

A S S E M B L É E   N A T I O N A L E

X V <sup>e</sup>   L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## Commission des affaires sociales

- Suite de l'examen des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale (n° 2296) ..... 2
- Présences en réunion ..... 84

Mercredi  
16 octobre 2019  
Séance de 15 heures

Compte rendu n° 8

SESSION ORDINAIRE DE 2019-2020

**Présidence de  
Mme Brigitte  
Bourguignon,  
*Présidente***



## COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

**Mercredi 16 octobre 2019**

*La séance est ouverte à quinze heures.*

---

*(Présidence de M. Brigitte Bourguignon, présidente)*

*La commission examine la suite des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale (n° 2296)*

### **Après l'article 28**

*La commission examine les amendements identiques AS772 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS983 de M. Paul Christophe.*

**M. Francis Vercamer.** Ces amendements identiques seront excellemment défendus par mon collègue M. Christophe...

**M. Paul Christophe.** Je me dois de répondre à l'injonction de M. Vercamer...

Ces amendements tendent à appliquer les enseignements du rapport de Franck Von Lennep, Dominique Polton et Bernard Bégaud sur les données de vie réelle, remis à la ministre de la santé en décembre 2017. Au-delà de l'intégration d'une évaluation des médicaments innovants sur la base de ce recueil de données de santé en vraie vie dans le but d'affiner la mesure de l'efficacité des traitements à un niveau de personnalisation par stratégie thérapeutique et par patient, il importe de tirer les conséquences de cette évaluation dynamique sur le plan de la tarification des médicaments.

Lors des débats en séance publique relatifs au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2019 à l'Assemblée nationale, le 18 octobre 2018, la ministre de la santé avait affirmé souscrire aux conclusions du rapport sur l'évaluation par les données de vie réelle, mais elle estimait prématurée la transition vers des accords de prix différenciés qui en résultait. Ces amendements visent donc à passer de la politique traditionnelle de fixation d'un prix de référence par le Comité économique des produits de santé (CEPS) à une pratique consistant à fixer un prix différencié sur la base de l'efficacité constatée en vie réelle pour chaque traitement. Pour permettre au CEPS de se préparer à cette transition vers une évaluation dynamique des médicaments innovants, l'amendement propose dans un premier temps d'intégrer les infrastructures de données de vie réelle existantes au Health Data Hub.

**M. Olivier Véran, rapporteur général.** Je me réjouis que vous souleviez cette question car elle est importante. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 prévoit déjà que le remboursement par l'assurance maladie des médicaments, des dispositifs médicaux et des prestations associées peut être conditionné à la transmission de données de vie réelle. Par ailleurs, la loi sur la santé de juillet 2019 a ouvert le champ du système national des données de santé à l'ensemble des données cliniques obtenues dans le cadre des soins remboursés par la sécurité sociale. On peut donc se donner un peu de temps avant d'aller plus loin, d'autant que les données auxquelles vous faites référence n'existent pas encore, et ne peuvent donc pas être exploitées par la Haute Autorité de santé. Pour ces raisons, je vous propose de retirer ces amendements.

**M. Paul Christophe.** Une fois de plus, je vais me laisser convaincre par M. Véran...

**M. Francis Vercamer.** Et moi aussi !

*Les amendements sont retirés.*

*La commission examine ensuite l'amendement AS96 de M. Pierre Dharréville.*

**M. Pierre Dharréville.** Les investissements réalisés par les industries, notamment pour la recherche et développement et pour la production, peuvent être pris en compte dans la définition du prix des médicaments. Afin d'éviter que le contribuable ne paye deux fois – une première à travers le financement public de la recherche et développement biomédicale, une seconde dans le prix final élevé du médicament remboursé par l'assurance maladie –, il convient de prendre en compte, dans la définition du prix, les financements publics qui ont contribué à la mise au point d'un médicament. En effet, l'État contribue très largement, que ce soit de façon directe ou indirecte, au développement des médicaments arrivant sur le marché : d'abord, par le financement d'un système d'enseignement supérieur d'excellence, formant les scientifiques et chercheurs ; ensuite, par l'octroi de subventions aux entreprises telles que le crédit d'impôt recherche, le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi, ou encore le crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires ; enfin, par l'investissement dans la recherche publique et le partage des découvertes scientifiques. Cet amendement vise donc à compléter les critères de détermination des prix, à nos yeux insuffisants.

**M. le rapporteur général.** J'ai répondu tout à l'heure, juste avant la pause déjeuner, à propos d'un amendement similaire qui émanait du groupe La France insoumise, en expliquant que ce serait extrêmement compliqué, même si la démarche était intéressante. Avis défavorable.

**M. Pierre Dharréville.** Nous trouverions pourtant notre compte à pousser plus loin la réflexion sur cette question, car il y a des points aveugles. On ne saurait se contenter, pour fixer le prix d'un médicament, de s'appuyer sur le service rendu : si l'on ne prend pas en compte les véritables coûts de production, on crée des niches à dividendes et, au bout du compte, c'est la sécurité sociale qui paie. D'ailleurs, les chiffres exorbitants des profits de Sanofi devraient nous conduire à nous interroger, d'autant plus qu'ils s'accompagnent de choix contestables. Ainsi, lorsque les industriels viennent discuter avec le CEPS, ils disent souvent : « Vous comprenez, cela nous a demandé beaucoup d'investissements dans la recherche, et il faut que nous puissions continuer à investir », alors même qu'ils ferment des laboratoires. Il y a un moment où, si on s'en tient au service attendu, on se fait avoir – l'État, les contribuables, tout le monde.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle est alors saisie de l'amendement AS1022 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet amendement s'inspire des travaux de France Assos Santé. Une version différente en avait été déposée l'année dernière par les groupes de la Gauche démocrate et républicaine, Socialistes et apparentés et UDI, Agir & Indépendants, qui proposaient d'introduire une évaluation obligatoire du prix des médicaments tous les cinq ans. Comme je l'avais dit l'année dernière, cet amendement n'était pas adoptable dans la rédaction proposée, car il introduisait des délais susceptibles d'avoir des effets inverses de l'objectif escompté : il aurait pu permettre à certains laboratoires d'attendre cinq ans avant de réviser leurs prix, alors même que parfois le CEPS était amené à réviser annuellement le prix de certains médicaments, y compris à la baisse. Je vous propose donc une rédaction différente, qui permet une révision systématique, quoi qu'il arrive, cinq ans après la première inscription du médicament au remboursement, mais sans préjudice des dispositions réglementaires ou

conventionnelles qui peuvent conduire à tout moment à une révision des conditions de prix du produit. Cela veut dire que le CEPS conservera toute latitude et toute légitimité pour réviser quand il le souhaite le prix des médicaments ; mais, quoi qu'il arrive, celui-ci devra être révisé au bout de cinq ans. J'appelle votre attention sur le fait que certains médicaments ne voient pas leur prix révisé pendant plus d'une décennie, voire deux.

J'en profite pour indiquer que plusieurs amendements visant à introduire dans le CEPS un représentant des usagers avec voix délibérative avaient été déposés. Ces amendements émanaient de différents groupes politiques, et j'en avais moi-même rédigé un, mais ils ont été considérés comme irrecevables au titre de l'article 40 de la Constitution – comme quoi cela arrive aussi à des rapporteurs vigilants. Le débat sur la question est ancien. Je m'étais laissé convaincre de faire entrer un représentant des usagers avec voix délibérative, pour que ces derniers ne soient pas simplement observateurs, mais qu'ils soient aussi amenés à participer aux décisions. Ces amendements avaient réussi à passer sous les fourches caudines de l'article 40 l'année dernière, mais pas cette année ; c'est ainsi. Nous ne pouvons donc pas avoir de débat sur la question, et j'en suis désolé.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS121 de M. Pierre Dharréville et AS586 de Mme Ericka Bareigts.*

**M. Pierre Dharréville.** Dans son rapport de septembre 2017 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes recommandait de renforcer le dispositif de révision du prix des médicaments en France. En effet, si les critères de révision sont définis depuis la LFSS 2017, il n'existe pas d'obligation de procéder à cette révision. L'amendement AS121 s'inscrit dans la logique de l'amendement précédent de M. Véran.

**M. le rapporteur général.** En effet !

**M. Pierre Dharréville.** J'en resterai donc là.

**Mme Gisèle Biémouret.** Je retire l'amendement AS586.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Monsieur Dharréville, en faites-vous de même pour le vôtre ?

**M. Pierre Dharréville.** Oui, madame la présidente, et je vais réfléchir à cosigner celui de M. Véran en vue de la séance...

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Ce serait très fort !

**M. le rapporteur général.** Cela va faire jaser...

*Les amendements sont retirés.*

*Puis la commission examine, en discussion commune, les amendements AS32 de M. Paul Christophe et AS584 de Mme Ericka Bareigts.*

**M. Paul Christophe.** La rénovation prochaine de l'accord-cadre sur les dispositifs médicaux va permettre de structurer la vie conventionnelle du secteur en donnant davantage de transparence au fonctionnement du système et en permettant l'introduction de nouveaux mécanismes complémentaires de régulation fondés sur une approche de maîtrise médicalisée et de pertinence des soins. Les objectifs à atteindre pour ce nouvel accord-cadre doivent ainsi s'inscrire clairement dans la lignée des orientations données par le Président de la République dans le cadre de la réforme « Ma Santé 2022 ». Toutefois, ces objectifs ne pourront être atteints si l'on ne donne pas explicitement au CEPS, dans la loi, la mission de réaliser des économies structurelles reposant sur une maîtrise médicalisée des dépenses à travers les

négociations avec les fabricants ou les prestataires de services à domicile, et ce en lien étroit avec la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM). Aussi l'amendement AS32 a-t-il pour objet de doter formellement le CEPS de cette compétence.

**Mme Gisèle Biémouret.** L'amendement AS584 vise à prendre en compte les investissements publics. Actuellement, les investissements réalisés par les industries, notamment pour la recherche et développement et pour la production, peuvent être pris en compte dans la redéfinition du prix, selon l'article du 18 de l'accord-cadre du 31 décembre 2015 entre le CEPS et Les Entreprises du médicament. Cet amendement propose, réciproquement, de prendre également en compte les investissements réalisés par l'État. Cela permettrait de faire en sorte que le prix du médicament soit fixé de manière plus juste.

**M. le rapporteur général.** Le CEPS ne saurait avoir vocation à faire de la maîtrise médicalisée ; il a énormément de travail et ne dispose d'ores et déjà que de cinq équivalents temps plein travaillé pour gérer 6 milliards d'euros de chiffre d'affaires. La mission supplémentaire que vous souhaitez lui confier, monsieur Christophe, est effectuée par l'assurance maladie, guidée par la Haute Autorité de santé (HAS). Avis défavorable.

Quant à la prise en compte de la R & D publique, nous avons déjà eu le débat. Encore une fois, j'y suis très favorable sur le principe, car il est effectivement tout à fait rageant de voir que certains médicaments innovants, ayant bénéficié de la recherche publique, sont commercialisés à un prix exorbitant, par exemple à la suite d'une succession d'OPA de gros groupes sur de petites start-up, notamment dans la génomique. Nous avons eu un cas emblématique cette année, dans le domaine de la thérapie génique : après un développement public à travers le Généthon, une thérapie a été commercialisée au prix de 2 millions d'euros pour le patient. Cela dit, il faut savoir que ce critère ne pourrait pas, de toute façon, être déterminant dans la négociation conventionnelle avec le CEPS. Par ailleurs, cela obligerait à remonter très loin : comme je le disais tout à l'heure, il faudrait inclure dans la recherche publique la bourse du thésard qui a participé à l'étude de preuve de concept. Autrement dit, ce serait extrêmement compliqué. Il n'en demeure pas moins qu'il faudra probablement faire évoluer le dispositif pour une meilleure prise en compte de cet aspect, ou encore pour rendre davantage publique la participation à la R & D.

Cela dit, en l'état, l'amendement ne tourne pas ; je le regrette. Je propose à ses auteurs de bien vouloir le retirer. À défaut, avis défavorable.

**Mme Gisèle Biémouret.** Je maintiens l'amendement AS584, car Mme Bareigts n'est pas là.

**M. Paul Christophe.** Je maintiens moi aussi l'AS32.

**M. Pierre Dharréville.** J'entends bien, monsieur le rapporteur général : vous constatez des problèmes, comme je peux le faire moi-même. La question mérite vraiment, me semble-t-il, que nous menions une réflexion.

**M. le rapporteur général.** Bien sûr !

**M. Pierre Dharréville.** C'est aussi pour cela que nous avons proposé de réfléchir à la création d'un pôle public du médicament : cela ne réglerait pas tous les problèmes, mais ce serait un moyen d'intervention dont nous ne disposons pas actuellement.

Par ailleurs, je voudrais rappeler que, dans mon souvenir, la Cour des comptes avait souligné la faiblesse des effectifs du CEPS au regard des missions qui lui incombent. J'ai dit ce que je pensais du rôle confié au CEPS mais, de fait, au-delà de ces considérations, il ne dispose pas d'effectifs suffisants pour y faire face. Or le contrôle des prix est quand même un

enjeu important. Je ne sais pas de quelle façon il serait possible d'intervenir – au-delà de ce que nous proposons dans nos amendements –, mais c'est un enjeu important.

*La commission rejette successivement les amendements.*

**Article 29 : Prise en charge de médicaments particuliers**

*La commission examine les amendements identiques AS19 de M. Gilles Lurton, AS170 de M. Ian Boucard, AS306 de Mme Béatrice Descamps et AS618 de M. Paul Molac.*

**M. Gilles Lurton.** L'alinéa 10 de l'article 29 prévoit de supprimer l'article L. 5125-23-3 du code de la santé publique, lequel dispose : « *Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 5125-23, le pharmacien peut délivrer, par substitution au médicament biologique prescrit, un médicament biologique similaire* », dès lors qu'un certain nombre de conditions, énumérées par la suite, sont remplies. Les modalités d'application de l'article, « *notamment les conditions de substitution du médicament biologique et d'information du prescripteur à l'occasion de cette substitution de nature à assurer la continuité du traitement avec le même médicament, sont précisées par décret en Conseil d'État* ». Dès lors, je considère que l'alinéa 10 déboucherait sur une absence de cadre réglementaire clair, préjudiciable pour tout le monde. C'est pourquoi je vous propose de supprimer l'alinéa 10.

**M. Alain Ramadier.** L'amendement AS170, dont le premier signataire est notre collègue Ian Boucard, s'appuie sur les mêmes arguments ; il est défendu.

**M. Francis Vercamer.** Comme ceux de mes collègues, notre amendement AS306 vise à clarifier le cadre réglementaire de la substitution des médicaments biologiques.

**M. Philippe Vigier.** L'amendement AS618 est lui aussi défendu.

**M. le rapporteur général.** C'est une question complexe. Comme les auteurs de ces amendements, je souhaite que les médicaments biosimilaires se développent par tous les moyens, et je fais confiance aux pharmaciens pour prendre les bonnes décisions. Cela étant, je suis aussi un peu pragmatique. Or j'observe que, depuis 2016 et le vote de la disposition visée, il n'a pas été possible de sortir un décret car c'est très compliqué. De fait, il y a des oppositions nombreuses dans le corps médical, mais aussi parmi les usagers de santé, qui sont extrêmement inquiets parce qu'un biosimilaire, ce n'est évidemment pas comme un générique : quand on change de type de produit, des fluctuations dans les doses, mais aussi dans la tolérance, sont beaucoup plus importantes ; cela pose beaucoup de difficultés. En revanche, le travail sur les biosimilaires n'est pas abandonné puisque, à l'article 43, une expérimentation encourage leur prescription à l'hôpital : il s'agit à la fois de lever les réticences des patients et de garantir des conditions de sécurité adéquates. À regret, j'émet un avis défavorable – à regret, parce que je partage l'idée selon laquelle il aurait été préférable de poursuivre sur la voie ouverte en 2016 ; mais, trois ans plus tard, force est de constater que nous ne sommes pas en état de le faire.

*La commission rejette les amendements.*

*Elle est alors saisie des amendements identiques AS316 de M. Gilles Lurton et AS415 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Gilles Lurton.** Le prix de vente au public des médicaments est fixé par convention entre l'entreprise et le CEPS en prenant en considération divers critères, dont l'amélioration du service médical rendu, les résultats de l'évaluation médico-économique, le volume de vente prévu ou constaté, ainsi que les conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament. Mon amendement AS316 vise à aborder la question de la place du patient

dans le système de santé, ce qui me paraît particulièrement important, voire essentiel. Il propose d'introduire la qualité et l'expérience du patient comme critère de fixation du prix du médicament. Ce nouveau critère, dénommé « intérêt qualité patient », est inspiré du critère d'intérêt de santé publique mis en place par la HAS pour évaluer l'amélioration du service médical rendu.

**M. Jean-Pierre Door.** L'amendement AS415 est défendu.

**M. le rapporteur général.** Pendant votre présentation, monsieur Lurton, je me demandais à quoi pouvait correspondre la qualité de l'expérience du patient, s'agissant d'un médicament... Déterminer le prix d'un médicament en fonction de ce critère, j'avoue ne pas voir comment cela peut se faire. Avis défavorable, mais je veux bien que nous en parlions ultérieurement, si vous le souhaitez.

*La commission rejette les amendements.*

*Ensuite de quoi elle examine l'amendement AS280 de M. Paul Christophe.*

**M. Paul Christophe.** Les médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique sont ceux qui sont utilisés exclusivement dans les établissements de santé et collectivités. Leurs conditions d'achat sont définies par les règles de la commande publique ou par le code de commerce. Le contrôle des dépenses associées à ces produits est à ce jour assuré par la concurrence, dans le cadre des marchés publics, ainsi que par le contrôle des dépenses des hôpitaux et les mesures d'optimisation de leurs achats.

