et j'ai posé cette question durant nos auditions mais vos amendements soulèvent des difficultés techniques et supposeraient de créer une ingénierie importante pour étudier l'éligibilité à l'ASI de l'ensemble des allocataires de l'ASPA alors même que le champ des bénéficiaires de cette dernière est beaucoup plus large.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** les amendements identiques.*

*Puis elle **adopte** l'article 37 sans modification.*

Chapitre IV **Assouplir et simplifier**

Article 38

Prises en charge dérogatoires des médicaments

La commission examine l'amendement AS273 de M. Stéphane Viry.

M. Bernard Perrut. Le délai de réponse de la Haute Autorité de santé (HAS) nécessite d'être encadré par la loi, sinon le dispositif risque de perdre tout son sens : permettre un accès rapide lorsque l'application du traitement ne peut être différée.

L'exclusion d'autorisation pour les médicaments faisant l'objet d'une recherche impliquant la personne humaine ne doit s'appliquer qu'au territoire national – des recherches peuvent avoir lieu dans d'autre pays sans pour autant en permettre l'accès.

Enfin, dans un objectif de suivi des données, une mesure appelle à une recentralisation vers l'hôpital de médicaments actuellement disponibles en reconnaissance temporaire d'utilisation en pharmacie d'officine.

Nous proposons de compléter l'alinéa 13 de l'article 38 en ce sens.

M. le rapporteur général. S'agissant de votre première remarque, je ne suis pas contre le fait de fixer un délai directement dans la loi pour ces délivrances d'accès précoce. En revanche, un mois, c'est beaucoup trop court.

Sur la seconde : la disposition ne s'appliquera pas s'il existe déjà une distribution au détail pour le cadre d'accès compassionnel.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Elle examine ensuite l'amendement AS1157 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Nous souhaitons nous assurer que les informations concernant le lieu de production ainsi que les coûts réels de production du médicament ou du produit de santé concerné soient fournies.

En outre, les informations relatives aux brevets couvrant le médicament ou au produit de santé concerné doivent être systématiquement dévoilées par le titulaire des droits d'exploitation. Si le médicament ou produit de santé en question a été développé dans le cadre d'un institut de recherche publique ou caritative, les montants des financements publics pour cette recherche doivent être divulgués, de même que les informations concernant le montant des aides publiques reçues, sous toutes leurs formes, et les informations concernant le montant des financements caritatifs.

À défaut, il sera toujours possible pour l'État de faire usage de la possibilité que lui confère la loi de prendre une licence d'office.

M. le rapporteur général. Avec cet amendement, vous supprimez carrément l'alinéa 69 de cet article 38, qui porte sur la prise en charge des médicaments en accès précoce. Les patients ne pourraient plus avoir accès à ces médicaments, qui ne seraient plus pris en charge par l'assurance maladie !

Nous débattons après l'article 38 de ce qui doit être ou non pris en compte dans la fixation du prix des médicaments et favoriser une meilleure transparence.

Demande de retrait ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS757 de M. Paul Christophe et AS1034 de Mme Stéphanie Rist.

M. Paul Christophe. Depuis plusieurs années, j'interviens dans le cadre du PLFSS pour vous alerter sur le dispositif d'accès précoce aux médicaments, notamment, sur son manque de visibilité et le risque d'un manque d'équité.

Cette année, le PLFSS prévoit une refonte totale du dispositif, ce dont on peut se réjouir, fondée sur deux piliers : l'accès précoce et l'accès compassionnel, avec un seul corpus de règles d'accès et de prise en charge. Une réforme d'une telle ampleur en raison de ses conséquences pour les patients, les professionnels de santé et les entreprises du médicament, doit nécessairement s'accompagner d'un suivi attentif pour en évaluer sa pertinence et son efficience.

Il est donc demandé au Gouvernement de remettre dans les trois ans un rapport d'évaluation du dispositif.

Mme Stéphanie Rist. Mon amendement a été très bien défendu par mon collègue.

M. le rapporteur général. Ces deux amendements ne sont pas strictement identiques. Je ne suis pas un grand fan des rapports mais je veux bien faire une exception pour celui-ci car le sujet le mérite.

Avis de sagesse.

*La commission **adopte** l'amendement AS757.*

*En conséquence, l'amendement AS1034 **tombe**.*

*La commission **adopte** l'article 38 **modifié**.*

Après l'article 38

La commission examine l'amendement AS716 de M. Robin Reda.

Mme Caroline Janvier. Cet amendement est soutenu par la mission d'information commune sur les usages du cannabis.

L'expérimentation du cannabis thérapeutique a été votée à l'unanimité par l'Assemblée nationale l'an dernier. Le décret d'application permettant le lancement de cette expérimentation a enfin été publié – ce dont on ne peut que se féliciter – mais malheureusement avec plusieurs mois de retard.

D'après les informations obtenues par la mission d'information, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé est prête à lancer les opérations et l'expérimentation devrait pouvoir commencer fin janvier 2021, ce qui est une excellente nouvelle pour les patients qui attendent depuis trop longtemps cette avancée thérapeutique.

Reste deux sujets importants soulevés par la mission d'information dans son récent rapport d'étape.

Tout d'abord, le décret prévoit que les entreprises fourniront les produits gratuitement, ce qui ne semble pas une bonne idée car cela risque de donner une priorité à ces entreprises étrangères lors de la généralisation du dispositif. L'amendement propose donc que ces entreprises soient rémunérées, ce qui ne remet évidemment pas en cause la gratuité des produits pour les patients.

Ensuite se pose la question du développement d'une filière française du cannabis thérapeutique. Notre pays dispose de réelles expertises en ce domaine, que ce soit pour la culture du chanvre ou pour l'extraction et la fabrication de produits de santé. Il est donc proposé de déroger aux dispositions du code de la santé publique encadrant la production de cannabis afin de permettre le développement d'une filière française, dans la perspective de la généralisation, conformément au souhait exprimé par le Président de la République lors de son déplacement à La Réunion en octobre 2019.

M. le rapporteur général. Cet amendement est le fruit d'un travail important de la mission d'information commune créée à l'Assemblée nationale sur ce sujet.

Je vous demanderai néanmoins son retrait pour les raisons suivantes.

Tout d'abord, sur la première partie de votre amendement revenant sur la gratuité des produits : je comprends votre préoccupation mais je pense que si l'on veut que l'expérimentation commence réellement au premier trimestre 2021, il ne faut pas remettre en cause les dispositions du décret.

Ensuite, sur la seconde partie prévoyant la création d'une filière française de production, le Gouvernement est en train de mener des travaux, parallèlement à l'expérimentation, pour modifier l'article du code de la santé publique et permettre une production encadrée en France. Ces travaux prennent du temps car ils supposent de nombreuses consultations ministérielles.

Compte tenu du temps long de production et d'agriculture, il ne me semble pas envisageable de faire entrer les producteurs français dans l'expérimentation, ce qui ne les empêchera pas de participer à la production de cannabis thérapeutique quand l'expérimentation sera généralisée.

Mme Caroline Janvier. Portant la voix de mes collègues de la mission d'information, je ne peux pas retirer cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS1108 de M. Jean-Hugues Ratenon.

Mme Caroline Fiat. Le ministre des solidarités et de la santé a pour responsabilité de garantir l'accès de tous aux médicaments et, à cette fin, de sécuriser l'approvisionnement et d'anticiper les pénuries.

« L'article 34 permettra de lutter efficacement contre la rupture de stock 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. » Voici ce que l'actuel ministre de la santé affirmait lors de l'examen du précédent PLFSS, dont il était à l'époque rapporteur général. La disposition évoquée correspond à une demande de longue date des associations de malades, notamment France Assos Santé. Elle permet de prévenir les pénuries en se donnant le temps de trouver des alternatives.

En contradiction avec ces paroles, Olivier Véran a pourtant envisagé, une fois ministre, que le décret d'application oblige les patients et associations de patients à prouver le caractère essentiel du médicament et les tensions pesant sur son approvisionnement afin que la mesure de stockage lui soit applicable ! Mais ce

n'est pas aux malades d'apporter la preuve du caractère essentiel de leur traitement et des risques de pénurie qui le menacent.

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

Elle examine ensuite, en discussion commune, l'amendement AS564 de M. Philippe Vigier, les amendements identiques AS635 de Mme Marine Brenier, AS645 de M. Stéphane Viry, AS684 de Mme Josiane Corneloup et AS939 de M. Joël Aviragnet ainsi que l'amendement AS1121 de Mme Caroline Fiat.

M. Philippe Vigier. Les problèmes d'approvisionnement en médicaments s'aggravent depuis quelques années. Nous avons interpellé à de nombreuses reprises les gouvernements successifs à ce sujet. Ces derniers temps, à la faveur de l'épidémie de covid, des ruptures de stock inacceptables ont eu lieu, concernant par exemple les curares, dont les services de réanimation ont réduit l'utilisation, ou certains anticancéreux. Ces pénuries structurelles ont été accentuées par l'externalisation, très néfaste à l'industrie française – on parle désormais d'*insourcing*, de la nécessité de récupérer des industries absolument stratégiques.

Pour ces raisons, aux termes de notre amendement, le stock ne pourrait être inférieur à la quantité permettant de couvrir quatre mois d'approvisionnement, afin d'éviter des catastrophes futures. La filière pharmaceutique française, filière d'excellence, doit retrouver ses lettres de noblesse ; cet amendement offensif y contribuera.

Mme Isabelle Valentin. J'ajoute aux arguments de notre collègue que la disposition limiterait les pertes de chance, les interruptions de traitement et les effets indésirables, parfois graves, causés par des changements de traitement en urgence. Il ne faut pas sous-estimer les conséquences des pénuries sur la prise en charge des malades.

Mme Caroline Fiat. En 2019, on comptait plus de 1 200 médicaments d'intérêt thérapeutique majeur en pénurie ou en rupture d'approvisionnement, contre 800 en 2018 et seulement 44 dix ans plus tôt. Le 14 septembre 2020, la Ligue contre le cancer publiait une étude dressant un constat particulièrement alarmant en oncologie : les trois quarts des professionnels de santé sont confrontés au problème et 68 % des oncologues médicaux faisant face à des pénuries de médicaments contre le cancer considèrent que celles-ci ont un effet sur la survie à cinq ans de leurs patients.

L'épidémie de covid-19 a mis en lumière l'urgence de la situation et les dysfonctionnements structurels majeurs liés notamment à la dérégulation du marché mondial pharmaceutique et à la délocalisation en Chine et en Inde des sites de production de médicaments. La gravité des pénuries est telle que des médicaments d'usage courant sont maintenant concernés. Les conséquences sont dramatiques : en plus d'entraîner une perte de chance pour les malades, une détérioration de leur état de santé et de la souffrance, elles engagent le pronostic vital d'une partie d'entre eux.

Selon un rapport sénatorial de 2018, les ruptures de médicaments durent en moyenne plus de quatorze semaines. Les deux mois prévus par décret ne permettraient pas d'assurer l'approvisionnement continu par les industriels auquel ces derniers sont pourtant tenus par le code de la santé publique.

Loin de tirer la leçon de la crise de la covid-19, le Gouvernement arbitre en faveur des industries pharmaceutiques et au détriment des patients. Par notre amendement, nous entendons revenir à l'esprit initial de la mesure que nous avons votée ensemble à l'automne dernier.

M. le rapporteur général. Le projet de décret d'application de la mesure adoptée l'an dernier à l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 a retenu une durée minimale de stock de deux mois pour les médicaments à intérêt thérapeutique majeur et d'un mois pour les autres.

Le texte inclut toutefois des mécanismes de dérogation à ces durées, à la baisse ou à la hausse, selon les caractéristiques de chaque médicament – à la baisse pour des produits saisonniers, comme les vaccins, à la hausse, jusqu'à quatre mois, pour des médicaments pour lesquels une tension est avérée ou pressentie.

L'obligation de constituer des stocks correspondant à une durée d'approvisionnement d'au moins quatre mois n'est pas compatible avec les caractéristiques de certains médicaments.

Enfin, elle aurait de fortes chances d'être considérée comme une mesure protectionniste par l'Union européenne.

Demande de retrait ou avis défavorable.

M. Philippe Vigier. Pourriez-vous préciser quelles spécialités ne sont pas compatibles avec un stockage de quatre mois ?

Nous ne pouvons plus nous permettre les ruptures de stock qu'ont récemment connues les hôpitaux : c'est ce que l'on entend dire à l'unisson par les personnels soignants, par les directions d'hôpital, dans les pharmacies centrales. Ne tolérons pas une faille aussi terrible dans le dispositif, tirons les leçons de la crise.

Mme Caroline Fiat. Quand nous avons voté le dispositif l'année dernière – l'actuel ministre de la santé était rapporteur général du PLFSS –, le stockage ne posait aucun problème. Aucun laboratoire ne nous a signalé de difficulté concernant telle ou telle molécule. Et maintenant que nous voulons obliger les laboratoires à stocker, on nous dit que ce n'est pas possible pour certains produits. Les vaccins, les médicaments, ça se conserve ! Nous ne sommes plus au XIX^e siècle ! En novembre 2019, il était faisable de les stocker pendant quatre mois, et aujourd'hui, après une crise sanitaire pendant laquelle on a failli manquer de médicaments, ce ne serait plus possible ? Il ne faut pas prendre les gens pour des imbéciles ! C'est simplement que les laboratoires ne sont pas d'accord !

M. Pierre Dharréville. Je soutiens les amendements, car les pénuries récentes, très préoccupantes, justifient des mesures supplémentaires, dont le stockage : nous aurons au moins appris au cours de la période qui vient de s'écouler qu'il n'est pas inutile de disposer de stocks stratégiques. Mais d'autres dispositions sont également nécessaires, notamment se doter de moyens de production publics développés, afin de faire face aux besoins et aux demandes.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Sans doute certains médicaments sont-ils périssables, monsieur le rapporteur général, mais ne pourrait-on retravailler les amendements d'ici à la séance pour les en exclure ?

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle en vient à l'amendement AS449 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Grâce au recours aux médicaments biosimilaires, nous pourrions réaliser au moins 600 millions d'euros d'économies, ce qui n'est pas négligeable par les temps qui courent, et proposer une offre plurielle de médicaments, ce qui permet également de prévenir les risques de ruptures de stock. Il est vraiment urgent que nous nous mettions à la substitution par les biosimilaires !

M. le rapporteur général. La possibilité de cette substitution par le pharmacien d'officine a été prévue par la LFSS 2014, mais n'a pas encore été mise en œuvre, faute d'une rédaction satisfaisante des décrets d'application du point de vue de la traçabilité et de la sécurité. Voilà pourquoi nous l'avons supprimée en 2020.

Les médicaments biosimilaires sont très spécifiques : contrairement aux génériques, ils ne sont strictement identiques ni les uns aux autres ni au médicament de référence. En outre, le prescripteur doit demeurer au cœur du dispositif de substitution.

Néanmoins, je suis comme vous très favorable au développement des biosimilaires et je me réjouis des nombreuses actions en ce sens. Plusieurs expérimentations « article 51 » visent ainsi à encourager la prescription à l'hôpital et en ville.

Pour l'heure, cependant, mon avis est défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Nous en avons déjà débattu l'année dernière et j'ai obtenu la même réponse. Il me semble d'ailleurs que vous étiez alors favorable à ma position, monsieur le rapporteur général !

Un exemple : il y a quatre mois, nous avons connu une rupture de stock d'une insuline, la lantus. Il se trouve qu'il existe un biosimilaire disponible. Qu'a-t-on fait, selon vous, monsieur Mesnier ? A-t-on refusé de le délivrer parce que l'on n'en avait pas le droit ? Je vous laisse trouver la réponse !

M. Philippe Vigier. J'allais citer le même médicament que ma collègue. La compagnie du bon sens pourrait-elle se réunir d'urgence ? L'exemple est clair, transparent. Ceux qui rédigent les textes devraient passer derrière le comptoir : ils comprendraient mieux. Le Parlement s'honorerait en les y incitant.

Mme Delphine Bagarry. En outre, les professionnels de santé doivent travailler en partenariat et la confiance doit régner entre le prescripteur et le délivreur.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS750 de M. Joël Aviragnet, AS170 de M. Pierre Dharréville, AS867 de M. Jean-Louis Touraine, AS752 de M. Joël Aviragnet, les amendements identiques AS410 de M. Pierre Dharréville, AS507 de Mme Annie Chapelier et AS590 de Mme Isabelle Valentin ainsi que l'amendement AS1036 de Mme Audrey Dufeu.

M. Boris Vallaud. L'amendement AS750 du groupe Socialistes et apparentés vise à ce qu'il soit tenu compte, dans la définition du prix d'un médicament, des investissements publics qui ont contribué à la R&D le concernant. Il s'agit d'une demande récurrente de diverses associations, dont AIDES, Médecins du monde et Sidaction.

Les investissements réalisés par les industries, notamment en R&D et en production, peuvent être pris en compte dans la définition du prix selon l'article 18 de l'accord-cadre du 31 décembre 2015 entre le comité économique des produits de santé (CEPS) et Les entreprises du médicament. Nous proposons que soient également considérés les investissements en R&D réalisés par l'État, afin de fixer le prix de manière plus juste.

Lors de l'examen en commission du PLFSS 2020, le rapporteur général de la commission des affaires sociales avait évoqué des risques concernant l'interprétation qui pouvait être donnée à l'expression « recherche et développement ». Nous proposons donc de renvoyer à un décret en Conseil d'État la méthode de définition du prix afin de sécuriser juridiquement le dispositif. Les conditions sont ainsi réunies pour adopter notre amendement en toute sécurité.

M. Pierre Dharréville. Afin d'éviter que le contribuable ne paye deux fois, la première à travers le financement public de la recherche et développement dans le domaine biomédical et la seconde du fait d'un prix final élevé du médicament, remboursé par l'assurance maladie, il convient de prendre en compte, dans la définition du prix, les financements publics qui ont contribué à mettre au point le médicament.

En effet, l'État contribue grandement, directement ou indirectement, au développement des médicaments arrivant sur le marché : par le financement d'un système d'enseignement supérieur d'excellence formant les scientifiques et chercheurs, par l'octroi de subventions aux entreprises telles que le crédit d'impôt recherche (CIR), le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi et le crédit

d'impôt de taxe sur les salaires, par l'investissement dans la recherche publique – surtout dans ses aspects les plus risqués, dont la recherche fondamentale appliquée dans sa phase initiale –, par le partage des découvertes scientifiques.

M. Jean-Louis Touraine. L'amendement AS867 s'inspire directement d'une disposition que nous avons adoptée l'an dernier par voie d'amendement au pour 2020, mais qui a été censurée par le Conseil constitutionnel au motif qu'elle avait été introduite en deuxième lecture.

Il vise à garantir la transparence indispensable permettant à la puissance publique comme à nos concitoyens de disposer d'informations claires sur les investissements publics réalisés pour aider au développement d'un médicament. L'assurance maladie prenant en charge le coût de ces médicaments, il est normal qu'elle sache ce qu'elle finance.

L'amendement tend donc à obliger les laboratoires pharmaceutiques à publier les investissements publics de recherche et développement dans un médicament. Le CEPS connaîtra ces informations lors de ses négociations avec les industriels pour fixer le prix du médicament et pourra modérer celui-ci en fonction de l'aide publique apportée aux laboratoires.

M. Boris Vallaud. Notre amendement AS752 reprend celui adopté par notre assemblée l'année dernière à l'initiative de Mme Fiat, de M. Véran et de nombreuses associations, mais censuré par le Conseil constitutionnel au nom de la « règle de l'entonnoir », et qu'il convient d'adopter cette fois dans le respect des formes.

Il vise à répondre aux interrogations sur la transparence du prix des médicaments soulevées au nom de la démocratie sanitaire et régulièrement relayées par nos concitoyens.

Il est souhaitable que la puissance publique et les citoyens disposent de toutes les informations nécessaires sur les investissements publics réalisés pour aider au développement d'un médicament. Puisque c'est l'assurance maladie qui prend en charge le coût de ces médicaments, il apparaît normal qu'elle sache ce qu'elle paie.

Aussi notre amendement tend-il à obliger les laboratoires pharmaceutiques à publier les investissements publics de recherche et développement dont ils ont bénéficié lors du développement d'un médicament. Le CEPS, qui sera destinataire de ces informations, pourra en tenir compte lors de ses négociations avec les industriels sur la fixation du prix des médicaments.

M. Pierre Dharréville. L'amendement AS410, qui nous a été proposé par l'ONG Action Santé Mondiale, vise à ce que les investissements en R&D réalisés par l'État soient rendus publics et pris en compte dans la définition du prix des médicaments.

La course aux vaccins contre le covid-19 a révélé avec une ampleur sans précédent le rôle joué depuis toujours par la puissance publique dans le financement de la R&D en santé. L'État contribue grandement, directement ou indirectement, au développement des médicaments arrivant sur le marché : je l'ai dit et j'ai expliqué en quoi il y a un instant. Il s'agit d'assurer un contrôle démocratique de l'utilisation des impôts des citoyens et une bonne gestion des finances publiques.

On a vu à la faveur des échanges sur les priorités en matière de production de vaccins, notamment, que les choses n'étaient pas toujours aussi claires que cela pour les industriels, et nous avons été témoins de choix discutables s'agissant non seulement de la production, mais aussi de la recherche, de la part de grands groupes. Il faut pourtant une transparence totale pour que chacun puisse se faire son idée et que nous-mêmes, avec les citoyennes et citoyens, procédions aux bons choix politiques.