La fixation unilatérale d'un prix maximal de vente aux établissements pour ces produits, comme le propose le projet de loi, alors que la fixation des prix des produits remboursables repose soit sur la définition de marchés publics soit sur des négociations conventionnelles, n'ajouterait aucune protection financière pour l'assurance maladie ; en revanche, elle comporte le risque de limiter l'accès à ces produits, en particulier dans le cas où le prix fixé serait incompatible avec les problématiques industrielles. L'assimilation du caractère coûteux d'un produit à un surcoût non justifié est par ailleurs hasardeuse. Si la mesure devait être conservée, il conviendrait de s'assurer que la fixation des prix intervenant dans ce cadre demeure dans le domaine conventionnel.

**M. le rapporteur général.** Dix produits sont concernés, monsieur Christophe. Ils sont, de fait, en situation de quasi-monopole dans le cadre de la distribution hospitalière, et leur prix a flambé, augmentant parfois de plus de 400 % d'une année sur l'autre, alors qu'ils sont déjà commercialisés. Face à cette situation, les établissements se trouvent dépourvus. La disposition, exceptionnelle, vise à répondre à une situation tout aussi exceptionnelle. Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle est alors saisie de l'amendement AS278 de M. Paul Christophe.*

**M. Paul Christophe.** L'article 29 vise à instaurer une régulation des achats qui étaient jusqu'à présent gérés par les établissements de santé. Le nombre de produits concernés est extrêmement important et un tel dispositif ne se justifie que pour des produits dont le prix d'achat élevé a un réel impact sur les finances hospitalières. Aussi est-il proposé de fixer un seuil de prix en dessous duquel cette mesure ne peut s'appliquer.

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

*La commission adopte ensuite l'amendement de précision AS1027 du rapporteur général.*

*Elle en arrive alors à l'amendement AS578 de M. Pierre Dharréville.*

**M. Alain Bruneel.** Cet amendement propose de rendre publiques les conventions signées par le CEPS avec l'industrie pharmaceutique, y compris pour ce qui touche aux remises accordées. Actuellement, seul le prix facial des médicaments est publié au *Journal officiel* : les informations sur ce qui est réellement payé par le système de santé ne sont pas disponibles. Pourtant, les prix des produits de santé ont un impact direct sur l'accès aux soins des patients. L'absence de transparence en la matière est donc un problème démocratique et sanitaire. L'accès à une information complète, notamment sur les différences entre prix facial et prix réel à la suite de diverses remises – taux L, clauses et remises spécifiques, dispositifs alternatifs de conventions, contrats de performance, etc. – donnerait une image claire aux parlementaires et à la société civile des finances publiques et de la politique publique du médicament. Il s'agit donc, par cet amendement, d'organiser la transparence sur les prix et de renforcer notre démocratie en matière de questions de santé et d'accès aux soins par un renforcement du droit à l'information des citoyens.

**M. le rapporteur général.** Avis défavorable, comme pour les trois amendements suivants, qui traitent à peu près de la même question, ou en tout cas du même principe : en raison du secret des affaires, on ne peut pas rendre publics tous les résultats d'une négociation de prix entre un industriel et une autorité d'État qui va être amenée à le rembourser ; c'est absolument impossible.

J'ai dit tout à l'heure que j'étais favorable à l'introduction d'un représentant des usagers avec voix délibérative au sein du CEPS. Malheureusement, nous n'avons pas pu adopter cette disposition, tout au moins en commission – peut-être tenterons-nous à nouveau de le faire en séance, si l'article 40 le permet ; à défaut, ce sera pour l'année prochaine. Par ailleurs, le CEPS publie chaque année un rapport très détaillé qui précise notamment le montant global des remises accordées aux fabricants. Quand on s'intéresse à cette affaire de près, on y trouve déjà beaucoup d'informations. Cela dit, je doute que ce rapport soit beaucoup lu, parce qu'il est technique et fastidieux. Avis défavorable, ainsi qu'aux trois suivants.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis la commission rejette successivement les amendements AS606 et AS599 de Mme Ericka Bareigts ainsi que l'amendement AS787 de M. Joël Aviragnet.*

*Enfin, la commission adopte l'article 29 modifié.*

## **Après l'article 29**

*La commission examine l'amendement AS528 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.*

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Il s'agit toujours des biosimilaires, qui pourraient être source de 300 millions d'euros d'économies – excusez du peu. Je suis d'avis qu'il faudrait repenser complètement la loi de 2016 : au bout de trois ans, le décret d'application n'a toujours pas été pris, ce qui montre bien qu'il y a un problème. Cela dit, nous ne pouvons pas nous passer de la possibilité d'une substitution par des biosimilaires. En la matière, perdre encore quelques années, ou même quelques mois, serait dommageable. Je propose donc que la substitution d'un groupe biologique similaire spécifique soit autorisée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) pour un certain groupe de produits. Nous pourrions ainsi gagner un peu de temps.

**M. le rapporteur général.** Même argumentation que tout à l'heure, madame Firmin Le Bodo – et par voie de conséquence, même avis : défavorable.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Cela représenterait pourtant une économie de 300 millions d'euros !

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle est alors saisie de l'amendement AS726 de M. Stéphane Viry.*

**M. Stéphane Viry.** Cet amendement est dans la même veine que les précédents : il s'agit de chercher des économies tout en garantissant un traitement de qualité aux patients. Pour ce faire, je vous propose une simplification s'agissant de l'utilisation des médicaments biosimilaires. Je considère effectivement qu'il y a un certain nombre de blocages, peut-être culturels, et qu'il conviendrait de lever les freins au développement des médicaments biosimilaires en facilitant leur délivrance en officine, contrairement à ce qui se passe actuellement. Non seulement cela permettrait de favoriser l'accès à ces médicaments pour des patients, mais l'assurance maladie réaliserait des économies importantes – notre collègue Agnès Firmin Le Bodo vient d'avancer le chiffre de 300 millions d'euros.

La difficulté tient au fait que, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015, la prescription d'une spécialité pharmaceutique est obligatoirement exprimée selon la dénomination commune internationale (DCI). Le droit européen a toutefois, pour certains types de médicaments et uniquement dans le cadre de prescriptions transfrontalières établies à la demande du patient, rendu obligatoire, en plus de la DCI, la mention du nom de marque du médicament. Tout cela est bigrement compliqué et surabondant. Nous proposons donc, tout simplement, de supprimer un certain nombre de dispositifs afin de fluidifier la délivrance de ces médicaments, tout en renforçant la confiance des patients dans leur traitement.

**M. le rapporteur général.** C'est un amendement très malin... Mais si on l'adoptait, pour le coup, la question de la substitution par le pharmacien ne se poserait même plus, puisqu'il n'y aurait plus qu'un seul produit biosimilaire. Pour les mêmes raisons que celles que j'ai évoquées tout à l'heure à propos de la modification de l'ordonnance et de la substitution, mon avis est nécessairement défavorable.

**M. Stéphane Viry.** Vous avez motivé votre réponse, monsieur le rapporteur, en relevant la malice de mon amendement.

**M. le rapporteur général.** Mais non, pas seulement !

**M. Stéphane Viry.** Si, vous l'avez dit.

**M. le rapporteur général.** C'était un compliment !

**M. Stéphane Viry.** Eh bien, je vous prends au mot, monsieur le rapporteur général : il me semble que, dans votre rôle de rapporteur général, quand il s'agit de mesures destinées à bénéficier à la collectivité nationale, à maîtriser les comptes sociaux et à améliorer les traitements thérapeutiques, la malice et l'audace doivent être de mise. Cherchez donc un autre raisonnement ; en attendant, je maintiens mon amendement.

**M. Philippe Vigier.** Je souhaiterais que le rapporteur général, au-delà de la malice qu'il a évoquée et des troubles occasionnés pour les patients, nous explique vraiment le fondement de son raisonnement. On ne peut pas expliquer à la représentation nationale qu'il faut faire des économies, qu'on a des difficultés à déployer de l'argent pour l'aide à domicile et pour les urgences, et puis, dès que se présente une possibilité d'en faire vraiment, qui plus est avec des produits ayant la même efficacité, dire que ce n'est pas possible. Le traitement proposé est-il efficace ? C'est la seule chose qui doit nous importer – et nous rassembler. On

se fiche de l'emballage. L'important, c'est le principe actif, c'est la DCI. À partir de là, je pense que le choix s'impose de lui-même ; ou alors, d'une certaine manière, on se fait complice d'un système.

**Mme Stéphanie Rist.** En tant que rhumatologue, je connais bien ces médicaments, dont l'efficacité est reconnue. Néanmoins, les patients se sont prononcés contre la possibilité de substitution, car les biosimilaires sont des traitements lourds. En outre, ayant plusieurs noms différents, ceux-ci sont susceptibles d'être modifiés tous les mois. D'ici à son examen en séance, nous devons améliorer ce texte en tenant compte des communautés professionnelles territoriales de santé et du rapport entre les établissements hospitaliers et les médecins de ville. L'ANSM a précisé dans son rapport que ces traitements posaient un réel problème de traçabilité.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Vous irez expliquer cela à l'AP-HP, qui utilise régulièrement et avec succès les biosimilaires ! Est-ce à dire que ce qui est possible à l'hôpital ne le serait pas en ville ?

**M. le rapporteur général.** Une mesure proposée à l'article 43 du présent PLFSS vise à encourager la prescription hospitalière de ces médicaments. De plus, certaines pratiques se situent en dehors du champ législatif : tel est le cas des protocoles de la CNAM concernant les rhumatologues de ville, qui encouragent la prescription de biosimilaires. Plusieurs dispositifs, législatifs, réglementaires ou conventionnels, permettent ainsi d'encourager la prescription, le renouvellement et parfois l'échange de biosimilaires.

La raison pour laquelle la disposition législative ne trouve pas de décret n'est pas nouvelle. Déjà en 2014 – j'étais alors rapporteur du PLFSS – nous avons eu un débat particulièrement complexe à ce sujet.

**M. Francis Vercamer.** C'est un aveu !

**M. le rapporteur général.** Certes, j'ai contribué à introduire ce point dans la loi à cette époque, mais je vous explique aujourd'hui qu'il est inapplicable. Avoir une règle unique d'application permettant de substituer n'importe quels biosimilaires entre eux, dans toutes les pathologies et pour tous les patients, effraie ces derniers et mobilise une grande partie de la communauté scientifique. J'entends les propos des professionnels de santé, des agences sanitaires et des associations de patients, qui sont confrontés à ces sujets au quotidien : ils nous disent qu'un cadre trop général peut nuire à la distribution et à la répartition des biosimilaires. Nous avançons, et plutôt bien, sur cette question, mais une disposition trop générale risquerait de nuire au dispositif dans son ensemble. Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle en vient à l'amendement AS1003 de M. Belkhir Belhaddad.*

**M. Belkhir Belhaddad.** Je suis très attaché aux évaluations. Celle que propose mon amendement concerne notamment les préparations homéopathiques.

La fin progressive de la prise en charge des médicaments et préparations homéopathiques a été décidée par voie réglementaire ; je ne conteste pas cette décision. En revanche, le choix du remboursement de ces médicaments semble devoir aller au-delà d'une estimation scientifique du service médical rendu et appeler d'autres questions pareillement importantes : leur prescription massive par les médecins généralistes et les sages-femmes libérales, la moindre consommation d'antibiotiques et d'antidépresseurs qu'ils entraînent et le caractère marginal de leur prise en charge par l'assurance maladie – 0,29 % des dépenses liées au remboursement des médicaments. Le report massif des patients sur un traitement allopathique risquerait de multiplier les effets secondaires. Le présent amendement

visent la production de rapports devant la représentation nationale, dès lors que les conditions de prise en charge par l'assurance maladie sont modifiées.

**M. le rapporteur général.** Vous demandez une preuve, mais nous avons inversé la charge de la preuve. En effet, dans le rapport de la HAS ayant conduit au déremboursement, la décision est motivée notamment par l'absence de démonstration de l'impact des médicaments homéopathiques sur la santé publique, en particulier s'agissant de leur intérêt dans la réduction de la consommation d'autres médicaments. De plus, le recours à l'homéopathie n'induit pas de baisse des dépenses de santé ; par conséquent, la suppression du remboursement n'a aucune raison d'induire une hausse... Avis défavorable.

**M. Belkhir Belhaddad.** Je ne suis pas tout à fait convaincu par cet argument. Je vais retirer mon amendement, mais je souhaite que nous puissions intégrer cette évaluation dans le cadre du Printemps de l'évaluation.

Nous devrions plutôt nous attaquer aux dépenses les plus coûteuses pour la société ; vous connaissez à cet égard mon attachement à la pratique d'une activité physique adaptée pour accompagner les personnes en affection de longue durée, mais cela suppose d'investir des montants très importants, de l'ordre du milliard d'euros. Ne nous trompons pas de cible. C'est la raison pour laquelle je tiens à ce que l'impact du déremboursement des médicaments et préparations homéopathiques fasse l'objet d'une évaluation.

*L'amendement est retiré.*

*La commission en vient à l'amendement AS721 de M. Véran.*

**M. le rapporteur général.** Cet amendement vise à ouvrir une expérimentation de prise en charge de l'usage médical du cannabis. Dix-sept pays de l'Union européenne ont déjà autorisé cet usage sous différentes formes ; un certain nombre de pays, en dehors de l'Union européenne, l'ont déjà autorisé depuis longtemps. En 2014, la France a modifié le droit, de manière à permettre de commercialiser et d'accorder une autorisation de mise sur le marché (AMM) sous condition aux médicaments contenant des dérivés du cannabis. Outre les deux principaux dérivés, le cannabidiol (CBD) et le tétrahydrocannabinol (THC), d'autres dérivés peuvent également être intéressants du point de vue médical.

La possibilité de mener cette expérimentation découle directement des travaux d'une commission *ad hoc* de l'ANSM, qui s'est prononcée sans réserve en sa faveur. Cette expérimentation aurait une durée de deux ans ; si les résultats intermédiaires étaient excellents, il n'y aurait pas lieu de la poursuivre et elle pourrait alors être généralisée. L'expérimentation porterait sur 3 000 patients et, pour en assurer le cadrage, sur des indications particulières : les douleurs neuropathiques et les douleurs en lien avec les cancers ou certaines maladies neurologiques, comme la spasticité dans la sclérose en plaques. Cette expérimentation serait menée dans plusieurs centres hospitaliers, en particulier des centres de référence pour les pathologies concernées. Une prescription initiale hospitalière serait effectuée par un médecin spécialiste des disciplines concernées – neurologues et médecins de la douleur notamment –, ce qui permettrait de suivre en vie réelle l'effet positif et les éventuels effets indésirables de ces traitements sur les malades concernés.

L'ANSM s'est prononcée en faveur de modalités d'administration assez larges ; le cannabis pourrait ainsi prendre la forme de fleurs séchées, d'huiles et éventuellement de tisanes. Les différentes posologies pourront intégrer des rapports entre CBD et THC très variables : le CBD est considéré comme ayant des vertus myorelaxantes, alors que le THC a des effets psychoactifs permettant de mieux supporter des états de douleur.

Je quitte quelques instants l'écharpe tricolore pour endosser ma blouse de praticien : en tant que neurologue au centre hospitalier universitaire (CHU) de Grenoble, je reçois en consultation des patients souffrant de douleurs neuropathiques. J'ai réalisé qu'ils ne tenaient le coup que grâce à la consommation clandestine de dérivés du cannabis, CBD ou THC. Cette consommation s'ajoute aux traitements que j'ai prescrits, quand ils ne les remplacent pas. Ces traitements, à base de produits morphiniques, d'antidépresseurs tricycliques, d'antiépileptiques et autres joyeusetés, permettent à peine aux patients de supporter leurs douleurs et leur coupent généralement l'appétit ; et leurs effets indésirables n'ont rien à envier à ceux, potentiels, du cannabis.

Face à des patients qui vous déclarent que la consommation de dérivés de cannabis leur permet d'aller bien, on se sent très dépourvu lorsqu'on doit leur répondre que le cadre légal ne permet pas de leur en fournir. Plus précisément, la loi m'autorise à en prescrire ; mais les médicaments correspondant sont introuvables en France, ce qui contraint les patients à se rendre aux Pays-Bas, par exemple, avec leur ordonnance pour en acheter, au risque d'être arrêtés à la frontière. Heureusement, ils sont peu ou pas condamnés, en vertu d'une certaine tolérance. Toutefois, une telle situation est inadmissible et nous ne pouvons continuer à nous voiler la face. Ainsi, une femme de 67 ans souffrant d'un cancer métastasé avait témoigné à l'Assemblée nationale : elle cultivait un pied de marijuana sur sa terrasse, tremblant de peur à l'idée que la police intervienne... Bref, il y a encore beaucoup d'hypocrisie. Nous devons nous appuyer sur l'expertise des patients, dont certains sont consommateurs de cannabis depuis plusieurs années. C'est ce que nous ferons dans le cadre de cette expérimentation, que je vous propose d'adopter par le biais de cet amendement.

**M. Jean-Pierre Door.** Nous parlons de ce sujet depuis un certain temps, mais en restant très frileux et sans ouvrir le débat. À titre personnel, j'estime que nous pouvons soutenir cet amendement dès l'instant où il se limite à une expérimentation.

Nous connaissons les pathologies hyperalgiques, que nous ne parvenons pas à calmer, à moins de prescrire aux patients des opiacés, dont progressivement l'excès finit par entraîner des effets secondaires. Des pratiques telles que celles prévues dans l'expérimentation existent à l'étranger : pourquoi ne pas les expérimenter en France, d'autant qu'un décret de 2013 donne la possibilité d'utiliser le cannabis sous forme médicamenteuse.