Mme Delphine Bagarry. Si l'amendement est redéposé, c'est sans doute qu'il doit être voté. La transparence est une nécessité : elle limite la méfiance, les fausses informations, les fantasmes. Les citoyens ont le droit, mais aussi le devoir, de savoir comment l'argent public est utilisé. Tel est le sens de l'amendement AS507.

Mme Isabelle Valentin. Mon amendement vise également la transparence dans l'utilisation des impôts en vue de la bonne gestion des finances publiques.

Mme Caroline Janvier. L'amendement AS1036 reprend lui aussi la disposition votée l'année dernière mais censurée par le Conseil constitutionnel au nom du principe de l'entonnoir.

Il est souhaitable que la puissance publique et les citoyens disposent de toutes les informations nécessaires sur les investissements publics qui ont été réalisés pour aider au développement d'un médicament. Cela a été dit, l'assurance maladie prenant en charge ces médicaments, il est normal qu'elle sache ce qu'elle finance.

C'est dans cet esprit de transparence que l'amendement tend à obliger les laboratoires pharmaceutiques à rendre publics les investissements publics de recherche et développement dont ils ont bénéficié lors du développement d'un médicament.

M. le rapporteur général. Je vous propose que nous adoptions à l'identique la disposition votée puis censurée l'an dernier. Je suis donc favorable à l'amendement AS1036 et je demande le retrait des autres amendements en discussion commune.

Mme Caroline Fiat. J'avais moi aussi déposé un amendement, je ne sais pas où il est passé... Il reprenait celui auquel j'avais travaillé non sans mal avec M. Véran, comme l'a dit M. Vallaud. Pour une fois que je fais adopter un amendement ! Je le redéposerai en vue de la séance publique.

*La commission **rejette** successivement les amendements AS750, AS170, AS867, AS752 et les amendements identiques AS410, AS507 et AS590.*

*Puis elle **adopte** l'amendement AS1036.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle **rejette** ensuite l'amendement AS1133 de Mme Caroline Fiat.*

Puis elle aborde l'amendement AS1172 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Je remercie M. Luca Di Bassi, ancien directeur général de l'agence italienne du médicament et président du groupe de négociation de la résolution sur la transparence adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en mai 2019, qui m'a aidée à transformer en amendement un décret qu'il a rédigé pour l'Italie – pourquoi la France ne ferait-elle pas au moins aussi bien que sa voisine en la matière ?

En tant que signataire de la résolution, la France doit en effet suivre le modèle italien en exigeant la transparence sur les dépenses consacrées à la recherche et au développement par les industriels, mais aussi sur les contributions publiques et caritatives reçues, ainsi que sur les coûts de production.

Notre amendement, qui s'appuie sur les travaux de l'observatoire de la transparence dans les politiques du médicament, fait partie d'une série qui tend à aller au-delà de l'amendement adopté en décembre 2019 dans le cadre du PLFSS 2020. Nous demandons que les firmes détaillent au moment de la fixation du prix les informations sur le financement et toutes les informations sur les contributions publiques à la recherche et au développement concernant le médicament ou le produit de santé.

M. le rapporteur général. L'amendement aboutirait à ce qu'un médicament qui a reçu un soutien public important en R&D soit moins bien remboursé que les autres : cela pénaliserait injustement les patients. Je doute que ce soit votre objectif.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Puis elle est saisie de l'amendement AS1174 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. En 2014, de nouveaux médicaments utilisés contre l'hépatite C arrivaient sur le marché français à un niveau de prix inédit. Plus récemment, un médicament utilisé contre l'atrophie musculaire spinale était délivré dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation pour 2 millions d'euros le traitement. La dynamique d'explosion du prix des innovations thérapeutiques n'est pas tenable pour notre système de santé. La transparence représente donc une urgence absolue.

Pour ces raisons, nous proposons d'améliorer la transparence en matière de prix du médicament en clarifiant certains termes de la loi. Le CEPS est chargé de lutter contre le « *surcoût non justifié pour l'assurance maladie* » d'un médicament, mais comment estimer ce surcoût sans disposer d'informations telles que la provenance des principes actifs ou leur prix d'achat ? Ces informations, que demande notre amendement en s'appuyant sur les travaux de l'observatoire de la transparence dans les politiques du médicament, devront être analysées au regard d'autres estimations de chercheurs indépendants sur les coûts réels de production de certains produits de santé.

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

Elle examine ensuite l'amendement AS1207 de M. Michel Larive.

Mme Caroline Fiat. Malgré le manque de transparence qui entoure le versement d'aides massives aux entreprises telles que le CIR, nous savons désormais que l'industrie pharmaceutique, en raison de ses activités de recherche et développement, est l'un des principaux secteurs à en bénéficier. Ce qui ne l'empêche pas de détruire des emplois en France, comme le fait allègrement Sanofi, pourtant grand bénéficiaire du CIR.

Non seulement le CIR n'a pour l'instant aucun effet significatif sur l'emploi mais, pour ce qui nous occupe ici, il ne semble pas non plus infléchir de quelque manière que ce soit la politique tarifaire pour le moins agressive des industriels vis-à-vis de l'assurance maladie. Il serait pourtant tout à fait cohérent que soit intégré dans le calcul du chiffre d'affaires l'ensemble des ressources perçues par l'entreprise.

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

Elle en vient à l'amendement AS140 de M. Bernard Perrut.

M. Bernard Perrut. Il s'agit d'aller vers un nouveau mode d'évaluation en substituant à la politique traditionnelle de fixation d'un prix de référence par le CEPS la détermination d'un prix différencié sur le fondement de l'efficacité constatée en vie réelle, grâce au Health Data Hub – celui-ci peut être contesté ou critiqué, mais le but de notre amendement est de susciter la réflexion et de connaître votre avis sur le sujet, monsieur le rapporteur général.

M. le rapporteur général. Il me semble très prématuré de refonder entièrement notre politique de fixation du prix du médicament sur la seule notion de données de santé en vie réelle. La fixation du prix doit rester liée avant tout au service médical rendu tel qu'apprécié par la HAS. Commençons par utiliser systématiquement ces données en vie réelle pour les médicaments en accès précoce, ainsi que le prévoit le texte.

Demande de retrait ou avis défavorable.

L'amendement est retiré.

La commission examine, en discussion commune, l'amendement AS171 de M. Pierre Dharréville, les amendements identiques AS316 de M. Stéphane Viry, AS592 de Mme Isabelle Valentin, AS613 de Mme Annie Chapelier et AS749 de M. Joël Aviragnet, les amendements identiques AS317 de M. Stéphane Viry et AS593 de Mme Isabelle Valentin ainsi que l'amendement AS380 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Pierre Dharréville. M. Perrut a soulevé à l'instant une question importante en abordant le mode de fixation des prix, même si je ne suis pas nécessairement d'accord avec sa proposition. La décorrélation totale entre les prix et les coûts de production et de recherche n'est pas le moindre des problèmes en la matière ; ce point mériterait une discussion plus approfondie.

Reprenant une recommandation de la Cour des comptes, notre amendement vise à instaurer une obligation de révision périodique des prix des médicaments par le CEPS afin de diminuer les rentes de l'industrie pharmaceutique. J'appelle d'ailleurs votre attention sur la faiblesse des moyens dont le CEPS dispose pour assurer ses missions. Quoi qu'il en soit, il est absolument nécessaire que les prix soient régulièrement révisés ; nous l'avons constaté au sujet des dispositifs médicaux dans le cadre d'une récente mission d'information.

Mme Isabelle Valentin. Reprenant une recommandation de la Cour des comptes, les amendements AS316 et AS592 visent à déterminer légalement les conditions de déclenchement de la révision des prix dans trois cas : au bout de cinq ans pour les médicaments les plus innovants soumis à la garantie de prix européen, au bout de trois ans pour les autres, et en cas d'extension de l'indication thérapeutique.

Mme Delphine Bagarry. Je défends l'amendement AS613. Nous nous félicitons la semaine dernière des travaux de la Cour des comptes ; quand celle-ci nous adresse des recommandations, il serait bon que nous les suivions.

Mme Isabelle Valentin. Les amendements AS317 et AS593 sont des amendements de repli qui visent à déterminer légalement les conditions de déclenchement de la révision des prix au bout de cinq ans au plus tard.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Aux termes de mon amendement, la fixation des prix doit être repensée et tenir compte de certains paramètres. Il y a urgence : la France est passée en dix ans du premier au quatrième rang des producteurs européens de médicaments et, sur les 315 nouveaux médicaments autorisés en Europe entre 2016 et 2019, 25 seulement étaient produits sur le territoire français.

M. le rapporteur général. Bien qu'ils s'inspirent d'une recommandation de la Cour des comptes, les amendements ne me convainquent pas. D'abord, la loi

prévoit déjà la possibilité de réviser le prix des médicaments et, en pratique, le CEPS le renégocie très fréquemment, notamment, bien sûr, en cas d'extension de l'indication thérapeutique : si la population visée s'étend, le prix doit évidemment baisser.

Dans le tableau d'économies annexé au PLFSS, sur les 3,9 milliards d'euros d'économies prévus, 640 millions portent sur le prix du médicament. Pour atteindre cet objectif, le CEPS sera obligé de renégocier une partie des prix, surtout ceux des médicaments les moins innovants et les plus anciens. En introduisant des délais dans la loi, on pourrait, de manière contre-productive, donner des arguments juridiques aux entreprises qui ne souhaitent pas voir le prix révisé avant l'échéance : elles risquent de demander que le délai de cinq ans soit inscrit dans l'accord-cadre avec le CEPS, qui perdrait alors des marges de négociation.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Dans mon amendement, par exemple, il s'agit d'un délai de trois ans « au plus tard ». Cela devrait suffire à répondre à votre objection, monsieur le rapporteur général.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Et le mien ne parle pas du tout de cela !

M. le rapporteur général. Pardonnez-moi, madame Firmin Le Bodo. Mon avis sur votre amendement est également défavorable, car le CEPS doit se concentrer sur l'évaluation du service médical rendu lorsqu'il fixe le prix.

La commission rejette successivement les amendements.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette ensuite l'amendement AS318 de M. Stéphane Viry.

Puis elle est saisie de l'amendement AS172 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Cet amendement reprend une proposition d'un rapport d'information de Julien Borowczyk et de moi-même, datant de mars 2019 et relatif aux dispositifs médicaux. Nous avons en évidence des défaillances dans le fonctionnement de la liste « en sus », qui concerne les dispositifs médicaux innovants. Faute d'une actualisation régulière de la liste, certains dispositifs médicaux devenus d'utilisation commune continuent d'être pris en charge à des tarifs d'exception. Nous demandons que la liste soit actualisée chaque année.

M. le rapporteur général. Nous avons déjà examiné cet amendement l'année dernière. Même si je partage, en partie, votre raisonnement, l'actualisation de la liste en sus, pour radier les produits anciens et peu innovants, doit aussi se faire à la lumière de la capacité des établissements à absorber le coût de ces dispositifs médicaux. Votre amendement conduirait à la situation suivante si de tels produits sont rayés de la liste en sus : soit l'établissement a assez de marge de manœuvre pour les prendre en charge dans le cadre des tarifs groupes homogènes de séjours,

soit il risque de ne plus les fournir, et c'est alors le patient qui pourrait y perdre. Une question de continuité des soins se pose donc.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Une actualisation annuelle ne conduirait pas automatiquement à la disparition des dispositifs médicaux de la liste. Par ailleurs, si les budgets des hôpitaux ne sont pas suffisants pour assurer une bonne prise en charge, c'est un autre problème que nous avons déjà abordé : celui des moyens de l'hôpital public, qui doivent permettre de prendre en charge les soins dans leur globalité, y compris les dispositifs médicaux. On ne peut pas utiliser votre argument pour renoncer à mettre à jour la liste – s'il y a un dysfonctionnement, ce n'est pas la bonne manière de le traiter.

La commission rejette l'amendement.

Mme Audrey Dufeu, présidente. Chers collègues, nous avons examiné 73 amendements en deux heures. Il nous en reste donc 97. Si nous continuons au rythme actuel, nous pouvons espérer finir nos travaux sur ce texte vers 2 heures du matin. Nous pourrions accélérer un peu sur certains amendements. Je vous propose de refaire un point dans une demi-heure.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement AS931 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Elle examine ensuite les amendements AS1173 de Mme Caroline Fiat et AS1175 de M. Michel Larive.

Mme Caroline Fiat. Par l'amendement AS1173, inspiré des travaux de l'observatoire de la transparence dans les politiques du médicament, nous demandons que le mécanisme de la licence d'office soit automatiquement enclenché en cas d'informations insuffisantes. Il ne s'agit pas, comme le rapporteur général l'avait mal compris l'année dernière, d'inscrire dans la loi ce dispositif puisqu'il existe déjà dans notre droit, mais de l'utiliser automatiquement en cas de manque de transparence de la part des industriels.

Je présente également l'amendement AS1175. Les États membres de l'OMS, dont la France, se sont engagés en mai 2019 à assurer de la transparence sur les différents aspects des politiques du médicament. L'absence de transparence a, en effet, des conséquences néfastes sur la recherche et le développement : soumis à des logiques de marché, d'offre et de demande, les médicaments et les produits de santé dont nous avons besoin peinent à arriver. L'opacité a également des conséquences sur notre système de santé : l'explosion des prix des médicaments et des produits de santé met en danger l'assurance maladie, fondée sur la solidarité et l'accès universel aux soins.

M. le rapporteur général. Comme vous l'avez souligné, le mécanisme auquel fait référence l'amendement AS1173 est déjà prévu par la loi. Il n'est pas nécessaire de l'inscrire dans le code de la sécurité sociale.

L'amendement AS1175 est satisfait. Le droit en vigueur va même plus loin que ce que vous demandez : le CEPS – et donc la puissance publique – a la main sur la fixation des prix.

J'émet donc un avis défavorable à ces deux amendements.

Mme Caroline Fiat. Afin de ne pas retarder nos travaux, je rappelle seulement, en vue de la séance, que je vous avais demandé de ne pas faire la même erreur que celle commise l'année dernière en me répondant que cela figure déjà dans la loi.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle examine en discussion commune les amendements identiques AS113 de M. Vincent Descoeur, AS669 de Mme Josiane Corneloup et AS840 de M. Bernard Perrut ainsi que les amendements AS96 de M. Yves Daniel et AS934 de M. Pierre Dharréville.

Mme Isabelle Valentin. Le parcours de soins des Français change et se diversifie. D'une médecine excessivement curative, hospitalo-centrée et fondée principalement sur les traitements médicamenteux, la société française voit poindre une nouvelle vision de la santé, bien plus préventive, qui englobe des activités paramédicales et complémentaires aux traitements – sport-santé, comportements alimentaires vertueux mais aussi méditation et thérapies de gestion du stress et des troubles de l'anxiété – et qui donne pleinement sa place au patient, dans le cadre d'une automédication responsable ou encore de la pharmacovigilance. Le patient verra son rôle s'accroître dans les années à venir dans la mesure où la digitalisation du suivi médical renforcera la place de ses « retours » dans le dialogue entre professionnels de santé.

Qu'il s'agisse d'anticiper des maladies chroniques ou de compléter leur traitement, de mieux préparer certains dépistages, comme celui du cancer du sein, d'améliorer les soins de suite, d'accompagner le grand âge ou d'atténuer des souffrances certes non invalidantes mais pénalisantes pour la vie sociale qui sont de plus en plus fréquentes chez les actifs, des traitements plus ou moins récents occupent une place qui doit être reconnue par l'assurance maladie.

C'est d'autant plus nécessaire que des flux d'informations de plus en plus nombreux et souvent contradictoires instillent une confusion certaine chez nos concitoyens, conduisant au rejet des expertises scientifiques, à la contestation de soins tels que la vaccination ou les traitements anticancéreux, à l'émergence de thérapies paramédicales peu voire pas contrôlées ou encore, dernièrement, au refus du port du masque au motif qu'il serait contre-productif. L'insertion des médecines complémentaires, et plus spécifiquement des médicaments non conventionnels,

dans les nomenclatures de l'assurance maladie permettrait de mieux orienter les patients. C'est pourquoi nous avons déposé les amendements AS113 et AS669.

M. Bernard Perrut. L'amendement AS840 n'est pas anodin : il tend à créer un organisme chargé d'évaluer les médecines complémentaires et alternatives, dont l'homéopathie, et de se prononcer sur un taux de remboursement afin de tenir compte des traitements adoptés par un nombre croissant de patients, dès lors qu'il existe un bénéfice médico-social reconnu. Le parcours de santé des Français évolue – cela vient d'être dit : d'une médecine exclusivement curative, on passe de plus en plus à une nouvelle vision de la santé, bien plus préventive. Nous attendons des réponses, en particulier sur la prise en compte de certains médicaments qui ne sont plus remboursés.

M. Yves Daniel. Mon amendement demande au Gouvernement de remettre un rapport sur l'usage de l'homéopathie, la pertinence de son remboursement au regard de son efficacité thérapeutique et préventive réelle et des coûts pour la sécurité sociale.

Le Gouvernement a décidé, en juillet 2019, de procéder à un déremboursement intégral des traitements homéopathiques à compter du 1^{er} janvier 2021. Pourtant, l'homéopathie contribue à diminuer la consommation de médicaments et donc à combattre l'antibiorésistance, qui est reconnue au niveau national comme un problème majeur en matière de santé humaine et animale. Par ailleurs, l'homéopathie participe pleinement à la lutte contre la polymédication.

Chaque jour, environ 4 000 médecins prescrivent en première intention des traitements homéopathiques, d'une façon experte. Un médecin généraliste sur trois affirme prescrire quotidiennement des médicaments homéopathiques et 74 % de leurs utilisateurs les jugent efficaces.

Le déremboursement intégral de l'homéopathie entraînera, de fait, un fort pourcentage de report vers la médecine traditionnelle, qui est plus coûteuse et présente davantage de risques d'effets secondaires indésirables, et cela pénalisera l'équilibre des comptes de la sécurité sociale.

Enfin, il est intéressant de noter qu'un de nos proches voisins européens, reconnu entre autres pour la rigueur de la gestion de ses finances et pour le sérieux de son système de santé et de soins, l'Allemagne, a décidé après avoir eu des débats similaires au nôtre de maintenir le remboursement de l'homéopathie. Il en est de même en Suisse, où a été réalisée une étude qui apporte des éléments intéressants quant à l'intérêt de l'homéopathie.

Ne me parlez pas, s'il vous plaît, de placebo. Je soigne moi-même des animaux d'élevage grâce à l'homéopathie depuis vingt-cinq ans. Si ce n'était pas efficace, il y a longtemps que j'aurais arrêté.

M. Pierre Dharréville. Mon amendement demande la remise d'un rapport sur la pertinence du déremboursement des médicaments homéopathiques.

M. le rapporteur général. J'aimerais pouvoir m'exprimer longuement sur ce sujet, car il y aurait beaucoup à dire, mais je vais tâcher d'être concis.

Vous souhaitez qu'un organe indépendant, dont les membres seraient notamment choisis en raison de leurs compétences scientifiques, évalue les bienfaits des thérapeutiques alternatives, notamment l'homéopathie. C'est précisément le rôle de la HAS, en qui j'ai pleine confiance et dont le modèle est envié par d'autres pays.

Par ailleurs, le Gouvernement a proposé le déremboursement de l'homéopathie pour des raisons extrêmement claires et très étayées scientifiquement, par des centaines d'études. Dérembourser les médicaments qui n'ont aucune efficacité prouvée permet de donner à l'assurance maladie davantage de marges de manœuvre pour rembourser des médicaments innovants.

Par conséquent, avis défavorable.

M. Yves Daniel. Nous aurions aussi beaucoup de choses à dire, monsieur le rapporteur général. S'il n'y a pas de preuve scientifique de l'efficacité de l'homéopathie, il n'en existe pas du contraire non plus. C'est pourquoi nous proposons de poursuivre les recherches et d'évaluer l'intérêt général de cette médecine complémentaire.

La commission rejette successivement les amendements.

Article 39

Renforcer la qualité des prestations de soins à domicile

La commission examine en discussion commune les amendements identiques AS788 de M. Bernard Perrut et AS930 de Mme Agnès Firmin Le Bodo ainsi que l'amendement AS865 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Bernard Perrut. L'article 39 mettra en place une certification obligatoire des prestataires de santé à domicile sur la base d'un référentiel des bonnes pratiques professionnelles de ces acteurs et des distributeurs de matériels, qui sera rendu public par la HAS au plus tard le 31 décembre 2021. Une telle certification est utile car elle renforcera la qualité de la prestation de distribution de matériel et conditionnera la prise en charge par l'assurance maladie des prestations et des produits concernés. Cela correspond à une des recommandations formulées par l'IGAS dans un rapport sur ce secteur. Celui-ci, composé d'environ 2 500 entreprises, est indispensable pour les patients.