Il est nécessaire d'ouvrir le débat et de lancer cette expérimentation.

**M. Boris Vallaud.** Quelles précautions la puissance publique pourrait-elle être amenée à prendre vis-à-vis de certains intérêts privés ? Je pense aux alcooliers et aux cigarettiers, qui pourraient voir dans les brèches ouvertes par de telles expérimentations thérapeutiques l'occasion de se refaire, si vous me permettez cette expression. Si une manne existe, je préférerais qu'elle demeure autant que possible publique.

**M. Adrien Quatennens.** Au-delà de l'usage strictement médical du cannabis, la diabolisation et la sévère répression de son usage général en France empêchent de mener une véritable réflexion sur ce sujet. Qui plus est, cette spécificité française a montré sa totale inefficacité. Nous savons désormais que c'est d'abord le mode d'administration du cannabis qui constitue un danger : ainsi, fumer le cannabis est plus toxique que le produit lui-même, en particulier si celui-ci est administré par d'autres moyens tels que ceux évoqués par M. le rapporteur.

**M. le rapporteur général.** Des moyens prescrits sur ordonnance !

**M. Adrien Quatennens.** En France, des malades se procurent du cannabis sous une forme non médicamenteuse dans le circuit illégal, ce qui est très facile. Or ces produits ne font l'objet d'aucun contrôle de composition ou de qualité. Il est par conséquent nécessaire de

légiférer à ce sujet. Ce faisant, comprenez que nous ouvrons évidemment une boîte de Pandore : dès lors que la consommation de cannabis à usage médical sera autorisée dans le cadre d'un circuit légal, se posera inévitablement la question de sa production. Avez-vous entamé une réflexion à ce sujet ?

Le groupe de La France insoumise soutiendra cet amendement.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Une mission d'information commune sera prochainement lancée à l'Assemblée nationale pour étudier les différents usages du cannabis. Cet amendement ne se limite qu'à une expérimentation.

**M. Paul Christophe.** Nous nous réjouissons que cette proposition n'ait pas eu à passer sous les fourches caudines de l'article 40 et n'ait pas non plus été considérée comme un cavalier, ce qui nous aurait privés de ce débat.

Notre groupe soutient cet amendement. Cela étant, il convient bien évidemment d'encadrer cette expérimentation et de faire preuve de vigilance. À cet égard, le terme « cannabis thérapeutique » n'est pas nécessairement le plus approprié ; nous y reviendrons certainement. Nous nous réjouissons que les conclusions du comité d'experts permettent de trouver une issue, sous la forme d'une expérimentation. Nous serons au rendez-vous pour la présentation de ses conclusions.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** À propos de l'utilisation du terme de cannabis, j'ai récemment vécu une expérience assez intéressante : alors que j'étais en déplacement dans un collège, on m'a gentiment soufflé que nous allions légaliser l'usage du cannabis... Je m'interroge donc sur l'utilisation des termes d'usage médical du cannabis : les gamins ne retiennent que le mot « cannabis », pas « usage médical »... Cela pose un petit problème de dénomination. Mais l'expérimentation n'est pas inintéressante en soi.

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** Cet amendement est intéressant d'un point de vue médical. Toutefois, la présidente l'a rappelé, une mission d'information commune est prévue à ce sujet : ne devrions-nous pas attendre ses conclusions avant de procéder à cette expérimentation ? Pour ma part, je m'abstiendrai, car, tout comme ma collègue Firmin Le Bodo, je m'interroge sur le message : comment expliquer tout à la fois que le cannabis présente un intérêt du point de vue médical et, aux jeunes, qu'il est mauvais pour eux ? Il va falloir travailler sur les termes et la communication, car ce double message est difficilement compréhensible par les jeunes.

**M. Stéphane Viry.** Il va de soi que, dans le cadre nos travaux, l'approche doit être médicale. Ces derniers mois, nous avons reçu des éléments d'information relatifs à l'impact thérapeutique de la prescription des substances issues du cannabis. J'accueille donc favorablement l'idée d'expérimenter, dans un cadre clair et précis et pour une durée limitée, la prescription et l'utilisation de cette substance, à deux réserves près.

La première touche à la précipitation. On l'a dit à plusieurs reprises, une mission d'information commune à ce sujet est prévue et nous apportera des éclaircissements. Sur un sujet aussi délicat, peut-être serait-il judicieux de surseoir quelque temps ?

Ma seconde réserve rejoint la préoccupation exprimée par notre collègue Quatennens : dès lors que le cannabis est prescrit, il doit être produit : *quid* de la fourniture ? Irons-nous vers une production d'État pour alimenter des laboratoires ? Intellectuellement, je peux accepter cet amendement, à ces réserves près. J'ai besoin d'avoir plus d'informations. La question de la production notamment est essentielle.

**Mme Audrey Dufeu Schubert.** Je voterai en faveur de cet amendement. Néanmoins, nous devons en effet faire preuve de vigilance, notamment s'agissant de la

transparence des lobbies liés à ces nouvelles formes thérapeutiques. À ce jour, la loi ne prévoit pas de transparence spécifique, puisque l'usage du cannabis n'est pas reconnu en France, mais nous devrions être amenés à légiférer prochainement. Le tabac est soumis à des règles de transparence, qui diffèrent de celles s'imposant aux alcooliers. Il serait judicieux d'anticiper les règles de transparence qui s'appliqueraient à ces produits, si cette expérimentation se concrétisait.

**M. Alain Bruneel.** Ce débat est intéressant, en particulier concernant la production. Toutefois, des patients consomment d'ores et déjà du cannabis sous forme non médicamenteuse, et cela leur procure véritable soulagement. Le rapport de confiance entre le patient et le médicament est central. La consommation illégale est une réalité : autant le faire légalement, d'autant qu'il suffit au patient de passer la frontière pour en acheter. La proposition du rapporteur général devrait recueillir une large majorité. Au-delà, la question de la dépendance se pose, comme pour tout médicament : les patients qui ont d'ores et déjà recours au cannabis en deviennent dépendants, puisqu'ils l'utilisent régulièrement. Quoi qu'il en soit, je suis favorable à cette expérimentation, malgré les différentes questions qui ont été soulevées.

**M. Jean-Carles Grelier.** Je suis dubitatif. Je mesure bien l'opportunité politique qu'il y a à proposer une telle mesure au sein d'un PLFSS. Toutefois, n'étant pas médecin, j'admire les certitudes dont ont fait preuve certains de mes collègues quant au soulagement apporté par l'usage du cannabis, mais je ne peux ni les partager ni les contredire. Je note que M. le rapporteur, pour justifier son amendement, s'est cru obligé d'enlever son écharpe tricolore pour réenfiler sa blouse blanche de praticien... Les arguments médicaux sont parfaitement recevables, mais je ne sais pas les apprécier. Pour me prononcer, j'aurais besoin de disposer de davantage d'informations. Il serait judicieux d'attendre quelque temps, en particulier les résultats des travaux de la mission d'information commune évoquée par Mme la présidente. Ainsi, cet amendement pourrait réapparaître à l'occasion d'une discussion en seconde lecture du PLFSS, si nous disposions des rapports d'ici à cette échéance. Il est difficile de se prononcer sur le principe d'un cannabis thérapeutique en n'étant pas praticien. Pourquoi pas ? Mais pour pouvoir bien décider, encore faut-il être bien informé et je considère que tel n'est pas le cas aujourd'hui.

**M. Philippe Vigier.** Paul Christophe remarquait, non sans malice, que cet amendement avait franchi le cap de l'article 40. Pourtant, il est question dans l'exposé des motifs de coûts afférents à la mise en place de ce protocole thérapeutique.

Je ne suis pas opposé au principe de cette expérimentation. Cependant, la principale problématique est celle de la maîtrise de la production : envisagez-vous de recourir aux productions de pays voisins, dont les procédés de fabrication et le degré de pureté diffèrent ? Vous devez nous apporter davantage de précisions à ce sujet. Ainsi, vous évoquez les évaluations de toutes les étapes, à l'exception de celle-ci qui semble pourtant essentielle. Vous évoquez également l'autoproduction du cannabis et son acquisition dans des officines à l'étranger : ces pratiques seront-elles davantage prohibées ? Enfin, quelles sont les garanties pour le Parlement d'être au cœur de cette expérimentation ?

**M. le rapporteur général.** Voulez-vous y participer... ?

**M. Adrien Quatennens.** Comme la temporalité des rapports à venir, la sécurisation des patients ayant d'ores et déjà recours au cannabis de manière illégale est problématique. En effet, le cannabis produit dans le cadre du trafic, pour un usage non médical, est parfois coupé avec des produits hautement toxiques ou modifié pour en découpler les effets psychoactifs : en tout état de cause, il n'est pas adapté à un usage médical. Plus tôt cette expérimentation sera

autorisée, plus tôt des patients auront accès à un cannabis dont la qualité est contrôlée, au lieu d'un cannabis illégal dont le contenu est inconnu.

**Mme Michèle Peyron.** Pour ma part, et cela ne vous étonnera pas, je voterai des deux mains cet amendement. Je préfère qu'un patient qui souffre achète du cannabis thérapeutique plutôt que d'aller se fournir auprès d'un dealer. Cela étant, je partage les réserves qui ont été exprimées au sujet de l'appellation utilisée. En outre, différentes sécurisations pourront être apportées au cours de cette expérimentation, concernant la production et la vente du cannabis.

**M. le rapporteur général.** Dans le cadre de cette expérimentation, l'ANSM sera chargée de se procurer les quantités nécessaires de produit selon les dosages prévus. La distribution initiale se fera dans le cadre des pharmacies intra-hospitalières, sur ordonnance sécurisée et individualisée, issue de la prescription hospitalière d'un médecin spécialisé. Autrement dit, c'est ceinture et bretelles... Il n'y a pas d'association entre cette expérimentation et l'incitation à développer une filière de production de cannabis, fût-elle locale : on gèrera un cannabis considéré comme un médicament dans les pays desquels il sera issu. Au total, 3 000 malades sont concernés : nous sommes loin d'un réseau de patients qui s'échangeraient des sacs de cannabis dans le cadre d'un marché clandestin qui n'a pas besoin de cela pour se porter fort bien. En aucun cas l'incitation à la production ne constitue l'objet de cette expérimentation.

Concernant l'appellation, j'utilisais à l'origine celle de « cannabis thérapeutique ». L'Académie de pharmacie désapprouve cette appellation, davantage pour éviter l'usage du cannabis que pour des préoccupations de terminologie. Je propose donc de parler d'usage médical du cannabis. Si nous changeons à nouveau de formulation, autant cesser de parler des opiacés, de la codéine, de la morphine et de tous les produits de la pharmacopée française dont les effets indésirables sont beaucoup plus forts que ceux du cannabis. Souvenons-nous que la morphine a été développée pendant la guerre entre la France et la Prusse : auparavant, c'était de l'héroïne que l'on injectait aux soldats pour les soulager. Ses effets indésirables étant beaucoup trop forts, on l'a modifié chimiquement pour en faire de la morphine. De l'opium, on tire aussi la codéine, ce qui ne semble pas poser problème, alors même que nous sommes le pays champion de sa prescription... Sans parler des somnifères, hypnotiques et autres benzodiazépines, qui sont très répandus en France alors que les effets indésirables de ces molécules sont intenses. Il faut appeler un chat un chat : les enfants, les mineurs et les adolescents n'ont pas attendu que nous évoquions l'usage médical du cannabis pour s'intéresser, hélas ! à cette plante. Encore une fois, en tant que neurologue, je sais que les troubles du développement cérébral chez les consommateurs mineurs sont une autre paire de manches : soyez donc assurés de ma forte sensibilité à ce sujet.

La mission d'information parlementaire ira par ailleurs bien au-delà de l'usage médical du cannabis : elle traitera notamment de son usage récréatif et de la notion de bien-être. Je salue à cet égard, même s'ils ne sont pas tous commissaires aux affaires sociales, plusieurs de nos collègues qui travaillent sur ces questions : Emmanuelle Fontaine-Domeizel, Michèle Peyron, qui est présente, Caroline Janvier, Jean-Baptiste Moreau et Ludovic Mendes. Leur démarche est cependant distincte du sujet dont nous débattons.

Il ne faut pas, au motif de l'existence de cette mission d'information, retarder l'expérimentation en question. Vous n'imaginez pas le nombre de personnes, de malades et de patients qui depuis que nous l'avons envisagée, et même auparavant, attendent de trouver enfin une solution à la prise en charge de leur douleur. Certains n'ont pas franchi le pas de l'automédication, faute de savoir quel type de molécule leur conviendrait, en l'absence totale tant de conseils que d'orientation ; d'autres vivent une situation insupportable de clandestinité

qu'ils jugent injuste, alors que partout ailleurs, hors de nos frontières, ils seraient accompagnés médicalement.

Monsieur Grelier, vous avez abordé la question de l'information. Celle-ci, même si vous n'en disposez pas, existe : j'ai évoqué tout à l'heure le groupe d'experts mis en place le 28 juin dernier par la HAS. Des conclusions ont par ailleurs été rendues par l'ANSM. J'ai d'ailleurs été moi-même auditionné par ce groupe d'experts, composé de professeurs de médecine, de spécialistes de la douleur, de neurologues, d'oncologues et de cancérologues. Tous ont été unanimes à souhaiter que cette expérimentation puisse démarrer dans les meilleurs délais. Il faudra seulement prendre le temps de régler précisément la question de l'approvisionnement et de la formation, car chaque médecin qui prescrira du cannabis médical devra auparavant avoir reçu une formation continue spécifique : cette expérimentation pourra donc, je l'espère, débiter d'ici à la fin du premier semestre 2020. Je vous en conjure : pensez aux milliers de gens qui attendent, et soyez certains qu'il ne s'agit pas d'une voie d'entrée vers une autre forme de consommation de cannabis.

Monsieur Vallaud, j'ai refusé de rencontrer dans le cadre parlementaire les nombreux lobbies ainsi que les différents acteurs de ce secteur qui ont voulu saisir cette opportunité de se faire entendre, ce qui peut se comprendre.

Une étude de suivi en vie réelle sera en outre menée.

En définitive, la seule raison pour laquelle l'usage médical du cannabis n'est pas reconnu dans notre pays est qu'il est dans le domaine public et qu'aucun laboratoire pharmaceutique important n'avait donc intérêt à développer une recherche avant étude de mise sur le marché, hormis dans le cas de maladies de niche comme les épilepsies rares et réfractaires.

Rappelons enfin que le cannabis médical ne constitue pas la panacée ni une martingale, et que son usage ne marquera pas la fin des douleurs. Il ne soulagera pas tout le monde sans conditions et pour toutes les maladies, mais seulement dans le cadre d'indications et de dosages précis, avec des risques d'échec, mais aussi des possibilités de succès, en espérant que les succès seront les plus nombreux possibles et que l'on pourra enfin apporter une réponse aux malades qui attendent de nous que nous leur apportions une solution.

**Mme Brigitte Bourguignon, présidente.** Absolument.

*La commission adopte l'amendement.*

**Article 30 : Sécurisation et imputation (pluriannuelle) des mesures de paiement des remises ATU/post ATU**

*La commission examine l'amendement AS819 de M. Joël Aviragnet.*

**M. Joël Aviragnet.** Cet amendement porte sur les autorisations temporaires d'utilisation (ATU). Le groupe Socialistes et apparentés soutient bien évidemment les mesures visant à maîtriser et donc à sauvegarder le dispositif d'accès précoce aux médicaments spécifiques en France. L'ATU est néanmoins régulièrement utilisée par certains industriels comme un outil pour peser dans les négociations de prix. Les nouveaux critères d'octroi concernant les ATU nominatives risquent en outre de limiter l'accès à certains médicaments. Notre amendement vise donc tout simplement à mieux garantir la soutenabilité financière du dispositif ATU afin de permettre à nos concitoyens un meilleur accès aux médicaments innovants.

**M. le rapporteur général.** Cher collègue, votre amendement traduit à mon sens une légère confusion : il ne s'agit pas de renoncer à ces ATU nominatives, car elles peuvent être

extrêmement utiles dans certains cas ponctuels, mais de réserver leur utilisation au cas où elles sont nécessaires et d'empêcher ainsi les abus de certains laboratoires.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS416 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Pierre Door.** Depuis un an, c'est-à-dire à partir du moment où l'on a pu faciliter leur inclusion en raccourcissant la procédure normale d'AMM, les ATU se sont améliorées. Si elle a permis de lancer plusieurs opérations, cette évolution a cependant suscité quelques critiques : l'ANSM décide de l'inclusion d'un produit dans la liste des ATU, tandis que la HAS l'évalue, à plusieurs mois de distance. D'où un manque de cohérence, qui peut poser difficulté. Mon amendement vise donc à instaurer une codécision entre l'ANSM et la HAS quant à l'utilité et à l'éligibilité d'un médicament sur la liste des ATU.

**M. le rapporteur général.** Monsieur Door, vous souhaitez que la HAS décide de la délivrance ou non des ATU aux côtés de l'ANSM. Mais l'ANSM est dans son rôle lorsqu'elle juge de la sécurité d'un médicament en vue de délivrer une AMM ou une ATU, alors que la HAS a pour mission d'évaluer un médicament du point de vue médico-économique ; or la question du coût d'un médicament n'intervient qu'après. Je vous propose donc de retirer votre amendement ; à défaut, j'y serais défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*La commission est ensuite saisie des amendements identiques AS282 de M. Paul Christophe et AS705 M. Jean-Carles Grelier.*

**M. Paul Christophe.** J'ai, depuis le début de mon mandat, axé – pour partie tout du moins – mon travail sur la mise à disposition des médicaments innovants. Si l'on observe que le délai de mise sur le marché avoisine encore, effectivement, 500 jours, ce qui me semble excessivement long, il existe ce dispositif dit des ATU, accordées avant les AMM. Mais on peut se retrouver obligé de prolonger exceptionnellement une ATU après une AMM, faute d'avoir pu se mettre d'accord sur un prix. Rappelons également que les ATU intéressent à peu près 10 % des patients concernés, ce qui permet également de raisonner en termes de perte de chances.