Un délai d'un an n'est pas suffisant pour permettre la mise en œuvre de la certification de l'ensemble des entreprises de prestation de service et de distribution de matériel d'une manière satisfaisante. Elles ne sont pas opposées à l'évolution qui est prévue, bien évidemment, mais il faut leur donner un peu plus de temps. C'est pourquoi je propose, par l'amendement AS788, que le dispositif entre en vigueur le

31 janvier 2024. Nous pourrions peut-être adopter une date intermédiaire, mais il faut faire en sorte que la certification soit bien mise en œuvre, pour rassurer l'ensemble de nos concitoyens qui font appel à ces entreprises.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. La certification est un gage de qualité. Les acteurs concernés ne sont absolument pas opposés à cette démarche, mais un délai d'un an paraît trop court sachant qu'il y a 2 500 entreprises dans ce secteur et dix entreprises de certification. L'amendement AS930, identique au précédent, tend donc à décaler l'entrée en vigueur du dispositif au 31 décembre 2024 – et non au 31 janvier comme l'a dit M. Perrut.

Nous avons déposé l'amendement AS865 en guise de repli. L'entrée en vigueur aurait lieu dix-huit mois après la publication du référentiel des bonnes pratiques professionnelles.

M. le rapporteur général. Je comprends vos préoccupations. Je pense néanmoins que l'amélioration de la qualité des prestations de soins à domicile doit constituer une priorité et qu'il faut responsabiliser dès maintenant l'ensemble des acteurs. Je précise que l'IGAS n'a pas préconisé une entrée en vigueur en 2024 mais au plus tard à cette date – et en 2023 pour certaines prestations.

Avis défavorable à l'ensemble de ces amendements.

M. Philippe Vigier. Personne ici ne peut être opposé à l'idée d'exiger des prestataires de services qu'ils respectent des bonnes pratiques professionnelles. Je voudrais simplement rappeler les difficultés que nous avons connues il y a quelques années lorsque nous avons lancé l'accréditation des laboratoires de biologie médicale, et poser au rapporteur général les questions suivantes. Quel sera l'organisme habilité à contrôler le processus et quels seront ses moyens ? Si l'on impose la certification des prestataires, il y aura des audits : dans quelles conditions auront-ils lieu, et a-t-on une idée du coût que cela représentera ? Par ailleurs, les référentiels seront-ils les mêmes pour toutes les entreprises ? Ils sont différents en ce qui concerne la biologie médicale.

La précaution que M. Perrut et Mme Firmin Le Bodo proposent de prendre, en fixant un délai plus long, permettrait de répondre à ces questions en amont et non comme nous l'avons fait précédemment : nous avons dit qu'il fallait accréditer, mais nous avons laissé ouverte la question de l'organisme compétent. Celui-ci est complètement débordé, incapable de travailler de bonnes conditions. Il a demandé des moyens complémentaires, qui n'ont pas toujours été accordés, et les réponses sont disparates selon les territoires. Si nous voulons de la qualité, cela doit être pour tout le monde, et il faut se donner du temps. C'est une question extraordinairement importante. Le projet de loi va dans le bon sens, mais nous devons prendre quelques précautions.

M. le rapporteur général. Vos questions sont bonnes : je les ai moi-même posées au Gouvernement, mais je n'ai pas encore eu l'ensemble des réponses. Je vous propose de revenir sur ce sujet en séance publique, avec le ministre.

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

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS64 de Mme Marine Brenier.

Mme Isabelle Valentin. Les prestataires de services à domicile assurent aux patients en situation de dépendance, de handicap ou de maladie la mise à disposition de dispositifs médicaux et de services nécessaires à leur prise en charge médicale ou paramédicale. Des prestations variées, allant d'une simple livraison au suivi d'un traitement, peuvent être assurées.

Le travail de ces acteurs a permis de libérer des lits, en particulier pendant la crise du covid-19, en assurant un retour à domicile anticipé de patients hospitalisés. La continuité des soins à domicile a également été maintenue. Ces prestataires joueront un rôle encore plus vital dans l'avenir, compte tenu de l'augmentation du nombre des affections de longue durée et de l'espérance de vie.

L'absence de reconnaissance claire du statut de ces acteurs conduit à oublier leur rôle-clé dans l'organisation du système de soins. Nous devons clarifier leur positionnement et leur statut dans le paysage de la santé. Tel est l'objet de notre amendement, qui vise à intégrer les prestataires de santé à domicile dans le code de la santé publique.

M. le rapporteur général. Votre amendement n'a pas de réelle portée législative. Nous débattons du périmètre des missions des prestataires de soins à domicile lorsque nous examinerons – dans quelques mois – le projet de loi relatif à l'autonomie. Je vous suggère de retirer l'amendement, sans quoi j'émets un avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 39 sans modification.*

Après l'article 39

La commission examine l'amendement AS484 de Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. Nous proposons une expérimentation relative aux dialyses à domicile pour le traitement des maladies rénales chroniques et de l'insuffisance rénale chronique terminale. Un nombre croissant de patients sont concernés, notamment du fait du vieillissement de la population. L'insuffisance rénale est principalement causée par l'hypertension et le diabète.

Les modes de dialyse dans les centres et les unités de dialyse médicalisés sont les plus lourds et les plus contraignants pour les patients, ainsi que les plus coûteux selon un rapport de la Cour des comptes publié en février dernier – les patients bénéficient d'une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie des dépenses se rapportant à cette pathologie, classée parmi les affections de longue durée.

Dans son rapport de 2015 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour a recommandé le développement de la dialyse à domicile, mais moins de 8 % des patients en bénéficient. Par cet amendement, mon groupe demande une expérimentation d'une durée de cinq ans dans des territoires volontaires, afin d'inciter à la réalisation de dialyses à domicile. C'est d'autant plus utile que cela permet de préserver une meilleure qualité de vie – on peut ainsi mieux concilier le traitement avec sa vie familiale et professionnelle.

M. le rapporteur général. Je ne comprends pas bien l'objectif de l'expérimentation que vous proposez. La dialyse à domicile est déjà un mode de prise en charge autorisé. Je vous propose donc de retirer l'amendement.

Mme Valérie Six. Je le représenterai autrement en séance.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie de l'amendement AS415 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Je propose, en m'inspirant des recommandations de la Cour des comptes et pour faire plaisir au rapporteur général, qu'un rapport sur l'évolution des dépenses et des prescriptions de dispositifs médicaux nous soit remis. La Cour a demandé qu'on envisage une réforme de la régulation dans ce domaine, notamment par l'élaboration d'une trajectoire pluriannuelle.

Un rapport permettrait d'avoir un diagnostic plus précis. Je rappelle que l'assurance maladie finance tout un ensemble de dispositifs médicaux, à hauteur de 15 milliards d'euros. Ce montant connaît une augmentation rapide, ce qui ne va pas sans susciter des inquiétudes, d'autant que les modes de régulation ne sont pas toujours complets.

M. le rapporteur général. Je partage le souhait de mieux réguler les dépenses et les prescriptions en la matière, mais je pense que tout dépend du contexte, en particulier l'évolution des volumes, la régulation antérieure et les innovations. J'ajoute que des collègues se sont intéressés aux dispositifs médicaux ces derniers mois. Je vous suggère de retirer cet amendement d'appel et de le redéposer en séance pour interroger le ministre.

L'amendement est retiré.

Mme Audrey Dufeu, présidente. Chers collègues, il nous reste 82 amendements à examiner. J'appelle les chefs de file des différents groupes politiques à me rejoindre pour faire le point sur la suite de nos travaux.

La réunion, suspendue à minuit, est reprise à minuit cinq.

Mme Audrey Dufeu, présidente. Nous avons convenu de terminer l'examen du texte ce soir.

Article 40

Simplification du pilotage de la complémentaire santé solidaire

La commission examine en discussion commune l'amendement AS608 de Mme Michèle de Vaucouleurs ainsi que les amendements identiques AS90 de M. Bernard Perrut, AS224 de M. Thibault Bazin, AS860 de Mme Gisèle Biémouret et AS924 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Cet amendement vise à créer un comité consultatif sur la complémentaire santé solidaire afin d'associer des personnes intéressées à la prise en charge des publics.

La gouvernance actuelle du fonds, géré par un établissement public administratif, permet d'associer différents acteurs dans le cadre du conseil de surveillance – notamment des membres du Parlement et des représentants d'associations œuvrant dans le domaine de la lutte contre l'exclusion, des régimes obligatoires d'assurance maladie et de fédérations d'organismes complémentaires. Les partenaires ainsi associés à la gouvernance peuvent faire les propositions qui leur paraissent pertinentes quant aux orientations à prendre afin d'améliorer l'accès à la santé des bénéficiaires.

Il est important que l'assurance maladie et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui gèreront désormais le dispositif, préservent cette richesse de vues grâce à un comité consultatif intégrant notamment des représentants des usagers, des associations de lutte contre l'exclusion et des fédérations de complémentaire santé qui sont parties prenantes sur le plan budgétaire.

M. Bernard Perrut. Mon amendement vise à réintégrer dans la loi un espace de communication et de concertation, tout en restant prudent : le but est de simplifier le fonctionnement.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

M. Philippe Vigier. Le rapporteur général peut-il nous donner une explication ?

M. le rapporteur général. Oui, en restant concis : il n'est pas nécessaire de passer par la loi pour créer un comité de suivi et prévoir sa composition.

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

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS996 de Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Une des missions du fonds de la complémentaire santé solidaire, tel qu'il a été créé en 1999, était de suivre et d'analyser le fonctionnement des dispositifs existants et de formuler des propositions d'amélioration.

Au-delà des évaluations périodiques sur l'activité du fonds, sur le prix et le contenu des contrats ainsi que sur les dépenses moyennes des bénéficiaires, de très nombreuses études ont été réalisées sur les bénéficiaires, le non-recours, les discriminations, la situation des étudiants, l'accès aux soins et à la santé, ou encore la fin de vie et la grande précarité. Ces travaux ont associé des acteurs aussi variés que le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie, l'IGAS, l'Union nationale des centres communaux d'action sociale, l'École nationale supérieure de sécurité sociale, les universités, l'Agence nationale de lutte contre l'illettrisme et la Croix-Rouge française.

Les travaux qui ont ainsi été publiés ont apporté une réelle plus-value. Nous proposons que le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur les bonnes pratiques du fonds en la matière, dans la perspective de poursuivre, éventuellement, la même dynamique dans le cadre de la nouvelle entité gestionnaire.

M. le rapporteur général. Il est utile de s'inspirer des bonnes pratiques pour la nouvelle gouvernance. Néanmoins, je ne pense pas qu'un rapport sur ce sujet soit utile : les échanges de bonnes pratiques peuvent se faire d'une manière informelle ; par ailleurs, les rapports d'activité du fonds, très détaillés, décrivent un certain nombre de bonnes pratiques. Je vous suggère de retirer votre amendement, sans quoi j'émettrai un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 40 sans modification.

Après l'article 40

La commission examine l'amendement AS610 de Mme Isabelle Valentin.