Mon amendement AS282 vise avant tout à vous sensibiliser sur le fait que, tel que proposée dans le texte, la fixation d'un montant indicatif reviendrait à permettre au CEPS de fixer un prix unilatéral des remises et pourrait dissuader les entreprises pharmaceutiques d'avoir recours au dispositif ATU et donc de retarder la mise à disposition des médicaments concernés, ce qui ne laisse pas de m'interroger.

Je rappelle également que nous avons il y a maintenant un an adopté une mesure instaurant des ATU avec des extensions d'indications ; un an plus tard, on n'est toujours pas capable de la mettre en place car deux arrêtés n'ont pas été pris. Peut-être pourriez-vous faire passer un message à cet égard, monsieur le rapporteur général ? Nous sommes véritablement dans l'attente de ces dispositions pour les cinq médicaments concernés.

**M. Jean-Carles Grelier.** Au mois de juillet 2018, le Premier ministre, devant le Conseil stratégique des industries de santé, s'était engagé à simplifier la procédure des ATU. Je fais appel aux souvenirs que vous avez pu garder de nos débats de l'an passé, tant en commission qu'en séance publique : tout le monde s'était alors plaint de l'extrême complexification des dispositifs ATU dans les textes produits par le ministère : sept pages parfaitement illisibles et incompréhensibles, y compris pour les premiers concernés.

Or nous sommes de nouveau en présence d'une mesure qui va complexifier encore un peu la procédure et qui traduit une sorte de défiance à l'égard des laboratoires ; or, s'ils ne sont pas, loin s'en faut, exempts de reproches, ceux-ci restent les principaux acteurs de l'innovation thérapeutique. Cette dimension ne doit pas non plus être négligée.

Mon amendement AS705, identique à celui de mon collègue Paul Christophe, tend à simplifier et à laisser de la place à la négociation conventionnelle, et surtout à ne pas dissuader l'industrie pharmaceutique de s'engager dans ces processus d'innovation.

Nous parlions tout à l'heure des patients en attente de cannabis thérapeutique ; il y a aussi des patients pour lesquels le pronostic est fatal, sauf s'ils peuvent bénéficier d'un dispositif innovant. Les ATU le permettent aujourd'hui : simplifions donc le dispositif autant que faire se peut.

**M. le rapporteur général.** Tout d'abord, monsieur Christophe, le décret a été, même si cela a pris longtemps, publié cet été.

**M. Paul Christophe.** Oui, mais pas les arrêtés.

**M. le rapporteur général.** Cela va venir : tout vient à point à qui sait attendre, même si, en l'occurrence, il a fallu s'armer de patience. J'évoquais tout à l'heure le cas emblématique de ce médicament de thérapie génique à 2 millions d'euros : nous n'avons aucune envie que ce type de cas se multiplie, d'autant plus qu'il pourrait, pour les malades, constituer des freins en matière d'accès à certains traitements. Tout cela pèsera demain très, très lourd dans l'enveloppe médicamenteuse, et nous nous retrouverons tous, à l'occasion de l'examen d'un autre PLFSS, pour trouver des solutions visant à financer à la fois les anciens traitements et les nouveaux.

Si la prudence s'impose, cet article étend le nouveau mécanisme, adopté l'année dernière, applicable aux ATU nominatives. Je suis donc défavorable à ces deux amendements.

*La commission rejette les amendements.*

*Elle examine ensuite les amendements AS227 et AS228 de M. Paul Christophe.*

**M. Paul Christophe.** Ces deux amendements visent tous deux à apporter quelques modifications techniques à l'alinéa 16.

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

*Puis elle est saisie de l'amendement AS180 de M. Philippe Berta.*

**Mme Michèle de Vaucouleurs.** Les ATU permettent, dès lors que l'état de santé des patients le nécessite, d'accéder à un médicament avant qu'il ne soit mis sur le marché. Elles représentent donc, pour nos concitoyens atteints d'une maladie rare ou grave pour laquelle aucun traitement approprié n'existe sur le marché, une chance importante de bénéficier d'un accès précoce aux médicaments innovants.

Cet amendement vise à maintenir la possibilité d'ATU nominatives pour les nouvelles indications, dans la mesure où des repositionnements de molécules sont actuellement à l'étude pour le traitement de plusieurs maladies rares et pourraient donc bénéficier à des patients actuellement en impasse thérapeutique.

Opportunité économique, ces ATU ne présentent pas, pour l'assurance maladie, de risque de dérapage dans la mesure où celle-ci dispose de moyens de contrôle : une enveloppe de 10 000 euros par patient et le reversement de la totalité de la différence avec le prix déterminé par le CEPS.

**M. le rapporteur général.** Chère collègue, je vous propose, pour les raisons évoquées tout à l'heure, de retirer votre amendement : les alinéas 17 et 18 apportent en effet deux précisions de bon sens permettant de mieux réguler la délivrance des ATU nominatives.

**Mme Michèle de Vaucouleurs.** S'agissant d'un amendement de mon collègue Philippe Berta, je le maintiens.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine les amendements AS1023 et AS1024 de M. le rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** L'amendement AS1023 tend à supprimer l'alinéa 36, c'est-à-dire une disposition prévoyant une communication par le ministre chargé de la sécurité sociale du prix des ATU. Si cette disposition permettant de donner au laboratoire concerné une visibilité me semble intéressante, quelle est la valeur juridique d'une telle communication ? Est-il nécessaire de la mentionner dans la loi ? Cette mention pourrait même s'avérer contre-productive.

L'amendement AS1024 porte, lui, sur l'alinéa 42 et vise à combler un vide juridique portant sur l'application des dispositions relatives à la régulation des ATU nominatives aux ATU déposées avant le 1<sup>er</sup> mars 2020 : il s'agit d'un amendement de précision.

*La commission adopte successivement les amendements.*

*Enfin, elle adopte l'article 30 modifié.*

**Article 31 :** *Transfert du financement de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et de l'Agence nationale de santé publique à l'assurance maladie*

*La commission est saisie de l'amendement de suppression AS946 de M. Francis Vercamer.*

**M. Francis Vercamer.** Non seulement le Gouvernement a décidé de ne plus compenser les exonérations sociales décidées par l'État, mais il transfère le financement des agences dont les crédits étaient inscrits au budget général au budget de la sécurité sociale ! Si l'on peut éventuellement comprendre que l'ANSM pourrait être financée par cette dernière, l'Agence nationale de santé publique « Santé publique France », dont la mission se résume à la prévention, notamment du tabagisme chez les jeunes, n'a aucun rapport ni avec les cotisations sociales ni avec le travail – rappelons que la sécurité sociale est financée, de mémoire à hauteur de 61 %, par le travail ; le Gouvernement exagère quelque peu lorsque sa lutte contre le déficit du budget de l'État l'amène à faire supporter le financement de ces agences par celui de la sécurité sociale... C'est la raison pour laquelle je propose, par cet amendement, la suppression de l'article 31.

**M. le rapporteur général.** Je suis défavorable à la suppression de cet article qui vise à transférer le financement de l'ANSM et de l'ANSP de l'État à l'assurance maladie, dans la mesure où ce transfert s'accompagne en effet d'un transfert de fonds qui le rendra totalement indolore.

**M. Jean-Carles Grelier.** J'abonde dans le sens de notre collègue Francis Vercamer. Je copréside, avec notre collègue Cyrille Isaac-Sibille, le groupe d'études « Prévention santé » ; or nous nous sommes aperçus au cours de nos travaux que se faisait jour, en matière de prévention et d'éducation à la santé, une véritable problématique de gouvernance. Peut-être une évolution logique conduira-t-elle un jour Santé publique France à travailler de façon interministérielle afin de pouvoir gérer, contrôler et animer l'ensemble des réseaux de prévention et d'éducation à la santé gérés par les différents ministères ; dans une telle

perspective, faire financer cet opérateur par l'assurance maladie paraît quelque peu surprenant : je livre ces éléments de réflexion à votre sagacité.

**M. Philippe Vigier.** J'apporte également mon soutien à Francis Vercamer.

Je ne comprends pas pourquoi nous avons tout à l'heure rejeté – malheureusement – un amendement qui nous aurait permis de réaliser 300 millions d'euros d'économies et d'améliorer ainsi l'efficacité de la sécurité sociale, puis adopté un autre qui nous embarque, nonobstant l'intérêt qu'elle présente, dans une expérimentation massive des produits dérivés du cannabis dans le cadre de certaines pathologies, sans en connaître véritablement la dimension financière.

Il s'agit en l'espèce d'un transfert pur et simple, alors même que les politiques de prévention ne relèvent par définition pas de la sécurité sociale, mais de politiques régaliennes qui ne procèdent que de l'État. Chacun répète à l'envi que les sommes consacrées à la prévention représentent autant d'économies à l'avenir en traitements curatifs : un tel amalgame ne me semble donc pas de bon aloi, car l'on voit bien que toute cette manœuvre n'a d'autres buts que de masquer quelques économies. C'est dommage, car ce sera en fin de compte autant de crédits en moins pour l'assurance maladie, dans la mesure où nous restons à enveloppe budgétaire quasi constante : même si l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) baisse, le compte n'y sera pas dans certains secteurs.

**M. Pierre Dharréville.** L'article 31 pose une question de fond : pourquoi cette disposition ? Pour l'instant, la seule réponse que l'on nous donne est la suivante : parce que nous voulons simplifier le financement de ces agences, etc. Or on voit très bien qu'à travers ce transfert, c'est la raison d'être de ces deux agences que l'on cherche à modifier, et peut-être, pour partie, celle de la sécurité sociale.

Une telle évolution nous renvoie à la discussion que nous avons eue au tout début de l'examen de ce projet de loi, c'est-à-dire à la question : quel est le partage des tâches ? Elle se pose en l'occurrence pour ces deux agences, la première chargée de la sécurité du médicament, la seconde, Santé publique France, de fonctions de contrôle et de prévention - au nom de la puissance publique, car elles sont des outils de l'État, et non de la sécurité sociale.

Quelle logique d'organisation de ces différents acteurs sous-tend cette proposition ? Je crois la comprendre, mais je ne suis pas sûr que cela me convienne... Le sujet mérite un débat de fond, qui aille au-delà d'une simple affaire de tuyauterie.

Enfin, il se peut évidemment qu'à terme, dans la mesure où le financement de ces agences s'avère d'ores et déjà insuffisant, on fasse supporter à la sécurité sociale des charges supplémentaires – ce qui alimentera un débat que nous avons déjà eu.

**M. le rapporteur général.** Cela n'arrivera pas...

**M. Joël Aviragnet.** J'irai dans le même sens : le fait que ce transfert s'accompagne d'un transfert de fonds correspondant ne saurait constituer en soi une réponse satisfaisante. Vous ne manquerez pas de nous expliquer, monsieur le rapporteur général, qu'il n'est pas possible de procéder autrement en application du principe de l'annualité budgétaire ; mais ce transfert ne vaudra que pour cette année, on ignore ce qu'il en adviendra par la suite. J'abonde dans le sens de mon collègue Pierre Dharréville : c'est, une fois de plus, une question de choix politique, pas une question technique ni une question financière, mais bien le fruit d'une volonté délibérée du Gouvernement. Assumez-la !

**M. Jean-Pierre Door.** Chat échaudé craint l'eau chaude... On a bien identifié, au début de l'examen de ce PLFSS, ce problème de transfert entre l'État et la sécurité sociale : ne revenons pas sur l'article 3. Mais dans le cas présent, ce transfert s'accompagne d'une

compensation d'un montant de 270 millions d'euros. Sera-t-elle ou non pérenne ? Si la question est posée, aurons-nous la réponse avant de voter ?

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** J'ai toujours cru que chat échaudé craignait l'eau froide...

**M. le rapporteur général.** Je n'ai jamais compris cette expression : les chats craignent l'eau en général...

Je suis surpris, chers collègues, par vos réactions sur le transfert du financement de l'ANSM et de Santé publique France de l'État à la sécurité sociale.

**M. Francis Vercamer.** Peut-être levons-nous des lièvres ?

**M. le rapporteur général.** Pour commencer, toutes les agences de son périmètre sont désormais financées par la sécurité sociale, à l'exception de l'Institut national du cancer (INCa) et de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES).

Ensuite il ne s'agit pas – c'est très bien spécifié dans le texte – d'une compensation, mais d'un transfert de recettes de TVA pérennes, à l'euro près. Une telle évolution fait par ailleurs sens, dans la mesure où ces deux agences interagissent très fortement avec les autres politiques de santé que nous évoquons chaque année lors de l'examen du PLFSS. Elle nous permettra en outre chaque année, au moment de l'examen du PLFSS, des débats approfondis tant sur le financement que sur leurs missions, ce qui restait jusqu'à présent l'apanage du projet de loi de finances : reconnaissons que les commissaires aux finances ne sont pas les plus légitimes à s'occuper de l'ANSM et de l'ANSP. Nous sommes plutôt en train de renforcer le périmètre du PLFSS, dans la suite logique des débats que nous avons eus hier. Dans la mesure où il s'agit d'un transfert de TVA et non d'une compensation, j'ai toute assurance que la sécurité sociale n'y perdra pas au change. Et ce mouvement fait également sens en termes d'organisation globale des agences de santé. Je suis par conséquent défavorable à l'amendement.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 31 sans modification.*

**Article 32 :** *Lissage de la fin de droit à la protection complémentaire en matière de santé*

*La commission examine les amendements AS823 et AS824 de M. Joël Aviragnet.*

**M. Joël Aviragnet.** La couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) fusionneront au 1<sup>er</sup> novembre 2019 dans la complémentaire santé solidaire dont nous souhaitons supprimer la référence à l'âge des bénéficiaires. Tel est en effet l'objet de l'amendement AS823.

Nous avons déjà, de mémoire, défendu le même amendement l'an dernier : il tendait également à supprimer la référence à l'âge dans la fixation du tarif de contrat de la complémentaire santé solidaire. Cet article prévoit en effet que la participation financière des bénéficiaires variera en fonction de leur âge, ce qui nous paraît discriminant dans la mesure où ce sont les personnes les plus âgées qui ont besoin des soins les plus importants. Nous considérons que cette disposition du projet de loi répond à une logique assurantielle privée et non à une logique de solidarité entre les générations.

L'amendement AS824 vise à substituer à la notion d'âge la notion de revenus, même si la disposition concerne des publics à faibles revenus : il nous semble en effet qu'un tel critère serait plus juste.

**M. le rapporteur général.** Monsieur Aviragnet, je suis d'accord avec vous : la sélection des risques en fonction de l'âge ou des revenus n'est pas judicieuse. Il s'agit néanmoins en l'espèce d'un dispositif de contrat de sortie reposant sur un choix individuel.

La notion de sélection des risques existe de fait dans l'ensemble des contrats : si vous supprimez une telle possibilité dans le cadre des contrats de sortie, vous priveriez un certain nombre de personnes de la possibilité d'en bénéficier.

Je vous propose donc de retirer ces deux amendements. À défaut, j'y serais défavorable.

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

*Puis elle **adopte** l'article 32 sans modification.*

**Article 33** : *Prise en charge intégrale des frais liés à la contraception pour l'ensemble des mineures*

*La commission **adopte** l'article 33 sans modification.*

**Article 34** : *Renforcement du dispositif en matière de prévention et de lutte contre les ruptures de stocks de médicaments*

*La commission commence par examiner l'amendement AS235 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Pierre Door.** La lutte contre les ruptures de stocks de médicaments est fondamentale : nous sommes tous, me semble-t-il, partisans de trouver une solution adaptée. Nous avons bien vu ce qui se passait ici ou là dans les territoires lorsque certains médicaments faisaient défaut dans les pharmacies. Cela étant, il apparaît irréaliste d'imposer la constitution d'un stock de sécurité nationale composé de l'ensemble des médicaments car cela poserait problème. Aussi mon amendement vise-t-il à faire préciser par décret la liste des médicaments indispensables sur laquelle pèserait cette obligation. Effet, on ne saurait envisager un éventail trop large de médicaments ; ajoutons que les entreprises concernées ont besoin de connaître la liste des médicaments à fournir obligatoirement.

**M. le rapporteur général.** Je considère que votre amendement est satisfait : lors de leur audition, les représentants de la direction générale de la santé nous ont en effet d'ores et déjà en effet précisé que cette obligation s'appliquerait aux médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, sauf si ceux-ci ne peuvent être stockés, ce qui est le cas de certains médicaments biologiques, de certains vaccins, de certaines pilules contraceptives et de certains solutés majeurs. Je vous propose donc de retirer votre amendement.

*L'amendement AS235 est **retiré**.*

*La commission examine ensuite les amendements identiques AS413 de M. Jean-Pierre Door et AS585 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.*

**M. Jean-Pierre Door.** Je pense que vous allez également, monsieur le rapporteur général, me faire retirer l'amendement AS 413 : il traite du problème des vaccins, dont le stockage est compliqué.

Chacun sait comment on fabrique un vaccin, et le temps qu'il faut pour en mettre un au point : un tel processus implique en effet de connaître tout à la fois les souches et les résultats concernés, ce qui peut demander de nombreux mois. Il faut également prendre en compte la variabilité : un vaccin peut en effet varier en fonction du temps et de nombre d'autres facteurs. Comment par conséquent peut-on, compte tenu de toutes ces contraintes, stocker des vaccins ? L'amendement propose qu'ils restent bien entendu disponibles, mais en

se voyant exclus du stock de sécurité destiné au marché national. Les stocker dans une simple boîte ou dans un tiroir me paraît en effet impossible.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** La spécificité même du produit vaccin nécessite que l'article 34 qui nous est proposé prévoie son exclusion du stock de sécurité : tel est l'objet de l'amendement identique AS585.

**M. le rapporteur général.** J'ai répondu tout à l'heure à la question portant sur les vaccins, et je répons à présent par anticipation au stock de médicaments dérivés du plasma : certains d'entre eux pourront être conservés, d'autres pas forcément, et l'obligation de conservation dans le cadre du stock de sécurité ne vaudra que pour les premiers. La direction générale de la santé a répondu très clairement sur ce point au cours des auditions. Je propose à leurs auteurs de retirer ces deux amendements identiques. À défaut, j'y serais défavorable.

**M. Philippe Vigier.** Monsieur le rapporteur général, vous allez un peu vite en besogne : si vous aviez visité une unité de fabrication de vaccins afin de prendre conscience de toutes ses problématiques, vous répondriez de façon un peu moins caricaturale.

**M. le rapporteur général.** Caricaturale ?

**M. Philippe Vigier.** Nos expériences sont différentes ; souffrez que nous puissions, à un moment ou à un autre, confronter nos idées. Ou alors, passons directement à l'amendement suivant...

Si nous appelons votre attention sur ce point, c'est parce qu'à l'instant présent, la production de certains vaccins est en cours, qui seront livrés dans deux mois, alors que d'autres ont été fabriqués il y a déjà cinq mois. Vous ne pouvez donc imposer cette obligation de constituer quatre mois de stock pour les vaccins, car elle est incompatible avec leur spécificité. Ou alors, je le dis très librement, on se retrouverait à devoir ouvrir la porte à la production de vaccins à l'étranger, dans des conditions qu'il ne nous sera pas toujours possible de maîtriser.

Je crois qu'il faut simplement être prudent. Je me permets d'insister, monsieur le rapporteur général : il s'agit d'un véritable problème ; on ne cherche pas à défendre un tel ou un tel. Cette question se pose dans ces termes, compte tenu des contraintes de production.

**M. Gilles Lurton.** La réponse du rapporteur général me conduit à présenter d'emblée mon amendement AS615, qui viendra prochainement en discussion et qui concerne les médicaments dérivés du plasma. Pour ceux-ci, il me paraît illusoire de prétendre constituer des stocks d'une durée de quatre mois. En effet, on manque totalement de ce type de médicaments, qui sont très difficiles à obtenir. La France a cruellement besoin. C'est pourquoi il faudrait instituer dans le texte une exception en leur faveur. Tel est l'objet de mon amendement AS615, qui aura pour objet d'insérer, à l'alinéa 4, les mots : « à l'exception des médicaments dérivés du plasma », comme M. Door suggérait de le faire à propos des vaccins.

**M. le rapporteur général.** Il est un peu caricatural d'imaginer que l'État va contraindre des industries à stocker des produits indisponibles.

Il faut rappeler d'où l'on part : à l'heure actuelle, des ruptures de stocks surviennent sur des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur. Malgré toutes les dispositions qui ont été prises par voie conventionnelle, contractuelle, en dépit de toutes les menaces et de toutes les discussions, des incitations et des dispositions coercitives adoptées à l'adresse des laboratoires et de l'industrie, on manque de plus en plus de médicaments en France et en Europe. Parfois, des stocks produits sur le territoire partent directement par camion vers l'aéroport pour alimenter d'autres sites de distribution.

L'idée n'est pas d'imposer quoi que ce soit. J'ai du mal à concevoir qu'on fasse la loi en écrivant, noir sur blanc, qu'on ne pourra pas stocker tel ou tel type de médicament – à moins d'établir une liste exhaustive des produits concernés. J'ai conduit une mission sur la filière du sang et sur les médicaments dérivés du plasma, et je peux vous assurer que certains produits peuvent être conservés. On ne peut pas imaginer une seconde que la direction générale de la santé, l'ANSM ou l'État français exigent des laboratoires qu'ils réalisent l'impossible. Ou alors, il faut faire une liste exhaustive des produits ne devant pas être stockés, et prévoir de la réviser tous les ans : car une fois que c'est dans la loi, on ne peut plus revenir en arrière. En l'occurrence, la loi renvoie au décret le soin de définir les médicaments, les produits concernés ou non.

**M. Philippe Vigier.** Dans cette même pièce, il y a une dizaine d'années, on nous soutenait qu'il fallait acheter en urgence 90 millions de doses de vaccin que l'on serait amené à délivrer, ce qu'on n'a jamais su faire. Je vous renvoie aux travaux de la commission d'enquête parlementaire sur la manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A (H1N1). Le ministre de l'époque, à qui nous avons opposé moult arguments, nous avait dit qu'il fallait absolument le faire pour des raisons sanitaires. Jean-Pierre Door, qui était présent, s'en souvient : cela a été ressenti, sur tous les bancs, comme un échec terrible, sans même parler de l'organisation du système de vaccination. Si nous vous disons cela pour les vaccins, c'est parce que cela traduit une réalité. Autant nous ne voyons aucun inconvénient au stockage des autres médicaments, autant il est à craindre que, pour les vaccins, vous ouvriez la porte à des marchés sur lesquels vous n'aurez jamais la même qualité de production.

*La commission rejette les amendements.*

*Elle examine ensuite les amendements identiques AS615 de M. Gilles Lurton et AS740 de M. Stéphane Viry.*

**M. Gilles Lurton.** J'ai déjà défendu l'amendement AS615. Je ne comprends vraiment pas quel problème créerait l'exclusion des médicaments dérivés du plasma du champ de cet article.

**M. Stéphane Viry.** Il s'agit, par l'amendement AS740, d'exempter de sanctions des entreprises qui n'auraient pas en stock un certain nombre de produits, notamment, comme M. Lurton l'a dit, des médicaments dérivés du plasma. La distribution de ces produits se caractérise en effet par des tensions liées, d'une part, à l'accroissement considérable, à l'échelle mondiale, de la demande de ces médicaments et, d'autre part, à la rareté de la matière première qui les compose, en l'occurrence le plasma sanguin. Les entreprises productrices de ces médicaments essentiels pour la santé font d'ores et déjà l'objet d'une vigilance spécifique des autorités sanitaires, compte tenu de la pénurie du produit ; au regard du contexte international et des difficultés de notre filière pharmaceutique, on pourrait accorder une tolérance aux entreprises du médicament, afin qu'elles échappent aux sanctions si, d'aventure, elles ne respectaient pas, pour ce qui concerne les médicaments dérivés du plasma, les règles fixées.

**M. le rapporteur général.** Mon avis est toujours défavorable.

*La commission rejette les amendements.*

*Puis elle se saisit de l'amendement AS1025 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** L'article 34 permettra de lutter efficacement contre la rupture de stocks d'un grand nombre de médicaments – difficulté régulièrement évoquée en commission et lors des auditions, à l'égard de laquelle les Français sont de plus en plus

vigilants et inquiets. Il s'agit notamment d'obliger les laboratoires à stocker certains médicaments pendant quatre mois. Toutefois, l'article ne dit rien de l'endroit où ils doivent être conservés. Je propose donc de préciser par amendement que ces stocks doivent être réalisés en France ou, à défaut, sur le territoire européen : si un laboratoire américain a des stocks en Chine, ce n'est pas une garantie suffisante pour le marché français.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle en vient à l'amendement AS1013 de M. Pierre Dharréville.*

**M. Pierre Dharréville.** Cet amendement vise à allonger la durée de stockage des médicaments de quatre à six mois. La multiplication des scandales sanitaires et des pénuries de médicaments rend urgente l'instauration d'une politique publique ambitieuse en la matière. En 2019, plus de 1 200 médicaments d'intérêt thérapeutique majeur sont concernés par des tensions ou une rupture d'approvisionnement, contre 800 en 2018 et seulement 44 dix ans plus tôt. On connaît les raisons de cette situation : la délocalisation des sites de production de médicaments vers les pays d'Asie, qui se poursuit, les comportements des grossistes-répartiteurs qui préfèrent vendre leurs stocks de médicaments aux pays plus offrants, ainsi que des tensions d'approvisionnement volontairement créées par les laboratoires pour jouer sur les cours. Les autorités publiques ont la responsabilité de garantir l'accessibilité universelle aux soins de santé et aux médicaments. Dans cet esprit, notre amendement a pour objet d'obliger les industriels à constituer des stocks permettant de couvrir durant six mois, au lieu de quatre, les besoins en médicaments de la population.

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

*Elle passe aux amendements identiques AS412 de M. Jean-Pierre Door et AS583 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.*

**M. Jean-Pierre Door.** Mon amendement AS412 précise que le décret sera pris en Conseil d'État après une consultation préalable des acteurs concernés. Il est impératif d'engager une concertation avec l'ensemble des acteurs de la chaîne d'approvisionnement, ainsi que le prévoit la feuille de route de la ministre des solidarités et de la santé. Il faudrait aussi attendre les conclusions de la mission confiée à M. Jacques Biot, chargé d'analyser les causes profondes de cette situation, s'agissant notamment des choix industriels. Enfin, la pilule de la sanction financière est un peu difficile à avaler. Si sanctions il devait y avoir, il faudrait savoir qui les déterminerait : la ministre des solidarités et de la santé, Bercy, l'ANSM ?

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Mon amendement AS583 va dans le même sens que celui de M. Door. Nous savons tous que les ruptures de stock de médicaments, dont les effets peuvent être assez dramatiques, ont des causes multifactorielles. Entrer par le prisme du stock me paraît une réponse pour le moins hasardeuse. Par ailleurs, je m'étonne qu'on commence à proposer des mesures sans attendre les résultats de la mission qui a été lancée. Enfin, s'il est décidé d'établir des sanctions financières, la question est de savoir qui va les prononcer et de déterminer si elles abonderont les recettes du PLFSS.

**M. le rapporteur général.** Une concertation supplémentaire, on n'en a pas le temps. Les ruptures de stocks, ça suffit ! Cela devient l'enfer pour les pharmacies, les patients, les hôpitaux – CHU et centres hospitaliers. On veut avancer. Une concertation a déjà été engagée et la commission des affaires sociales du Sénat a publié un rapport d'information extrêmement clair sur les raisons de cette crise.

Vous demandez qui déterminerait le montant des sanctions financières, si elles devaient être décidées, et si cela se révélait nécessaire : ce sera le directeur général de l'ANSM, et non un responsable politique.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Monsieur Véran, je n'ignore pas que le Sénat a conduit une mission d'information mais, en réponse à une question que je lui ai posée en mai dernier, la ministre a annoncé la création d'une mission, qui conduit ses travaux actuellement. Même si la disposition en discussion fera certainement partie des propositions de la mission, il me semble étrange d'en avoir choisi une parmi tant d'autres, alors que, on le sait bien, les raisons de ces difficultés sont multiples. En tout état de cause, on ne demande pas une nouvelle mission, car la ministre en a créé une, qui est actuellement à l'œuvre.

*La commission rejette les amendements.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette ensuite l'amendement AS582 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.*

*Puis elle examine l'amendement AS613 de M. Gilles Lurton.*

**M. Gilles Lurton.** Bien que je me doute un peu de l'issue qui sera réservée à cet amendement, je vais néanmoins le défendre.

Les médicaments dérivés du plasma sont des spécialités pharmaceutiques spécifiques, en raison de leur matière première, le plasma sanguin : cet élément humain ne peut être synthétisé dans un laboratoire et constitue une ressource naturellement limitée. Ces médicaments biologiques uniques sont indispensables à de nombreux patients atteints de maladies rares et graves, telles que les déficits immunitaires, les neuropathies périphériques ou encore l'angio-œdème héréditaire, pour lesquelles il n'existe pas d'alternative thérapeutique. Face à l'augmentation croissante de la demande en médicaments dérivés du plasma à l'échelle mondiale, la France peine, depuis plusieurs années, à assurer l'accès des patients à leur traitement en quantité suffisante. En raison du contexte mondial marqué par d'importantes tensions d'approvisionnement et du caractère unique de ces médicaments, les entreprises pharmaceutiques qui les produisent peuvent se trouver dans l'incapacité de fournir une alternative médicamenteuse aux traitements. Afin de tenir compte de cette spécificité, l'amendement vous propose d'introduire une exception au mécanisme d'importation obligatoire pour les médicaments dérivés du plasma.

**M. le rapporteur général.** Défavorable, ainsi que sur les amendements AS616 de M. Lurton et AS743 de M. Viry, qui ont trait aux médicaments dérivés du plasma. Je vous ai lu, tout à l'heure, la déclaration du directeur général de la santé et le contenu de l'article de loi prévoyant qu'un décret en Conseil d'État définirait les classes thérapeutiques qui ne pourront pas faire l'objet de stocks. Si vous voulez connaître par avance le contenu du décret, plutôt que d'inscrire par avance dans la loi certaines classes thérapeutiques, vous pouvez poser la question à la ministre la semaine prochaine...

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette l'amendement AS621 de M. Gilles Lurton.*

*Elle se saisit alors des amendements identiques AS616 de M. Gilles Lurton et AS743 de M. Stéphane Viry.*

**M. Gilles Lurton.** L'amendement AS616 est défendu.

**M. Stéphane Viry.** Je souhaiterais réagir aux propos du rapporteur général. Pour tout argument, monsieur Véran, vous nous expliquez qu'un décret est en cours de préparation.

Toutefois, dans la hiérarchie des normes, le décret est subordonné à la loi, dont il assure l'application. Je considère que c'est à nous qu'il revient de poser le cadre, en notre qualité de législateurs. L'exécutif pourra, par la suite, préciser un certain nombre de dispositions. Compte tenu de la spécificité des médicaments issus du plasma, il nous appartient de définir des règles. C'est la raison pour laquelle je maintiens mon amendement AS743. Je n'approuve pas le décalage dans le temps qui nous est proposé et cette soumission à un décret que pourrait prendre Mme la ministre.

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

*Puis elle adopte l'article 34 modifié.*

**Article 35 :** *Bilan de santé obligatoire pour les entrées dans l'aide sociale à l'enfance*

*La commission examine l'amendement AS408 de M. Cyrille Isaac-Sibille.*

**Mme Nathalie Elimas.** L'amendement AS408 vise à préciser que le bilan de santé créé par l'article 35 doit également comprendre un volet consacré à la prévention. En effet, les enfants et adolescents pris en charge au titre de la protection de l'enfance constituent une population particulièrement vulnérable, souffrant d'un état de santé dégradé et souvent issue d'un milieu peu favorisé. Il apparaît ainsi nécessaire, pour améliorer leur état de santé global, que le bilan de santé comprenne un volet dédié à la prévention afin qu'on puisse leur inculquer les bons comportements en matière de santé.

**M. le rapporteur général.** C'est un amendement de précision utile. Avis favorable.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle en vient aux amendements AS752 et AS753 de Mme Martine Wonner.*

**Mme Martine Wonner.** L'amendement AS752, purement rédactionnel, a pour objet de remplacer le mot « médical » par les mots « somatique et/ou psychique », afin de reprendre la terminologie employée à l'alinéa suivant.

L'amendement AS753 est de même nature. Il vise à remplacer les mots « pour l'enfant » par les mots « de l'enfant ».

**M. le rapporteur général.** Avis défavorable sur ces deux amendements.

Le premier est satisfait par le droit existant, l'objet du bilan de santé étant d'améliorer la santé physique et psychique de l'enfant. Par ailleurs, cet amendement rédactionnel ne serait pas sans conséquences : la notion de suivi médical régulier et coordonné renvoie au parcours que doit suivre l'enfant entré dans le dispositif de l'aide sociale à l'enfance par la suite.

S'agissant du second amendement, le projet « de » l'enfant existe déjà.

*Les amendements sont retirés.*

*La commission adopte l'article 35 modifié.*

**Article 36 :** *Mesures en faveur de l'installation des jeunes médecins*

*La commission examine l'amendement AS1031 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet amendement vise à inscrire une règle qui devrait être couramment respectée mais qui ne l'est, hélas ! pas suffisamment, comme beaucoup d'élus m'en font part : les agences régionales de santé (ARS) doivent être obligatoirement consultées

pour la détermination des zones sous-denses donnant droit à la prise en charge des cotisations sociales des jeunes médecins venant s'y installer. J'ai pu constater à de multiples reprises, sur le terrain, que leur avis n'était pas toujours recueilli en amont de la détermination du zonage. Il faut ensuite renouveler la consultation pratiquement en temps réel, car certains zonages peuvent devenir obsolètes un ou deux ans après leur établissement, ce qui pose de nombreux problèmes pour l'implantation de maisons médicales dans les territoires.

**M. Philippe Vigier.** Cet amendement me paraît très important. Comme vous, je suis toujours un peu surpris que ces périmètres soient élaborés sans même que les ARS n'aient été consultées.