Mme Isabelle Valentin. Cet amendement a pour objectif de simplifier l'accès à la couverture complémentaire santé et son renouvellement en ce qui concerne les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), au moyen d'une étude automatique. Cette disposition s'inspire de ce qui est déjà prévu pour les bénéficiaires du RSA.

M. le rapporteur général. Je vous propose de retirer votre amendement ; sinon, j'émettrai un avis défavorable. Un renouvellement systématique poserait une difficulté sur le plan opérationnel. S'il est possible de présumer de l'éligibilité des bénéficiaires du RSA à la complémentaire santé solidaire, car les bases des ressources sont très proches, c'est moins évident pour les bénéficiaires de l'AAH : les bases des ressources présentent plus de différences. En outre, il est possible de cumuler l'AAH avec des revenus d'activité : le fait qu'une personne bénéficie de cette allocation ne garantit pas que le plafond de ressources applicable à la complémentaire santé solidaire n'est pas dépassé.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS597 de Mme Fiona Lazaar.

Mme Fiona Lazaar. La crise que traverse notre pays est particulièrement difficile pour les plus vulnérables. Cette situation exige, plus que jamais, que nos mécanismes de solidarité nationale soient effectifs et pleinement utilisés par les personnes qui ont le droit d'y recourir. La lutte contre le non-recours, qui fait partie de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté, doit être une priorité absolue de la relance. Il s'agit, pour reprendre les mots du Président de la République, de passer de « droits formels » à des « droits réels ».

La complémentaire santé solidaire, qui donne droit à une prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé, y compris à l'hôpital, est accessible sous conditions de ressources, et les bénéficiaires du RSA y sont éligibles. En pratique, toutefois, beaucoup de bénéficiaires du RSA et plus largement beaucoup de personnes en situation de précarité qui sont éligibles n'engagent pas les démarches nécessaires. Le non-recours est intrinsèquement lié au caractère « quérable » du dispositif, et peut s'expliquer par un manque de connaissance des dispositifs existants, par des difficultés à entreprendre les démarches ou même, parfois, par la honte que peuvent ressentir certaines personnes en situation de pauvreté à l'idée de demander à bénéficier de leurs droits.

Le présent amendement vise à créer des droits effectifs grâce à une automatisation de l'attribution de la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires du RSA, conformément aux recommandations du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

M. le rapporteur général. Les allocataires du RSA ont droit à bénéficier de la complémentaire santé solidaire sans être redevables d'une participation financière. Depuis le 1^{er} avril 2019, le renouvellement de la complémentaire santé solidaire a été automatisé pour ces personnes : elles sont dispensées d'effectuer une demande spécifique chaque année, mais doivent néanmoins faire une première demande. Il me semble compliqué de prévoir une attribution automatique car les assurés doivent choisir l'organisme gestionnaire. Je vous propose donc de retirer votre amendement.

L'amendement est retiré.

Article 41

Modernisation du financement des syndicats des professionnels de santé libéraux

La commission examine les amendements identiques AS34 de Mme Valérie Six, AS405 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS671 de Mme Josiane Corneloup.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Une contribution versée à une union régionale des professionnels de santé doit rester entre ses mains et il n'y a pas lieu de syndiquer des personnes à leur insu.

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

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission **rejette** ensuite les amendements identiques AS311 de M. Stéphane Viry et AS675 de Mme Josiane Corneloup.*

*Puis la commission **adopte** l'article 41 sans modification.*

Article 42

Isolement et contention

La commission examine l'amendement AS1242 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. L'article 42 précise que la durée initiale d'une mesure d'isolement ou de contention est de douze ou de six heures : il doit évidemment s'agir d'une durée maximale. Mon amendement est pratiquement rédactionnel.

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

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS538 de Mme Delphine Bagarry.

Mme Fiona Lazaar. Par parallélisme des formes avec les mesures de contention, nous proposons de plafonner à vingt-quatre heures la durée des mesures d'isolement qui pourraient être prises sans saisine du juge des libertés et de la détention.

M. le rapporteur général. La rédaction du projet de loi me paraît atteindre un juste équilibre entre les droits fondamentaux des patients et la réalité du quotidien à l'hôpital psychiatrique. Il faut garantir les droits des patients sans empêcher les médecins psychiatres de faire leur travail et de prendre parfois de telles mesures, en dernier recours, quand elles sont nécessaires, étant entendu qu'elles concernent des patients en hospitalisation complète sans consentement. J'émet donc un avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Puis elle examine l'amendement AS1243 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Le devoir de saisir le juge des libertés et de la détention, dévolu au médecin, devrait être transféré au directeur de l'établissement, préalablement informé par le médecin.

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

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS115 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. La réécriture de cette disposition affaiblit le contrôle du juge des libertés et de la détention (JLD) sur les mesures d'isolement et de contention – par nature attentatoires aux libertés –, puisqu'il faudra désormais que le patient ou ses proches saisissent le juge pour contester le maintien en isolement, avec ou sans contention.

Seul un contrôle systématique du juge judiciaire peut permettre de garantir les droits de la défense et les libertés. Cet amendement prévoit donc de rendre automatique la saisine du JLD, dès lors qu'une mesure de renouvellement de la contention est décidée par le médecin.

M. le rapporteur général. Il est faux de dire que l'article affaiblit le contrôle sur les mesures d'isolement et de contention puisque, précisément, il crée ce contrôle.

Cette question a donné lieu à des jurisprudences divergentes, mais la Cour de cassation a fini par juger en 2019 que les mesures d'isolement et de contention constituaient des modalités de soins, et qu'elles ne relevaient pas de l'office du JLD. Le contrôle par le juge judiciaire des mesures de contention et d'isolement, prévu par l'article 42, vient combler une lacune.

M. Pierre Dharréville. J'ai été saisi par des avocats de cette question importante. La nouvelle faculté créée par l'article 42 ne règle en rien le problème : la saisine doit être automatique.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Puis elle examine l'amendement AS1244 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. L'article 42 prévoit que l'audition par des procédés audiovisuels du patient ou du demandeur – un proche ou le procureur de la République –, ne peut être réalisée que si un avis médical atteste que son état mental n'y fait pas obstacle. Je vous propose de corriger cette erreur et de préciser que l'avis médical ne concerne, évidemment, que le patient hospitalisé.

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

*Puis elle **adopte** l'article 42 **modifié**.*

Avant l'article 43

La commission examine les amendements identiques AS465 de M. Pascal Brindeau et AS489 de M. Patrick Hetzel.

M. Thibault Bazin. Cet amendement, comme les suivants, est issu des recommandations du rapport de la commission d'enquête relative à la lutte contre

les fraudes aux prestations sociales. Il vise à conférer aux agents des organismes de protection sociale des prérogatives d'officiers de police judiciaire, afin de leur permettre de procéder à l'audition libre de suspects.

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

Puis elle est saisie des amendements identiques AS466 de M. Pascal Brindeau et AS490 de M. Patrick Hetzel.

Mme Valérie Six. Le répertoire national commun de la protection sociale devrait permettre de retracer, par le numéro d'inscription au répertoire (NIR), l'ensemble des prestations sociales perçues tout au long de la vie du bénéficiaire.

Cet amendement AS466, issu de la recommandation n° 28 du rapport de la commission d'enquête, propose de faire remonter à cinq ans l'historique des prestations. Cette disposition permettrait de renforcer efficacement la lutte contre la fraude.

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

Elle examine ensuite les amendements identiques AS1 de M. Pascal Brindeau et AS884 de M. Patrick Hetzel.

Mme Valérie Six. Les demandeurs de prestations se voient attribuer un numéro d'identification d'attente (NIA) ; une fois qu'ils ont présenté les pièces justifiant de leur identité, un NIR leur est attribué. Si la dématérialisation a permis d'alléger la procédure pour les assurés, elle facilite la fraude documentaire ; dans certaines situations, le NIA peut devenir NIR, même si l'assuré n'a pas produit tous les documents demandés. Ces situations sont à l'origine de fraudes aux prestations sociales sans que le contrôle *a posteriori*, insuffisant, permette de les éviter.

Par cet amendement AS1, inspiré de la recommandation n° 4 du rapport de la commission d'enquête, nous proposons que les prestations versées à un bénéficiaire qui ne détiendrait pas de NIR, faute d'avoir pu produire les pièces justificatives, soient considérées comme indues.

M. le rapporteur général. Les personnes qui bénéficient d'une prise en charge par la sécurité sociale doivent pouvoir être identifiées ; les travaux de la Cour des comptes vont en ce sens.

Avis favorable.

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

Puis elle en vient à l'amendement AS13 de M. Pascal Brindeau.

Mme Valérie Six. Dans le cadre de leur mission parlementaire sur la fraude sociale, Nathalie Goulet et Carole Grandjean ont estimé à 2,6 millions le nombre de cartes vitale actives surnuméraires. Une carte active est une carte sur laquelle des droits à remboursement sont ouverts, mais qui n'a pas été désactivée ou mise en opposition.

La durée de validité de la carte Vitale n'est pas coordonnée avec la durée des droits du porteur, la durée de séjour ne figurant pas toujours dans les bases de données de l'assurance maladie.

Cet amendement, inspiré de la recommandation n° 4 du rapport de la commission d'enquête, vise à préciser que la carte Vitale est valable durant la durée des droits de son porteur.

M. le rapporteur général. Les cartes vitales n'ont pas de durée de validité car elles ne sont que le support de droits ouverts à l'assurance maladie. Toutefois, il est vrai que des cartes auxquelles sont associés des droits ouverts peuvent être usurpées. C'est pourquoi, en particulier depuis l'intégration du Régime social des indépendants au régime général, l'assurance maladie s'est engagée dans un processus de fiabilisation des cartes. Ce travail consistant à réduire le nombre de cartes surnuméraires en circulation porte ses fruits ; il convient de le poursuivre.

Avis favorable.

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

Puis elle examine l'amendement AS885 de M. Patrick Hetzel.

M. Thibault Bazin. Nous proposons que les caisses nationales élaborent des évaluations triennales sur les prestations indûment versées.

M. le rapporteur général. Je suis plus réservé sur cet amendement. Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Elle en vient à l'examen des amendements identiques AS469 de M. Pascal Brindeau et AS495 de M. Patrick Hetzel.

Mme Valérie Six. Il est surprenant de constater que certains professionnels de santé peuvent bénéficier de remboursements de l'assurance maladie sans être inscrits à l'ordre dont ils dépendent. Par cet amendement AS469, inspiré de la recommandation n° 39 du rapport de la commission d'enquête, nous proposons de conditionner les remboursements à une inscription à l'ordre.

M. le rapporteur général. À vrai dire, je pensais que c'était déjà le cas. On m'a dit, depuis, que le président de l'ordre des infirmiers avait affirmé le contraire lors de son audition.