Je voudrais revenir sur ce que j'ai dit ce matin. La modification de certaines zones sous-denses nécessite un travail d'au moins deux années. Or, en quelques mois, un territoire qui présente une densité médicale convenable peut se muer en un quasi-désert médical. Il faut donc permettre l'adaptation du périmètre. Je citerai un exemple qui n'a rien à voir avec le domaine de la santé – il concerne l'urbanisme –, mais qui est très illustratif : la révision d'un plan local d'urbanisme exige deux à trois années, tandis qu'une modification simple requiert trois ou six mois. On y reviendra en séance, mais c'est un sujet sur lequel on doit être réactifs et souples. Une sous-densification constatée un jour peut laisser place, peu après, à une situation normale. Le contraire peut se produire, avec des concurrences à quelques kilomètres de distance. J'ai à l'esprit le cas de communes distantes de 3 kilomètres qui se trouvent sur des territoires faisant l'objet de classements différents, ce qui entraîne une mise en concurrence des médecins qui n'est pas tolérable.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle passe à l'amendement AS1026 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Le projet de loi propose d'exonérer du paiement des cotisations sociales pendant une durée de deux ans tout jeune médecin qui s'installe dans une zone sous-dotée. Il faut saluer cette disposition, qui complète l'arsenal visant à inciter les médecins à exercer dans certains territoires. Toutefois, une précision manque : il faut que le médecin s'engage à exercer au moins deux ans sur place. Actuellement, compte tenu de la rédaction actuelle du texte, rien ne l'empêcherait de s'installer deux mois dans une zone sous-dotée, puis de s'établir ailleurs pendant les vingt-deux mois suivants, sans payer de charges. Cet amendement de précision vise à rendre le dispositif pleinement fonctionnel.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 36 modifié.*

### **Après l'article 36**

*La commission en vient, en discussion commune, aux amendements AS125 de M. Pierre Dharréville et AS830 et AS852 de M. Joël Aviragnet.*

**M. Pierre Dharréville.** La désertification médicale ne cesse de s'étendre, malgré l'existence de nombreuses mesures incitatives, telles que les aides à l'installation ou le développement de maisons pluriprofessionnelles de santé. Ces dispositifs, que le Gouvernement entend renforcer dans le cadre de son plan d'accès aux soins, se sont révélés insuffisants. Afin de lutter efficacement contre les déserts médicaux, l'amendement AS125 vise à étendre aux médecins libéraux un dispositif de régulation à l'installation qui s'applique déjà à plusieurs professionnels de santé. Il prévoit que, dans les zones définies par les ARS, en concertation avec les syndicats médicaux, qui se caractérisent par une offre de soins fortement excédentaire, un nouveau médecin libéral ne pourra s'installer en étant conventionné à l'assurance maladie que lorsqu'un médecin libéral de la même zone cesse son

activité. C'est un principe de régulation assez simple, un conventionnement sélectif qui pourrait nous permettre de lutter contre les déserts médicaux.

**M. Joël Aviragnet.** Vous allez penser que je me répète, mais il se trouve que j'ai tenu récemment une conférence de presse au cours de laquelle des journalistes m'ont demandé comment on pouvait faire en sorte que les médecins s'installent là où on en manque. C'est dire combien ce sujet importe aux gens. Vous le connaissez bien, monsieur le rapporteur général, vous qui aviez fait des propositions en la matière dans un excellent rapport, et il reste extrêmement prégnant. À chaque fois que l'on en parle dans une réunion publique, l'assentiment est général : je pense donc qu'on en viendra, d'une manière ou d'une autre, au conventionnement territorial, tant les gens sont à bout, et la situation désespérée. Il n'y a rien de pire pour un habitant que d'être privé de l'accès à un médecin référent. Quand vous avez fait le tour de plusieurs cabinets médicaux sans trouver personne, vous sentez l'angoisse monter. Si l'on ne parvient pas à instituer des aménagements réels – et non des mesures à la marge –, il faudra réguler, d'une manière ou d'une autre. Cela s'imposera, comme ce fut le cas l'an dernier. Mon amendement AS852 poursuit la même finalité que l'amendement AS830, mais selon des modalités différentes.

**M. le rapporteur général.** Avis défavorable, comme en 2017 et en 2018. Je suis défavorable à l'idée même d'un conventionnement sélectif, car il en découlerait une médecine à deux vitesses. Ce serait de surcroît inefficace, car on fait face à une pénurie globale, que l'on doit gérer en ville comme à l'hôpital. On fait le pari de donner l'envie aux jeunes professionnels de s'installer, par différentes mesures. Par ailleurs, nous avons supprimé le numerus clausus, ce qui permettra, d'ici à quelques années, d'augmenter l'offre médicale. Nous faisons aussi le choix de la réforme structurelle, avec des maisons médicales, des regroupements de médecins, les infirmières en pratique avancée, les assistants médicaux, ainsi que par l'ensemble des mesures qui composent les pactes d'offre de soins et d'accès aux soins que nous adoptons, année après année. Cela n'a d'ailleurs pas commencé avec nous, mais avec la majorité précédente. Nous continuons sur cette ligne incitative, qui porte ses fruits partout où elle a été appliquée, alors que la ligne coercitive nuit aux patients comme aux professionnels.

**Mme Gisèle Biémouret.** Nous sommes d'accord avec vous, monsieur le rapporteur général : toutes ces mesures vont dans le bon sens. Il n'y a pas de raison de ne pas les soutenir à ceci près que nous rencontrons tous, dans nos territoires, un grave problème, que j'illustrerai en prenant l'exemple de mon département. Dans le Gers, seules deux zones fragiles ont été retenues, qui couvrent une très petite surface. Tout le reste du département en a été exclu. Un médecin va s'installer dans la commune sélectionnée, alors qu'il devait s'installer dans une autre commune. On en arrive à des situations incroyables, où les communes se « piquent » les médecins. La situation est inextricable. Les gens sont extrêmement inquiets. Dans certaines zones, des médecins vont partir à la retraite cette année ou l'année prochaine sans être remplacés. Le département du Gers a mis en place l'action « Dites 32 », qui est devenue « Dites 32 à 2 », parce qu'il faut trouver du travail pour les conjoints. Nous faisons des efforts depuis de nombreuses années, qui n'en demeurent pas moins limités : des médecins viennent s'installer, mais ils choisissent évidemment la zone la plus proche de Toulouse... Dans les territoires beaucoup plus ruraux, on attend.

**Mme Audrey Dufeu Schubert.** Nous partageons tous, me semble-t-il, les mêmes constats sur la désertification médicale. Cela étant, je voulais revenir sur les propos de M. Aviragnet relatifs au désarroi des patients à la recherche d'un médecin dans les territoires. Il me semblait que, lors de l'examen de la proposition de loi portant mesures d'urgence contre la désertification médicale, défendue par M. Garrot au début de l'année, nous avons adopté

un amendement qui obligeait les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) à accompagner les patients dans la recherche d'un médecin référent, afin qu'ils ne se trouvent pas isolés dans cette entreprise difficile.

**M. Pierre Dharréville.** Je ne désespère absolument pas de provoquer une évolution de la position de M. le rapporteur général – même s'il a fait preuve de constance sur le sujet – et du législateur. Je crois qu'il faut mobiliser tout un ensemble de solutions pour faire face aux déserts médicaux. Un certain nombre d'outils incitatifs existent d'ores et déjà, qui me paraissent tout à fait nécessaires, mais on voit bien que ça ne suffit pas. Il faut trouver des instruments nouveaux. C'est pourquoi nous avons mis en débat l'idée de conditionner l'installation dans les zones surdenses au départ d'un médecin. Cette mesure relativement simple et modeste constituerait un outil supplémentaire au service d'une stratégie de lutte contre la désertification médicale.

Vous craignez, monsieur le rapporteur général, que cette mesure n'instaure une santé à deux vitesses : il faudrait m'expliquer pourquoi. Il me semble qu'au contraire, cet outil permettrait de lutter contre une médecine inégalitaire. Quant au numerus clausus, non seulement il faudra un peu de temps avant d'en constater les effets, mais cette mesure est, à elle seule, insuffisante : il faut aussi créer des postes de professeurs de médecine, et se donner les moyens de former davantage de médecins. Pour l'instant, la démonstration ne nous est pas apportée, notamment à travers Parcoursup, que des places supplémentaires aient été créées.

**M. Joël Aviragnet.** Monsieur le rapporteur général, vous m'avez expliqué l'inverse de ce que vous préconisiez il y a quelques années dans votre rapport !

**M. le rapporteur général.** Montrez-le moi ! Je suis constant depuis dix ans sur le sujet ! Au mieux, c'est une erreur !

**M. Joël Aviragnet.** Je le retrouverai ! Il me semble même que vous avez voté un amendement dans ce sens ! Nous en avons déjà discuté, et vous savez très bien de quoi je parle. Que vous m'expliquiez l'inverse de ce que vous préconisiez, soit ! Mais personne n'est dupe... Essayons de regarder les choses en face, d'autant que nous savons que les mesures financières créent des effets d'aubaine. Vu la situation et le manque absolu de médecins, cela ne résout en rien la question.

Quant au rôle des caisses d'assurance maladie dans le choix du médecin traitant, cela permettait d'apporter une réponse immédiate. Mais, la situation se dégradant, les cabinets médicaux reçoivent des appels téléphoniques auxquels ils ne peuvent pas répondre, ce qui ne résout pas non plus la question. S'il manque des médecins dans les territoires ruraux, il en manque aussi à l'hôpital. Nous en sommes même à fermer des lits en gériatrie, parce qu'on ne trouve plus de gériâtres. On peut trouver le conventionnement territorial délirant, mais tant qu'il n'y aura pas une mesure qui reviendra sur la régulation pour rassurer les gens, l'angoisse demeurera, et cela va mal finir !

**Mme Caroline Fiat.** Comme je l'ai dit ce matin, la fin du numerus clausus n'a eu aucun effet positif. Une université ne se construit pas en six mois. Si vous voulez des places supplémentaires pour recevoir les étudiants, déjà serrés comme des sardines dans les amphithéâtres, il va bien falloir construire, ce qui va prendre du temps ! Parce que si c'est pour rajouter dix places dans des amphithéâtres déjà bourrés, ce sera difficile de suivre le cursus... Qui plus est, aucun poste d'enseignant n'a été ouvert, alors que les candidats sont facilement trouvables.

Pour ce qui est du choix du médecin référent par l'assurance maladie, tout le monde n'est pas véhiculé ou n'a pas la santé nécessaire pour aller chez un médecin à 5, 10, 15 ou 20 kilomètres de chez lui. Je rappelle qu'on a supprimé quasiment tous les bons de transport

et que pour y avoir droit et être remboursé, c'est le parcours du combattant. N'oublions pas enfin qu'il y a parfois des accidents de la vie : vous vous cassez un genou – je sais de quoi je parle –, vous n'avez plus moyen de vous véhiculer, et c'est là que vous rendez compte que vous êtes éloigné. C'est quand même dommage d'avoir à proximité de chez vous une maison médicale prête à recevoir un médecin, qui reste vide, alors que dans le village d'à côté il y a des docteurs, parce qu'il y a une école. Les exemples de ce genre sont légion. Nous parlons de la santé des gens. Il n'y a pas de raisons qu'en fonction de l'endroit où vous habitez vous ayez un accès facile ou difficile aux soins.

**M. Philippe Vigier.** Je ne crois pas que nous ayons le temps de mener un débat sur la désertification médicale et l'accès aux soins, et ce d'autant moins quand on regarde le PLFSS 2020... En dehors de la refonte des quatre mesures d'installation en une seule, je ne vois pas grand-chose arriver. Dans le cadre d'une commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français, nous avons présenté vingt-quatre propositions à la quasi-unanimité, à l'exception de trois qui étaient des mesures coercitives. Or une seule a été mise en place : le cumul emploi-retraite ! Nous proposons, pour les médecins de plus de 67 ans, de faire passer le seuil d'exonération sociale du cumul emploi-retraite à 80 000 euros.

Cela étant, grâce au contrat d'engagement de service public et à la procédure d'autorisation d'exercice, sur laquelle nous avons mis l'accent et à propos de laquelle je ne vois rien venir, un département comme la Saône-et-Loire vient de salarier quarante-cinq médecins, et des centres de santé se créent un peu partout. Mais on ne peut pas continuer à se voiler la face ! Arrêtons aussi de dire que le numerus clausus a été supprimé. C'est faux : il a été relevé. Les médecins ne seront pas disponibles avant dix ans. Ce sujet doit être pris très au sérieux. Or je ne vois pas, dans le PLFSS 2020, une inflexion majeure, pourtant attendue par nos compatriotes.

**M. Jean-Pierre Door.** Si la question des déserts médicaux revient éternellement dans le débat, il faut bien se rendre compte qu'il y a aussi moins de médecins dans les villes, que ce soit Paris, Lyon, Bordeaux ou Orléans. Par ailleurs, toutes les procédures de conventionnement sélectif ont déjà été expérimentées à l'étranger, où elles se sont toutes révélées contreproductives. Ce n'est donc pas la peine de se lancer dans des opérations qui ne feront qu'envoyer un signal, sans pouvoir espérer le moindre résultat. Il vaut mieux continuer à travailler, comme nous le faisons, avec les maisons de santé, les regroupements de professionnels, les médecins assistants, avec tout ce qui a été proposé dans le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, et aller beaucoup plus loin. Grâce au relèvement du numerus clausus, nous pouvons espérer des résultats dans quelque temps. Mais il peut aussi arriver de bonnes choses : dans ma circonscription, trois médecins viennent de s'installer dans un territoire fragile.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Je ne me permets pas souvent d'intervenir dans les débats, mais je voulais également aller en ce sens. Je suis très concernée par le sujet, dans la mesure où ma circonscription est rurale. On peut dire ce qu'on veut, mais les choses bougent, et j'aimerais que nous soyons un peu positifs. Ce n'est certes pas l'effet de ces deux dernières années, mais de cinq, six ou dix ans de politique de santé. Des choses se passent dans les territoires. L'intelligence collective est à l'œuvre sur le terrain.

Des jeunes médecins reviennent faire des stages. Chez moi, il y en a eu quatre en trois ans. J'en ai été la première étonnée : je n'y croyais pas trop. Disons-le quand c'est positif. Il y a des choses qui bougent, presque naturellement, grâce au système que nous sommes en train de mettre en place. Les stages ont été recréés il y a trois ans, et cela fonctionne : nous sommes passés de 30 % de stages à 100 %. Les stagiaires osent venir faire des stages dans des maisons de santé pluridisciplinaires et parfois dans des cabinets. Sachons

dire les choses positives, parce que les jeunes n'ont pas envie d'entendre des discours misérabilistes sur la ruralité. Cela ne leur donne pas envie de venir chez nous.

Évidemment, il y a des tas de difficultés à surmonter, nous en sommes tous conscients. Personne n'a la solution, mais tout le monde a ajouté une petite pierre à l'édifice, chacun y est allé de sa mesure, si bien qu'au bout de dix ans, cela commence à prendre, et l'aménagement du territoire suit. Je suis optimiste !

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Puis elle examine les amendements AS836 et AS833 de M. Joël Aviragnet.*

**M. Joël Aviragnet.** Amendements défendus : c'est le même principe du conventionnement territorialisé.

Madame la présidente, des stagiaires sont également revenus dans mon territoire. Nous avons même une association pour les accueillir. Nous faisons des soirées avec eux, nous leur donnons du foie gras, du porc noir de Bigorre, nous les accompagnons sur le terrain. Mais pas un seul n'est venu s'installer !

**M. Jean-Pierre Door.** C'est que le pâté n'était pas bon !

**M. Joël Aviragnet.** Enfin, plus exactement, deux sont venus s'installer, mais à mi-temps. Il y avait quatre stagiaires ; il n'y a plus qu'un médecin !

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** On peut toujours voir le verre à moitié vide ; j'essaie de le voir à moitié plein...

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

**Article 37 :** *Faciliter l'accès aux soins pour les femmes enceintes les plus éloignées des maternités*

*La commission examine l'amendement de suppression AS529 de M. Adrien Quatennens.*

**M. Jean-Hugues Ratenon.** L'article 37 instaure un dispositif inhumain et totalement déconnecté des réalités que vivent les femmes parturientes. Nous voulons limiter, le plus possible, les contraintes pour les femmes. Or cet article propose de mettre à disposition des hébergements non médicalisés – des chambres d'hôtel au sein des établissements de santé –, afin de pallier le manque d'unités médicalisées et la fermeture massive d'établissements sur l'ensemble du territoire. Cela aurait pour effet de rapprocher les femmes des unités médicalisées avant leur accouchement, mais aussi de les arracher à leur foyer. Cela ressemble à une parodie ; ce n'en est malheureusement pas une. Nous demandons la suppression de cet article.

**M. le rapporteur général.** Avis défavorable. L'article 37 prévoit de restaurer l'égalité dans l'accès aux soins pour les femmes enceintes qui habiteraient trop loin d'un établissement et auxquelles on a tendance à proposer de venir très tôt à la maternité. Nous proposons une prise en charge complète des nuitées et du transport. C'est un bon complément pour tenir compte de certaines contraintes géographiques.

**M. Jean-Carles Grelier.** De manière totalement anecdotique, avec malice et sans faire référence à un débat récent, je note qu'il n'y a pas de prise en charge de l'hébergement pour le père...

**Mme Caroline Fiat.** C'est vraiment un sujet important. Pour une femme primipare célibataire, tout va bien. Mais pour une femme qui a des enfants ? Le baby-sitting et

l'accompagnement des enfants à l'école seront-ils pris en charge ? S'il y a bien une chose sur laquelle on n'a aucune certitude, c'est la date d'un accouchement. Entre celles qui accouchent prématurément et celles qui accouchent après terme, la prise en charge sera bien longue ! Certains accouchements ont lieu dix jours après la date prévue. Prendra-t-on en charge pendant douze jours les frais d'hôtel ? Et qui va s'occuper des enfants ? À moins de partir du principe qu'on déclenchera l'accouchement, ce qui requiert l'accord de la maman, ce dispositif me semble dangereux et profondément inquiétant.

**M. Alain Bruneel.** Je comprends bien qu'il faille essayer d'aider les mamans à se rendre le plus tôt possible à la maternité. Mais votre proposition fait suite à la fermeture de plus en plus de maternités pour faire des usines à bébés. La maternité de Creil, par exemple, où avaient lieu 1 500 accouchements par an, a été démenagée à quelques kilomètres, dans une autre maternité qui en fait désormais 3 000 accouchements. On ferme la maternité de Tourcoing et celle du Blanc. On nous parle de 45 minutes de trajet ; mais des études ont montré qu'au-delà de 30 minutes, on met en danger la maman et l'enfant. La suppression de cet article nous invite à relancer la réflexion sur les maternités. En 1975, la France comptait 1 369 maternités ; il n'y en a plus que 500 environ. Autrement dit, deux tiers des maternités ont été fermées alors que le nombre d'accouchements – 800 000 par an – reste constant.

**Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.** Dans les conditions nécessaires et indispensables à la sécurité des mères et des enfants, c'est avant tout la qualité du service dans lequel la mère va être prise en charge qui importe. Arrêtons de faire peur aux citoyens sur ces questions de délai maximal ; le véritable enjeu n'est pas là, mais dans la qualité de l'accueil. Si vous voulez une sécurité maximale, l'enjeu majeur pour l'enfant, c'est la réanimation pédiatrique. Si vous voulez être sûrs que ces femmes et leurs bébés ne courent aucun risque, ce n'est pas l'hôpital de proximité qu'il faut, mais un service de réanimation pédiatrique. N'inventons pas des angoisses là où elles n'ont pas lieu d'être et travaillons ensemble à la sécurité et à la qualité du soin que nous devons à ces mamans et à leurs enfants.

**M. Joël Aviragnet.** Nous entendons bien votre argument, qui est évident. Mais il y a aussi des réalités territoriales, des temps de déplacement, de l'isolement, que l'on ne peut nier. Il est possible de prendre des mesures de ce type, mais je ne vois pas trop comment expliquer à la population que les femmes prêtes à accoucher pourront s'installer dans un hôtel à proximité d'une maternité. J'ai l'impression que ce n'est vraiment pas la question. La vraie question, c'est d'avoir partout des soins de qualité, pour réduire le temps de déplacement. Pensez à ce que cela donne en montagne quand il y a de la neige ! Comment faut-il vous le dire ?

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle passe ensuite à l'examen de l'amendement AS532 de M. François Ruffin.*

**Mme Caroline Fiat.** Il est proposé dans l'article 37 que le Conseil d'État fixe un seuil à partir duquel les établissements publics et privés de santé devront proposer aux femmes des prestations d'hébergement. Faire peser une telle contrainte sur ces établissements nous semble une aberration. Dans un souci de transparence, nous proposons que les établissements rendent publiques les informations cartographiées sur les zones concernées par le dépassement de ces seuils.

Effectivement, les services de néonatalité et de réanimation néonatale sont très importants. Encore aurait-il fallu les maintenir ! Et surtout, il aurait également fallu cesser de supprimer les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), comme à Rouen, pour permettre à ces petits bambins qui ont besoin d'aller en « réa-néonatale » de profiter d'un service adapté avec un véhicule adapté. C'est le métier des SMUR, ils savent faire.

Nous allons nous retrouver à devoir gérer déclenchement sur déclenchement, parce qu'aucun hôpital ne voudra supporter ces prestations d'hébergement, qui vont leur coûter un bras, pendant plus de trois, quatre ou cinq jours.

Par ailleurs, l'hôpital de Mont-Saint-Martin étant toujours sur la sellette, les femmes vont aller accoucher en Belgique. Qu'a-t-on prévu avec la Belgique pour accueillir les mamans à l'hôtel ? L'Europe va devoir se saisir rapidement de cette question, pour éviter toute discrimination.

**M. le rapporteur général.** Avis défavorable, ainsi que pour l'amendement suivant, qui relève du même esprit.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS534 de M. François Ruffin.*

**Mme Caroline Fiat.** Nous proposons qu'une cartographie des zones sous-dotées en établissements disposant d'unités adaptées de gynécologie obstétrique soit établie et transmise à la Cour des comptes. Cela permettra d'évaluer les nécessaires ajustements devant faire suite à une politique territoriale catastrophique ces dernières années dans le secteur. Nous proposons également que le Conseil d'État mette en place un seuil à partir duquel les établissements publics et privés de santé devront proposer aux femmes des prestations d'hébergement. Faire peser sur ces établissements une telle contrainte nous semble une aberration, alors qu'on n'a de cesse de demander aux hôpitaux de faire des économies. Ce dispositif est anxiogène et cynique.

**M. Jean-Carles Grelier.** Rappelons, pour préciser le rôle des institutions de la République, ce n'est pas le Conseil d'État qui décide de fixer un seuil. L'expression « décret en Conseil d'État » signifie que le décret est pris après avis du Conseil d'État, lequel est tout à la fois le conseil juridique du Gouvernement et la plus haute juridiction de l'ordre administratif. Ce n'est jamais le Conseil d'État qui décide.

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

*Enfin, elle adopte l'article 37 sans modification.*

*La réunion, suspendue à dix-sept heures vingt, est reprise à dix-sept heures trente-cinq.*

### **Après l'article 37**

*La commission examine les amendements AS402 et AS342 de Mme Barbara Bessot Ballot.*

**Mme Barbara Bessot Ballot.** Ces deux amendements ont la même finalité. Actuellement, une femme enceinte qui souhaite renouveler son arrêt de travail avant ou après l'accouchement ne peut pas le demander à une sage-femme : dès lors qu'il s'agit de prescrire le renouvellement d'un congé pathologique pré ou post-natal aux femmes qui subissent des complications médicales, seuls les médecins généralistes ou les gynécologues peuvent le faire. Or les sages-femmes connaissent très bien leurs patientes. La femme enceinte qui a besoin de cet arrêt, souvent dans l'urgence, se retrouve obligée d'aller voir son médecin en plus de la sage-femme. Mes amendements visent à simplifier ce dispositif.

**M. le rapporteur général.** Je comprends votre volonté. Malheureusement, votre amendement AS402 ne tourne pas : il ne précise pas que la sage-femme ne peut prolonger la prescription que dans la limite de sa compétence professionnelle – je pourrais moi-même me faire prescrire un arrêt de travail par une sage-femme, ce qui pourrait surprendre ! Le sujet est

intéressant, mais je manque de données. Par exemple, je ne sais pas combien de femmes vont faire renouveler leur arrêt chez leur médecin traitant ou leur gynécologue-obstétricien ou ce que cela peut représenter en matière de dépenses. Si vous en êtes d'accord, engageons ce débat la semaine prochaine avec la ministre dans l'hémicycle. Je vous suggère de retirer vos amendements.

**M. Philippe Vigier.** Le rapporteur général dit ne pas connaître le montant des coûts induits. Mais j'imagine qu'il n'y en a pas, faute de quoi ces amendements n'auraient pas franchi le seuil de l'article 40.

Je vis dans un territoire où la maternité a été fermée pour être remplacée par un centre périnatal. Comment cela se passe-t-il pour les femmes enceintes qui demandent un arrêt de travail, si le gynécologue ne vient pas ? Leur imposer de faire 50 kilomètres à l'aller, 50 kilomètres au retour, ce n'est pas leur rendre service. Si l'on regarde la somme des coûts agrégés, je ne suis pas persuadé que ce soit une économie.

Enfin, vous savez très bien, monsieur le rapporteur général, qu'un droit de prescription a été accordé aux sages-femmes. Si elles renouvellent un arrêt de travail, ce ne peut être qu'en accord avec le médecin qui suit la patiente. L'extension me paraît donc tout à fait souhaitable.

*Les amendements sont retirés.*

*La commission passe à l'examen de l'amendement AS1028 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** J'ai fait adopter le même amendement, rédigé à l'identique, il y a cinq ans, afin d'expérimenter les hôtels hospitaliers, pour offrir des solutions d'hébergement à des patients qui ne sont hospitalisés que parce qu'ils habitent trop loin de la structure hospitalière dans laquelle ils reçoivent des soins, mais qui n'ont pas besoin de surveillance médicale, notamment la nuit. Une nuit à l'hôpital coûte cher, sur le plan financier comme sur le plan humain. Beaucoup de ces patients, s'ils habitaient à une poignée de kilomètres de l'hôpital, rentreraient chez eux et viendraient dans la journée pour recevoir leurs soins. Mon amendement avait alors été adopté à l'unanimité moins une voix.

Vous allez me demander pourquoi je le propose de nouveau. Pour commencer, le décret d'application avait un peu tué dans l'œuf l'expérimentation, en la dotant, pour toute la France, de seulement 1 million d'euros. À titre d'exemple, pour la seule région d'Île-de-France, l'ARS avait sélectionné vingt-trois projets, dont aucun n'a pu être financé. Ensuite, la direction générale de l'offre de soins et l'assurance maladie se renvoient la balle pour savoir à qui revient la prise en charge des nuitées. L'idée est qu'il n'y ait évidemment aucun reste à charge pour les malades concernés.

Si la disposition a été écrasée par l'article 51 du décret d'application, je redépose mon amendement pour remettre le dispositif au goût du jour et inciter le ministère et les agences nationales en charge de la santé à encourager ces structures, parce que la France est très en retard et que beaucoup de très beaux projets se développaient dans tous les territoires. Le pied est sur le frein depuis cinq ans. Or, en termes médico-économiques, le bénéfice est incomparable, tout comme en matière de satisfaction des usagers, puisque les expérimentations menées montraient 95 % d'usagers satisfaits.

**Mme Caroline Fiat.** Monsieur le rapporteur général, l'idée est bonne. En revanche, y a-t-il des hôtels à côté de tous les hôpitaux ? Allez-vous fixer des seuils ? Par exemple, une personne souffrant de démence ou d'une autre pathologie aurait peut-être bénéficié d'une aide à domicile la nuit. Tout cela est-il pris en compte ?

**M. le rapporteur général.** Non !

**Mme Caroline Fiat.** Sur le principe, je ne suis pas contre – vous voyez, je fais des efforts ! Mais il faut que ce dispositif soit encadré pour éviter que des personnes qui auraient besoin d'une aide, ne serait-ce que pour se lever et aller aux toilettes, se retrouvent seules à l'hôtel.

**M. Jean-Carles Grelier.** C'est plus cher...

**Mme Michèle de Vaucouleurs.** Je soutiendrai cet amendement, pour avoir reçu les sages-femmes en audition. Il serait également intéressant de favoriser davantage les accouchements à domicile. Cela mériterait d'en débattre.

*La commission adopte l'amendement.*

**Article 38 :** *Financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des établissements à l'étranger accueillant des adultes handicapés français*

*La commission est saisie de l'amendement AS986 de M. Marc Delatte.*

**M. Marc Delatte.** L'amendement concerne la prise en charge des personnes en situation de handicap au sein d'établissements de santé situés à l'étranger et propose un rapport d'évaluation sur ce sujet majeur, à l'heure où l'accès à la prévention et au soin sur notre territoire pour ces personnes est une priorité.

**M. le rapporteur général.** Avis favorable.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 38 modifié.*

**Après l'article 38**

*La commission examine l'amendement AS536 de M. François Ruffin.*

**Mme Caroline Fiat.** Le manque de places dans les structures médico-sociales est un problème bien connu. On estime qu'il manque jusqu'à 50 000 places pour les personnes en situation de handicap, qui se retrouvent ainsi contraintes à bricoler comme elles le peuvent : quelques heures de prise en charge dans un hôpital de jour, des gardes, l'hôpital psychiatrique, ou l'obligation de rester à la maison... Ou alors, elles partent en Belgique, ce qui les sépare de leurs familles de plusieurs centaines de kilomètres. Peut-on s'en satisfaire ? Par ailleurs, une enquête du journal *Libération* a montré que certains établissements privilégiaient la réduction des charges au bon traitement des personnes accueillies.

La CNSA est censée développer le nombre de places en France, mais en pratique les choses ne vont pas assez vite. Nous demandons donc un rapport sur le nombre de places en France et ce qui peut être mis en œuvre face à l'absurdité de la situation.

Monsieur le rapporteur, je sais que vous n'aimez pas les rapports, mais si jamais il y avait un peu d'argent à dépenser pour l'accueil des personnes en situation de handicap, disposer d'un rapport permettrait déjà de savoir combien de places il faut créer – et, en tout état de cause, il alerterait sur la situation. Tel est l'objet de l'amendement.

**M. le rapporteur général.** J'ai bien compris le sens de votre demande de rapport, madame Fiat, mais l'article 38 prévoit déjà qu'il soit procédé à une évaluation. S'il y a, dans le cadre d'une convention, une prise en charge des séjours à l'étranger des personnes en situation de handicap, on développe aussi des places en France, notamment dans les trois régions les plus concernées par les tensions. Il est également prévu d'effectuer une évaluation, afin de pouvoir réaliser une cartographie nationale des besoins. En cette occasion, je rappelle que 90 millions d'euros sur trois ans ont été investis pour la mise en œuvre de nouvelles solutions d'accueil.

Je vous invite à retirer cet amendement, et émettrai à défaut un avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle est ensuite saisie de l'amendement AS867 de M. Joël Aviragnet.*

**Mme Gisèle Biémouret.** L'amendement du groupe Socialistes et apparentés, issu d'une proposition de l'APF France Handicap, vise à préciser que l'activité d'un établissement social ou médico-social ne peut être appréciée au regard du seul indicateur de taux d'occupation.

La mesure prévue à l'article 38 du présent projet de loi a pour objectif d'encadrer le financement de l'offre belge tout en augmentant les efforts pour trouver des solutions aux familles sur le territoire national. En réalité, elle ne fait qu'organiser le transfert du financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) des établissements à l'étranger accueillant des adultes handicapés français.

Un des leviers de l'amélioration de la réponse sur le territoire consiste à accélérer la transformation de l'offre en proposant des solutions d'accompagnement personnalisées et modulaires au regard des attentes et des besoins des personnes concernées.

**M. le rapporteur général.** Avis favorable.

**Mme Gisèle Biémouret.** Pardon ?

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** M. le rapporteur a bien émis un avis favorable à votre amendement, madame Biémouret, j'en suis témoin...

**M. le rapporteur général.** Je précise à l'intention du groupe Les Républicains que j'avais également prévu de donner un avis favorable à un amendement similaire déposé par Mme Brenier.

*La commission adopte l'amendement.*

**Article 39 : Recentralisation des centres de lutte contre la tuberculose et des centres de lutte contre la lèpre**

*La commission adopte l'article 39 sans modification.*

**Après l'article 39**

*La commission examine l'amendement AS336 de Mme Delphine Bagarry.*

**Mme Martine Wonner.** L'article 59 de la LFSS 2019 a permis aux pharmaciens d'effectuer des vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Si l'écriture réglementaire découlant de cette disposition a permis de généraliser l'expérimentation de la vaccination antigrippale par les pharmaciens, elle a également limité son accès aux personnes ciblées par les recommandations vaccinales en vigueur. Dans un objectif de santé publique, l'amendement vise à y remédier en ouvrant la vaccination contre la grippe saisonnière en pharmacie à toutes les personnes majeures.

**M. le rapporteur général.** Cet amendement est dans l'air du temps et je n'ai rien contre son principe, mais je vous ferai à son sujet la même réponse que l'année dernière – réponse confirmée par la ministre –, à savoir que la HAS a été saisie afin de faire évoluer tous les cadres d'extension de la vaccination par les pharmaciens, non seulement pour les publics ciblés par la vaccination antigrippale, mais également en dehors de ce cadre. Cette mission ayant été conférée, notamment par le Parlement, à la HAS, il me paraît compliqué de remettre cette attribution en question. En l'état actuel des choses, j'émet un avis défavorable, mais

sans doute pourrions-nous interroger la ministre en séance publique la semaine prochaine, afin qu'elle nous dise où en est le travail de la HAS sur ce point.

*L'amendement AS336 est retiré.*

*La commission se saisit des amendements AS840, AS843, AS832, AS831 et AS844 de M. Joël Aviragnet.*

**M. Joël Aviragnet.** L'obligation de généraliser le tiers payant a été supprimée il y a deux ans, Mme la ministre ayant affirmé à l'époque que la mise en place de cette mesure était encore impossible pour des raisons techniques : si l'assurance maladie était prête, d'autres opérateurs, notamment ceux de la mutualité, ne l'étaient pas. Nous avons rencontré la mutualité et les autres opérateurs, et il semble qu'ils soient désormais tous en mesure de mettre en place le tiers payant.

C'est une mesure de justice sociale qui aiderait un grand nombre de familles, et vous serez sans doute d'accord avec moi sur ce point, monsieur le rapporteur, puisque je crois me souvenir que vous l'étiez il y a deux ans.

**M. le rapporteur général.** Vous vous étiez trompé tout à l'heure...

**M. Joël Aviragnet.** J'ai dû voir double... Tournez-vous vers votre gauche, et discutez-en !

Je précise que l'amendement AS840 vise à la généralisation du tiers payant pour tous, et que les amendements AS843, AS832, AS831 et AS844 constituent des déclinaisons de la même proposition selon des modalités différentes.

**M. le rapporteur général.** J'étais effectivement favorable au tiers payant généralisable, c'est-à-dire à ce qu'il soit progressivement rendu généralisable pour les professionnels, sous réserve que les conditions techniques soient totalement réunies. Pour moi, un dispositif de tiers payant généralisable parfaitement efficient représente un gain de temps potentiel pour les professionnels – ce qui est un gage de leur adhésion, comme la mise en œuvre de la carte Vitale l'a montré en son temps.

L'année dernière en séance publique, Mme la ministre nous avait indiqué espérer que les freins techniques soient levés pour la fin de l'année 2019 : nous lui demanderons donc la semaine prochaine où nous en sommes sur ce point. Dans l'immédiat, je vous invite à retirer ces amendements ; à défaut, j'émettrais un avis défavorable

**M. Jean-Pierre Door.** Je ne suis pas certain que ces amendements soient justifiés aujourd'hui. Il semble en effet que les représentants des syndicats médicaux soient disposés à appliquer très prochainement la généralisation du tiers payant, et qu'ils soient actuellement en train d'en discuter avec la CNAM. Laissons-les y travailler.