Avis favorable.

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

Puis elle examine l'amendement AS603 de M. Frédéric Petit.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Les certificats d'existence permettent aux citoyens établis à l'étranger, percevant une retraite de source française, de toucher leur pension chaque mois. La transmission du certificat en dehors des délais fixés – jugés trop courts par les intéressés – entraîne l'interruption du versement de la retraite.

L'article 83 de la LFSS 2013 permet aux caisses de retraite de mutualiser la gestion des certificats d'existence. De son côté, le GIP Union Retraite a enclenché un processus de dématérialisation et de centralisation des envois et réceptions de certificats. Toutefois, la mutualisation demeure insuffisante et les difficultés administratives persistent.

Cet amendement propose de rendre obligatoire la mutualisation de la gestion des certificats d'existence.

M. le rapporteur général. Cette mutualisation est, depuis 2019, une réalité pour les caisses qui font partie du GIP Union Retraite. Prévoir une obligation dans la loi risquerait de créer des effets de bord pour les caisses qui n'ont pas encore rejoint le groupement. Je vous suggère de retirer cet amendement.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS474 de M. Pascal Brindeau et AS500 de M. Patrick Hetzel.

M. Thibault Bazin. Il convient de vérifier l'identité et l'existence des bénéficiaires de prestations sociales résidant à l'étranger.

Cet amendement AS500, inspiré de la recommandation n° 55 du rapport de la commission d'enquête, vise à préciser que les prestations délivrées par les organismes de sécurité sociale sont versées sur des comptes bancaires domiciliés en France ou, à défaut, dans un État membre de l'Union européenne.

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

Puis elle examine les amendements identiques AS468 de M. Pascal Brindeau et AS493 de M. Patrick Hetzel.

Mme Valérie Six. Alors que la dématérialisation permettrait de bloquer de nombreux mécanismes de fraude, notamment le trafic d'ordonnances et de médicaments, ce chantier, engagé il y a une dizaine d'années, n'a pas encore abouti. Il convient de veiller à la bonne application des dispositions de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Cet amendement AS468, inspiré de la recommandation n° 38 du rapport de la commission d'enquête, prévoit que la dématérialisation sera effective au 31 décembre 2021.

M. le rapporteur général. La loi de 2019 prévoit en effet que cette dématérialisation sera réalisée à l'horizon 2022. Ces amendements étant satisfaits, je vous propose de les retirer.

Les amendements identiques sont retirés.

La commission en vient à l'amendement AS464 de M. Pascal Brindeau.

Mme Valérie Six. Les travaux de la CNAF pour lutter contre la fraude devraient être accessibles aux citoyens, en toute transparence.

Cet amendement, inspiré des recommandations n° 14 et n° 15 du rapport de la commission d'enquête, prévoit que les organismes nationaux des différents régimes de sécurité sociale publient un rapport annuel sur la fraude aux prestations sociales.

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

Elle examine ensuite l'amendement AS473 M. Pascal Brindeau.

Mme Valérie Six. Le versement des prestations sur un compte étranger peut soulever plusieurs difficultés, car il n'est pas toujours possible de vérifier que le compte appartient bien au bénéficiaire. Cela rend difficile la lutte contre le phénomène des « comptes collecteurs ».

La Cour des comptes précise d'ailleurs que les vérifications de coordonnées des comptes domiciliés à l'étranger sont très rares, alors que près de 4 milliards d'euros de retraites sont versés à des bénéficiaires installés hors de France chaque année.

Par cet amendement, inspiré des recommandations n°s 52 à 54 du rapport de la commission d'enquête, nous proposons que le Gouvernement remette un rapport évaluant la fraude aux prestations sociales versées aux personnes résidant à l'étranger et étudiant les mesures pour la combattre.

M. le rapporteur général. Certes, les fraudes existent à l'étranger, mais je doute que ce phénomène constitue une question prioritaire, compte tenu du volume des prestations. Cependant, je suis certain que les administrations prendront en compte les remarques de la Cour des comptes. Pour éviter que la LFSS 2021 ne ressemble à une encyclopédie en plusieurs volumes de demandes de rapports, j'émetts un avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Chapitre V

Dotations et objectifs de dépenses des branches et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 43

Dotation de l'assurance maladie au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (fonds pour la modernisation et l'investissement en santé) et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux et dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux agences régionales de santé

*La commission **adopte** l'article sans modification.*

Article 44

Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

*La commission **adopte** l'article sans modification.*

Après l'article 44

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission **rejette** successivement les amendements AS293 et AS362 de M. Stéphane Viry.*

Puis elle est saisie des amendements identiques AS121 de M. Pierre Dharréville, AS295 de M. Stéphane Viry et AS425 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Il s'agit d'introduire un mécanisme de régulation au sein du sous-objectif des soins de ville. En effet, les augmentations de tarifs pour l'exercice en ville ne sont pas soumises aux mêmes règles que les dépenses des établissements hospitaliers, aucun mécanisme de gel ne permettant de les contenir. Cette maîtrise insuffisante conduit à une mobilisation des mises en réserve des dépenses des établissements de santé, ce qui est injuste. Le sous-objectif n'est pas respecté et l'enveloppe des soins de ville profite chaque année de transferts de l'enveloppe des établissements hospitaliers. Il convient de rétablir l'équilibre entre les deux activités et d'interdire des dépassements excessifs, d'un côté comme de l'autre.

M. le rapporteur général. En effet, il existe depuis 2019 un mécanisme associant la médecine de ville à la régulation infra-annuelle des dépenses. Une réserve prudentielle pour les soins de ville, telle que vous souhaitez la créer, ne me paraît pas opportune, étant donné la spécificité du secteur.

Avis défavorable.

M. Jean-Louis Touraine. La Cour des comptes a dénoncé ce système, soulignant qu'il n'existait pas de contrôle de l'évolution des dépenses de santé en ville. Il conviendrait d'instaurer un mécanisme comparable à celui qui existe pour les dépenses des établissements de santé, et qui a fait ses preuves.

La commission rejette les amendements identiques.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS417 de M. Jean-Louis Touraine et AS485 de Mme Valérie Six.

M. Jean-Louis Touraine. Il s'agit de créer un indice qui tienne compte des spécificités des territoires pour adapter la répartition des fonds d'intervention régionaux en fonction des besoins des habitants. Les inégalités d'accès aux soins sont connues, ce mécanisme pourrait les corriger en partie.

M. le rapporteur général. Nous avons déjà débattu l'an dernier de cette proposition. J'estime que la voie réglementaire est suffisante, mais si vous pensez que la répartition des dotations n'est pas la bonne, je vous propose de retirer l'amendement et d'interroger le ministre en séance sur l'application de la circulaire.

La commission rejette les amendements identiques.

Puis elle est saisie des amendements identiques AS182 de M. Jean-Pierre Door, AS201 de M. Thibault Bazin, AS290 de M. Stéphane Viry, AS693 de M. Robin Reda et AS769 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Bernard Perrut. Le Ségur de la santé a conclu à la nécessité de revoir profondément la place, la régulation, les objectifs et les responsabilités de chacun dans le cadre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Nous proposons que le comité économique de l'hospitalisation publique et privée consulte les représentants des professionnels de santé en ville et des établissements de santé sur les objectifs stratégiques de l'ONDAM, sur la base des prévisions épidémiologiques et démographiques disponibles.

Conformément à l'esprit du « Ségur », cette discussion traduirait la sortie d'une logique comptable de l'ONDAM et l'adoption d'une logique médicalisée et de santé.

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

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette successivement les amendements identiques AS236 de M. Thibault Bazin, AS324 de M. Stéphane Viry, AS527 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS708 de M. Vincent Rolland, AS1018 de Mme Emmanuelle Anthoine et AS1122 de Mme Valérie Bazin-Malgras ainsi que les amendements AS346 et AS348 de M. Stéphane Viry.

Elle en vient à l'examen de l'amendement AS351 de M. Stéphane Viry.

M. Thibault Bazin. Nous proposons que le comité économique de l'hospitalisation publique et privée remette un rapport proposant des évolutions de l'ONDAM.

M. le rapporteur général. Une mission portant sur le même sujet a été confiée récemment au Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Demande de retrait.

L'amendement est retiré.

Article 45

Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et sous-ONDAM

La commission examine l'amendement AS114 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Il s'agit de critiquer la faiblesse de l'ONDAM en général, et du sous-ONDAM hospitalier en particulier, en faisant une proposition alternative.

M. le rapporteur général. Je ne suis pas favorable à cette proposition alternative. Le sous-ONDAM hospitalier connaît déjà une hausse inédite en 2021, et le montant du sous-ONDAM « soins de ville » ne me semble pas surcalibré.

Mme Perrine Goulet. J'entends la réponse de M. le rapporteur général mais j'appelle son attention sur l'annexe 7 : la partie tendancielle de l'ONDAM fait l'objet de mesures de régulation à hauteur de – 4 milliards d'euros. Il serait intéressant de savoir ce qu'elles recouvrent, alors qu'elles financeront les surcoûts liés au covid, évalués à 4,3 milliards.

En outre, en 2020, les surcoûts liés au covid sont estimés à 9,4 milliards d'euros. Je suis donc étonnée que seulement 4,3 milliards aient été budgétés pour 2021. Monsieur le rapporteur général, pourriez-vous éclaircir ce point ? Ce ne sera peut-être pas possible ce soir, mais je suis inquiète : ne va-t-on pas ponctionner ailleurs ?

M. Thibault Bazin. Je suis consterné : si même la majorité est inquiète, vous comprendrez que l'opposition, déjà très inquiète avant ces révélations, l'est

encore plus ! En outre, suite aux annonces de ce soir, le budget est à revoir, au niveau tant du PLFSS que du projet de loi de finances...

M. Philippe Vigier. Madame la présidente, je n'imagine pas que le rapporteur général ne nous apporte pas de réponse. Il s'agit d'un trompe-l'œil évident, qui nécessite des explications : 4 milliards, ce n'est pas une peccadille !

M. Pierre Dharréville. Même si j'ai défendu rapidement l'amendement, je partage les propos de mes collègues, qui reprennent l'analyse que j'avais développée lors de mon propos liminaire. Cet article est déterminant : oui, au-delà des dépenses exceptionnelles, la compression tendancielle de l'ONDAM hospitalier est continue. Or c'est pourtant ce qui nous a conduits dans le mur...

M. le rapporteur général. Je ne dispose pas de tous les éléments pour répondre à Mme Goulet. Je vous propose de vous apporter des explications d'ici la séance.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 45 sans modification.

Article 46

Dotations au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité

La commission adopte l'article 46 sans modification.

Après l'article 46

La commission examine l'amendement AS754 de M. Joël Aviragnet.

M. Boris Vallaud. L'amendement propose une meilleure évaluation et prévention du *burn out* ou syndrome d'épuisement professionnel, grâce à un mécanisme de malus pour les employeurs n'ayant pas pris les mesures nécessaires pour éliminer le risque avéré. Le rapport d'information de Gérard Sebaoun et Yves Censi soulignait les carences de la prise en charge du *burn out* en France et insistait sur la nécessité d'une prévention plus efficace de l'apparition des souffrances liées au travail.

M. Paul Christophe, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. Je vous prierai de bien vouloir retirer votre amendement car il existe déjà des mécanismes de majoration des cotisations accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) en fonction de la sinistralité de l'entreprise. Ces mécanismes seront renforcés à compter de 2022 pour les entreprises de moins de vingt salariés par l'entrée en vigueur du dispositif prime/signal, qui majorera le taux

de cotisation de ces entreprises, dans la limite de 10 %, lorsque les accidents du travail y sont récurrents. À l'inverse, les entreprises de même taille ayant une démarche positive en matière de prévention seront récompensées par une réduction forfaitaire de leurs cotisations.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Elle passe à l'amendement AS1213 de M. Michel Larive.

Mme Caroline Fiat. Nous plaidons pour que le Gouvernement rende un rapport sur la prise en charge des personnes exposées à des pesticides en dehors de leur activité professionnelle. Cet amendement est important : les pesticides sont dangereux.

M. le rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. Je vous demanderai de bien vouloir le retirer car les décrets d'application du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides ne sont pas encore parus. Il serait donc plus sage d'attendre que le fonds soit réellement installé avant de demander un rapport sur son possible élargissement.

En outre, des études de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, de l'INSERM et de Santé publique France sont en cours pour évaluer l'impact de l'exposition environnementale aux pesticides, en particulier chez les enfants. Nous attendons leurs conclusions.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Puis elle en vient à l'amendement AS1214 de Mme Caroline Fiat.

M. le rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. Je partage l'intérêt de se pencher sur la question des enfants victimes de malformations congénitales et de cancers pédiatriques. J'ai, encore récemment, proposé un rapport sur le sujet.

Pour autant, et pour les mêmes raisons qu'évoquées précédemment, je vous invite à retirer votre amendement et à le redéposer en séance, afin de demander au Gouvernement où en sont les différentes études évaluant l'impact de l'exposition environnementale aux pesticides, en particulier chez les enfants.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Article 47

Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles

*La commission **adopte** l'article 47 sans modification.*

Après l'article 47

La commission examine l'amendement AS640 de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Cet amendement vise les pensions de réversion versées au conjoint survivant. Elles sont plafonnées mais, ni au niveau législatif, ni au niveau réglementaire, on ne fait référence aux charges qu'il conviendrait d'exclure des ressources pour diminuer le montant de celles-ci. Ainsi, des exploitants agricoles aux revenus modestes ne bénéficient d'aucune déduction de charge, se retrouvant sans pension de réversion.

Il serait préférable de tenir compte de la perte de chance – absence d'un revenu, voire déficit – pour apprécier les ressources entrant dans le calcul de la pension de réversion.

M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Vous proposez de prendre en compte les déficits des exploitations agricoles pour calculer le montant des pensions de réversion. Je partage votre préoccupation, mais une telle disposition introduirait une rupture d'égalité vis-à-vis des autres indépendants.

Par ailleurs le dispositif de votre amendement prévoit l'inverse de ce que vous souhaitez puisqu'il indique qu'il n'est « pas » tenu compte du déficit de l'exploitation agricole. Je vous propose donc un retrait.

L'amendement est retiré.

La commission en vient à l'amendement AS1227 de M. Adrien Quatennens.

M. le rapporteur pour l'assurance vieillesse. L'article 53 de la LFSS 2016 a interdit la constitution par les travailleurs détachés de droits à retraite. C'est logique dans la mesure où ces personnels ne sont pas affiliés à un régime d'assurance vieillesse français et ne se constituent aucun droit à retraite en France.

Mon avis sera donc défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 48

Objectif de dépenses de la branche vieillesse

La commission adopte l'article 48 sans modification.

Article 49

Objectif de dépenses de la branche famille

La commission adopte l'article 49 sans modification.

Après l'article 49

La commission examine les amendements identiques AS269 de Mme Jeanine Dubié et AS831 de Mme Justine Benin.

Mme Caroline Janvier, rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Vos amendements visent à sécuriser le paiement des actes infirmiers pour les services de soins infirmiers à domicile en évitant la multiplication des indus lorsque ceux-ci sont imputables aux infirmiers libéraux. Je suis d'accord avec vous sur le fond mais, sur la forme, cela relève du pouvoir réglementaire.

Mon avis sera donc défavorable.

*La commission **rejette** les amendements identiques.*

Elle passe à l'amendement AS878 de M. Brahim Hammouche.

Mme Michèle de Vaucouleurs. L'amendement propose une expérimentation visant à simplifier et à rendre plus efficace le régime d'autorisation et de financement pour les établissements médico-sociaux proposant des services d'assistance, de soins à domicile ou d'accueil des proches aidants.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. C'est un sujet important. Cela permettrait de simplifier et de fluidifier les accompagnements. J'ai posé la question au cabinet de Mme Brigitte Bourguignon : une expérimentation doit être lancée, qui pourrait ensuite être généralisée dans la loi.

Je vous propose de présenter votre amendement en séance pour que la ministre puisse vous répondre directement. Dans l'attente, je vous demanderai de bien vouloir le retirer. Sinon, mon avis sera défavorable.

Mme Monique Iborra. J'ai déjà eu l'occasion de m'exprimer sur les expérimentations. J'insiste : en l'espèce, ce serait contreproductif car, si des expérimentations sont en cours, on ne retrouvera aucun dispositif dans le projet de loi sur le grand âge et l'autonomie. Or certaines organisations, comme la Croix-Rouge, expérimentent depuis trois ans et nous ont indiqué lors d'un déplacement que, dès que les financements sont épuisés, l'expérimentation s'arrête même si elle fonctionne bien, et qu'aucune évaluation n'est réalisée. Il faudra interroger la ministre à ce sujet.

M. Thibault Bazin. Mme Iborra semble savoir ce que contiendra le projet de loi sur le grand âge et l'autonomie. Il serait intéressant de connaître son contenu car cela aura peut-être un impact sur le PLFSS.

Mme Monique Iborra. S'il n'était pas si tard, j'en parlerais avec plaisir. Mais nous nous reverrons !

Mme Audrey Dufeu. Il y a des tisanes à la buvette !

*La commission **rejette** l'amendement.*

Elle passe à l'amendement AS347 de M. Michel Lauzzana.

Mme Véronique Hammerer. J'ai travaillé avec Michel Lauzzana à la rédaction de cet amendement, que je dédie à la famille Segura, issue de ma circonscription. Elle rencontre ce type de problème.

Nous proposons que le Gouvernement transmette un rapport au Parlement sur le nombre de places disponibles dans le secteur médico-social, afin d'accueillir des enfants et des adultes souffrant de handicap. Sur le territoire, les jeunes adultes hébergés dans les établissements pour enfants et adolescents y restent, certes faute de places dans les établissements pour adultes, mais également parce que leurs parents refusent les places proposées dans ces derniers, les dispositifs y étant moins inclusifs. En effet, l'habitat diffus ou les colocations sont courants pour les enfants et adolescents, mais pas pour les adultes. Certaines propositions en établissements pour adultes constituent un recul en matière d'inclusion, d'où ces refus et par conséquent une saturation des établissements pour enfants et adolescents.

Il conviendrait de dresser un état des lieux des places disponibles en établissements médico-sociaux pour les personnes handicapées, de leur plus jeune âge à l'âge adulte, en s'assurant que l'offre permette aux personnes d'envisager un parcours cohérent tout au long de leur vie.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Vous mettez le doigt sur un problème récurrent, qui avait déjà fait l'objet d'amendements l'an dernier. Mon avis sera donc favorable.

M. Thibault Bazin. Madame la rapporteure, vous avez participé à de nombreuses réunions du groupe d'études sur l'autisme et nous avons réalisé des auditions sur cette thématique. Nous avons la réponse : il n'y a pas de places disponibles. Certaines expérimentations sont menées – notamment dans notre département, madame Fiat. Mais le problème de places est flagrant. Évaluons plutôt les expérimentations en cours afin de voir comment augmenter durablement les autorisations. La rédaction de l'amendement ne convient pas en l'état.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Malgré tout, le système d'information est défectueux : certaines maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) notifient une catégorie d'établissement quand d'autres spécifient le nom de l'établissement. En outre, certains usagers sont inscrits sur liste d'attente dans différents établissements. En conséquence, il est impossible de disposer d'une vision globale du nombre de personnes sur liste d'attente dans chacune des catégories d'établissements. Bien sûr, vous avez raison, cela ne résout pas le problème du manque de places.

M. Pierre Dharréville. Madame la rapporteure l'a parfaitement résumé : ce qui nous intéresserait aussi, c'est de connaître le nombre de places manquantes.

M. Thibault Bazin. Il faudrait sous-amender non pas en visant les places disponibles, mais en recensant les besoins. Je partage votre constat, madame la

rapporteure : nous ne disposons pas d'un système d'information centralisant les données des MDPH.

Mme Véronique Hammerer. Je proposerai une nouvelle rédaction pour la séance publique.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS958 de M. Brahim Hammouche.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Il s'agit de proposer une expérimentation qui étend la prescription médicale de l'activité physique adaptée aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. C'est une idée très intéressante. Comme l'indique votre exposé des motifs, l'amendement rejoint des expérimentations lancées dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018. L'une d'entre elles, intitulée « As du Cœur », porte sur la prescription d'activité physique adaptée pour les patients souffrant de maladies cardiovasculaires. Elle permet en particulier la prise en charge du bilan et des séances d'activité physique adaptée dans le cadre d'un forfait.

D'autres expérimentations sont en cours d'instruction. La ministre pourra sans doute nous en dire plus en séance. À ce stade, je vous propose de retirer votre amendement.

L'amendement est retiré.

Article 50

Objectif de dépenses de la branche autonomie

La commission adopte l'article 50 sans modification.

Après l'article 50

La commission examine l'amendement AS756 de M. Joël Aviragnet.

M. Boris Vallaud. Cet amendement demande un rapport relatif au nouveau déficit des comptes sociaux relevant directement ou indirectement du covid. Ce rapport s'attacherait également à présenter un dispositif spécifique visant à porter la dette liée au covid.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Nous disposerons de ces éléments dans les documents transmis à l'occasion de l'examen du prochain PLFSS, en particulier dans les annexes. Votre demande est donc satisfaite et mon avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 51

Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires en 2021

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

*Puis elle **adopte** la quatrième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 **modifiée**.*

*Enfin, elle **adopte** l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 **modifié**.*