**M. Joël Aviragnet.** J'entends ce que vous dites, monsieur Door, mais il me semble que lorsqu'on a un objectif, il est bon de s'assigner également une échéance pour y parvenir. Par ailleurs, si j'ai bonne mémoire, cette mesure faisait l'unanimité quand elle a été lancée par Marisol Touraine et son cabinet, dont faisaient alors partie Gabriel Attal et Benjamin Griveaux. Cela dit, je suis d'accord pour retirer mes amendements, monsieur le rapporteur général, puisque vous vous êtes engagé à ce que nous puissions avoir un débat sur ce point dans l'hémicycle – et je compte sur vous pour y défendre la position qui a été la vôtre jusqu'à présent.

*Les amendements sont retirés.*

*La commission examine les amendements AS568, AS580 et AS591 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.*

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** L'amendement AS568, que nous avons déjà présenté l'année dernière, vise à la réalisation d'une expérimentation de la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV). Alors que cette expérimentation était jusqu'à présent limitée aux filles, nous souhaitons cette année proposer et rembourser le vaccin HPV aux garçons et filles dans trois régions tests afin d'en évaluer les bienfaits et d'envisager éventuellement sa généralisation.

Il convient également d'améliorer la communication sur ce vaccin auprès de la population et des professionnels de santé car, à l'heure actuelle, 50 % des jeunes femmes et trois parents sur cinq ne se sont pas vu proposer le vaccin par leur médecin.

L'amendement AS580 a pour objet de réaliser une étude d'impact sur le remboursement généralisé du vaccin antigrippal, notamment sur l'intérêt que cette mesure pourrait représenter pour les finances de la sécurité sociale au regard du coût annuel de la grippe, estimé à 50 millions d'euros par million de cas de grippe, du fait des remboursements de prestations maladie et des indemnités journalières. Et si l'on peut désormais se faire vacciner en pharmacie, ce sera parfait !

Enfin, l'amendement AS591, qui concerne la vaccination contre les méningites bactériennes de séro groupe B, consisterait à expérimenter le remboursement de la vaccination dans les zones à forte prévalence – on en compte encore quelques-unes en France – afin d'évaluer les conséquences d'une généralisation et d'un remboursement de la vaccination.

**M. le rapporteur général.** Je suis défavorable aux amendements portant sur la vaccination antigrippale et contre le méningocoque B. La vaccination contre la grippe est déjà prise en charge à 100 % pour les populations à risque, qui reçoivent de la part de l'assurance maladie une invitation à se faire vacciner. Pour les personnes souhaitant se faire vacciner par ailleurs, l'assurance maladie prend en charge à 65 %, le reste étant pris par les complémentaires santé. Par ailleurs, les campagnes de vaccination contre la grippe font déjà l'objet d'une abondante publicité par l'assurance maladie.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Non, monsieur le rapporteur, la vaccination contre la grippe n'est pas remboursée pour la majeure partie de la population ! L'idée de notre amendement est justement de mettre en balance le coût du remboursement du vaccin antigrippal et ce que l'épidémie de grippe coûte chaque année à la sécurité sociale. Quand on fait une bonne grippe à 40 ans et qu'on est arrêté pour une semaine, il me semble que cela coûte bien plus cher que les 11 euros de la vaccination – sans même parler du fait qu'en se vaccinant, on protège aussi les autres. Dès lors, il ne serait pas inintéressant de procéder à une étude d'impact sur ce point.

**M. le rapporteur général.** Je vous répète et confirme que le vaccin antigrippal est pris en charge à 100 % pour tous les publics fragiles, pour lesquels il y a une recommandation de vaccination, et à 65 % par la sécurité sociale pour tous les autres, le reste étant pris en charge par les complémentaires santé.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Non !

**M. le rapporteur général.** Je vous assure que c'est pourtant le cas...

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Mais non !

**M. le rapporteur général.** Quoi qu'il en soit, je suis défavorable à cet amendement, ainsi qu'à celui portant sur la vaccination contre le méningocoque B.

En revanche, pour ce qui est de la question absolument essentielle de la vaccination contre le papillomavirus – qui a donné lieu à une expérimentation, décidée dans le cadre de la

LFSS 2019, à l'initiative de Jean-Louis Touraine –, je suis favorable à l'expérimentation étendue que vous proposez dans votre amendement AS568, sous réserve du débat qui aura lieu la semaine prochaine en présence de la ministre.

*La commission adopte l'amendement AS568.*

*Puis elle rejette successivement les amendements AS580 et AS591.*

### **Chapitre III** **Renforcer la qualité, la pertinence et l'efficience des soins**

**Article 40 :** *Mise en place d'un parcours de soins global après le traitement d'un cancer*

*La commission est saisie de l'amendement AS927 de Mme Nathalie Elimas.*

**Mme Nathalie Elimas.** L'amendement AS927 précise que le parcours d'accompagnement post-cancer débute au plus tard un an après la fin du traitement d'un cancer. C'est en effet une condition de l'efficacité de ce parcours, puisque plus la prise en charge est précoce, plus l'impact sera positif sur la qualité de vie des anciens patients, et permettra de limiter le risque de rechute ou de complications.

**M. le rapporteur général.** Avant de répondre à Mme Elimas sur son amendement, je dois faire mon *mea culpa* vis-à-vis de Mme Firmin Le Bodo...

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** C'est quand même mon métier, monsieur le rapporteur !

**M. le rapporteur général.** C'est le fait que vous présentiez conjointement trois amendements différents qui m'a induit en erreur, et j'en suis confus. En fait, la vaccination antigrippale est bien prise en charge à 100 % pour les publics à risque, et prise en charge la plupart du temps par les complémentaires pour les autres publics, mais sans intervention du régime obligatoire de l'assurance maladie.

Pour ce qui est de l'amendement AS927, je vous invite au retrait, madame Elimas, car la rédaction que vous proposez est moins sécurisée juridiquement que le texte. Ainsi, votre amendement précise que le parcours d'accompagnement débute au plus tard un an après la fin du traitement d'un cancer, mais n'indique pas ce qui se passe en cas de rechute ou de récurrence, ou si le traitement se prolonge dans le temps, notamment s'il est fractionné : dans tous ces cas, les patients concernés risquent de se trouver pénalisés et de ne plus pouvoir bénéficier du parcours de soins.

Le parcours d'accompagnement post-cancer prévu par l'article 40 constitue une disposition extrêmement importante du texte. Il prévoit, dans le cadre d'un parcours de santé organisé, un bilan des besoins en fonction duquel les patients pourront bénéficier d'une prise en charge de soins de réadaptation, hors soins courants, visant à favoriser le retour à un meilleur état de santé et de bien-être.

**Mme Nathalie Elimas.** Monsieur le rapporteur, j'ai peut-être mal compris ce que vous avez dit, mais je vous ai entendu évoquer la notion de rechute. Or mon amendement vise à mettre en œuvre le parcours d'accompagnement post-cancer le plus rapidement possible, et en tout état de cause au plus tard un an après la fin du traitement, justement afin d'éviter la rechute.

**M. le rapporteur général.** Entre la vaccination et le cancer, la discussion va un peu vite et sans doute me suis-je mal exprimé. En fait, le Conseil d'État a supprimé la disposition que vous proposez d'ajouter par voie d'amendement par le fait qu'elle posait un problème d'ordre juridique. Cependant, l'idée de l'article 40 est bien de faire commencer le parcours

d'accompagnement le plus tôt possible après l'arrêt des traitements aigus contre le cancer, afin d'accompagner le patient dans sa guérison et d'améliorer la qualité de vie des malades. L'étude d'impact précise que l'accompagnement proposé doit être prescrit de préférence dès l'annonce de diagnostic du cancer, afin que l'accompagnement global soit mis en place dès l'arrêt des traitements. Votre rédaction est moins sécurisée juridiquement, ce qui explique que le Conseil d'État ait souhaité sa suppression.

*L'amendement est retiré.*

*La commission examine ensuite l'amendement AS776 de Mme Nathalie Elimas.*

**Mme Nathalie Elimas.** Cet amendement et celui qui va suivre traitent tous deux d'un sujet qui me tient particulièrement à cœur, celui des cancers pédiatriques.

Les pathologies cancéreuses touchent chaque année 3 400 nouveaux enfants, adolescents et jeunes adultes en France. La cohorte de patients traités pour un cancer à l'âge pédiatrique est progressivement croissante, ce qui entraîne l'émergence de nouvelles problématiques, tant sur le plan médical que psychosocial. La prise en charge de certaines séquelles, notamment sur le plan médical, doit être mieux appréhendée, notamment *via* un suivi sur le long terme de chaque ancien patient ayant été traité pour un cancer pédiatrique.

C'est pourquoi cet amendement propose que le parcours de soins global après le traitement d'un cancer comporte également un volet spécifique s'adressant aux enfants, ainsi qu'aux adultes ayant souffert d'un cancer dans leur enfance. Il est notamment essentiel de mettre en place une consultation systématique dite de transition avec un oncologue pédiatre, dans les cinq ans suivant le dernier épisode de la maladie. Il s'agira alors d'identifier les potentiels problèmes et pathologies, très divers, auxquels l'ancien patient aura à faire face, de l'orienter vers les médecins de l'adulte compétents, dans une logique de coordination, et *in fine*, de le prendre en charge dans les meilleures conditions.

**M. le rapporteur général.** Vous soulevez avec cet amendement la question des cancers pédiatriques et de leur suivi, sujet sur lequel je salue votre engagement et qui, je le reconnais, a été peu abordé durant nos auditions.

Vous proposez de prévoir une consultation spécifique à destination des enfants soignés pour un cancer. Cette consultation de transition permettrait d'aborder des questions spécifiques sur les conséquences du cancer pour les enfants – ou les adultes atteints d'un cancer lorsqu'ils étaient enfants.

Je salue cette proposition, mais elle me paraît assez largement satisfaite par le droit existant, dans la mesure où des consultations de suivi sont déjà proposées à échéance régulière après la fin des traitements. Je sais que vous travaillez sur ce sujet et je pense que nous devrions avoir un débat avec Mme la ministre, bien plus compétente que moi pour vous répondre. Dans l'immédiat, je vais émettre un avis de sagesse, à moins que vous ne souhaitiez retirer votre amendement.

**Mme Nathalie Elimas.** Il serait effectivement intéressant de débattre de ce sujet avec Mme la ministre. Cela dit, comme vous le savez, je mène régulièrement des auditions et je m'entretiens avec des médecins sur cette question, ce qui me permet de vous confirmer que la consultation de transition n'est pas du tout systématique à l'heure actuelle. Un certain nombre de patients entrés dans l'âge adulte sont d'ailleurs « perdus des radars », ce qui me porte à considérer que cette consultation est particulièrement importante. Je maintiens donc mon amendement.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle est saisie de l'amendement AS926 de Mme Nathalie Elimas.*

**Mme Nathalie Elimas.** Alors que les causes des cancers des adultes sont assez bien identifiées, on ne sait toujours pas pourquoi les enfants tombent malades, ce qui est aujourd'hui le cas de 2 250 enfants chaque année, dont 500 ne survivent pas. L'INCa a récemment mis en place un groupe de travail afin d'intervenir en amont et ainsi de mieux prévenir les cancers et les maladies graves de l'enfant. Pour soutenir cette démarche, il paraît essentiel de proposer systématiquement aux familles d'enfants diagnostiqués pour un cancer pédiatrique de participer à une étude épidémiologique à travers un questionnaire portant sur les conditions de vie, l'environnement, ou le travail de la mère durant la grossesse et depuis la naissance de l'enfant. Des analyses effectuées sur les principaux lieux de vie depuis la naissance – au sein de l'habitation, mais aussi de l'école – pourraient également être effectuées, ainsi que des prélèvements biologiques destinés à évaluer le taux de toxiques et de polluants de tous ordres présents dans les cheveux et dans le sang.

Ce sont potentiellement 12 500 enfants et adolescents qui seraient susceptibles de participer à une étude de cette ampleur, qui pourrait servir à consolider les théories environnementales régulières évoquées notamment par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Les pouvoirs publics pourraient ainsi mettre en place des mesures concrètes lorsque cela est nécessaire.

À l'heure actuelle, ce type d'études ne serait proposé qu'à deux familles sur dix seulement, alors qu'une recherche des causes pour chaque patient pourrait permettre de repérer les facteurs de risque au cas par cas, de sensibiliser les familles, d'améliorer la détection précoce et in fine, de réduire le nombre d'enfants diagnostiqués.

Il s'agit ici, monsieur le rapporteur, de faire preuve de volonté politique pour renforcer la lutte contre les cancers pédiatriques *via* la prévention, qui a d'ailleurs prouvé son efficacité pour les cancers des adultes. Les équipes de chercheurs et les équipes médicales accomplissent un travail remarquable mais force est de constater que, depuis plusieurs années, le nombre de décès d'enfants ne recule presque plus. Or, les marges sont importantes en matière de prévention : il est donc de notre devoir de ne pas négliger cette voie.

**M. le rapporteur général.** Cet amendement et le précédent ont tous deux franchi le filtre de l'article 40 – ce qui est un peu étonnant compte tenu de leur coût, mais il ne m'appartient pas de porter un jugement sur ce point... Cela dit, si je comprends parfaitement l'intérêt de disposer d'une étude épidémiologique pour tout cas de cancer pédiatrique, il me semble que la réalisation d'une véritable étude de cohorte comprenant des recueils systématiques, des données épidémiologiques et des études scientifiques sur des cancers touchant plusieurs milliers d'enfants chaque année, nécessite une structuration extrêmement lourde, complexe et onéreuse.

Par ailleurs, l'aspect systématique de l'étude me gêne un peu, car s'il est des cancers pour lesquels il n'y a pas d'explication à l'heure actuelle, d'autres ont des causes bien identifiées.

Pour ces deux raisons, j'émets un avis défavorable à votre amendement.

**Mme Nathalie Elimas.** Monsieur le rapporteur, j'insiste sur le fait que ma proposition est fondée sur un travail extrêmement sérieux effectué par l'INCa. Cependant, j'entends votre critique portant sur le caractère systématique de l'étude dont je suggère la mise en œuvre ; je propose de revoir la rédaction de mon amendement en vue de la séance publique.

*L'amendement est retiré.*

*La commission examine ensuite l'amendement AS771 de Mme Martine Wonner.*

**Mme Martine Wonner.** L'article 40 est remarquable en ce qu'il prévoit une prise en charge globale des personnes atteintes de cancers, incluant notamment une activité sportive. L'amendement AS771 se borne à le compléter en ajoutant à l'alinéa 7, après le mot : « nutritionnels », les mots : «, physiologiques ». Le but est de faire en sorte que, dans le cadre du parcours envisagé pour les personnes atteintes d'un cancer, les consultations et le suivi prennent en compte l'état physiologique des individus, et notamment l'impact éventuel du sport sur d'autres pathologies chroniques dont ils souffriraient, telles que le diabète ou l'hypertension.

**M. le rapporteur général.** Je comprends maintenant où vous voulez en venir... Le forfait de prise en charge est pluridisciplinaire et fait déjà une place à l'activité physique au sein de l'évaluation médicale globale. Je vous invite par conséquent à retirer cet amendement, faute de quoi j'émettrai un avis défavorable.

**Mme Martine Wonner.** Soit, mais je pense vraiment qu'il est important que l'incidence des activités sportives sur les pathologies chroniques autres que le cancer soit prise en compte dans le cadre de l'accompagnement post-cancer. Cela dit, je prends note de vos observations, monsieur le rapporteur, et je retire mon amendement.

*L'amendement est retiré.*

*Puis la commission est saisie de l'amendement AS1005 de M. Belkhir Belhaddad.*

**M. Belkhir Belhaddad.** Comme vient de le dire notre collègue Martine Wonner, cet article 40 est extrêmement important. Je suis très attaché à la promotion des activités physiques comme moyens thérapeutiques innovants non médicamenteux pour des personnes atteintes notamment d'affectations de longue durée, en l'occurrence d'un cancer. Cet amendement traduit dans le code de la santé publique les intentions évoquées dans l'exposé des motifs de l'article 40, en lien notamment avec la mise en œuvre d'un forfait de prise en charge des individus ayant eu un cancer.

S'il appartient naturellement au pouvoir réglementaire de déterminer le montant et les modalités pratiques de la mise en œuvre de ce forfait issu de la répartition du fonds d'intervention régional, cet amendement propose simplement d'en inscrire l'existence dans le marbre de la loi.

Je rappelle que le réseau des villes Sport-Santé du réseau des villes françaises de l'Organisation mondiale de la santé et le collectif national des structures sport-santé sont bien entendu disponibles pour expérimenter le forfait complémentaire ainsi créé.

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

*Elle étudie ensuite l'amendement AS930 de Mme Nathalie Elimas, qui fait l'objet du sous-amendement AS1032 du rapporteur général.*

**Mme Nathalie Elimas.** La mise en place du parcours de soins global après le traitement d'un cancer est une mesure innovante constituant une avancée majeure pour les patients. Il apparaît donc nécessaire de procéder à une évaluation de ce dispositif pour en tirer des enseignements et l'améliorer si nécessaire.

**M. le rapporteur général.** Avis favorable, sous réserve de l'adoption du sous-amendement AS1032 portant d'un à deux ans le délai de remise du rapport d'évaluation ; un an, c'est vraiment trop court.

*La commission adopte le sous-amendement, puis elle adopte l'amendement ainsi sous-amendé.*

Enfin, elle **adopte** l'article 40 **modifié**.

#### **Après l'article 40**

*La commission examine les amendements identiques AS18 de M. Gilles Lurton, AS169 de M. Ian Boucard, AS614 de M. Paul Molac et AS739 de Mme Carole Bureau-Bonnard.*

**M. Gilles Lurton.** L'amendement AS18 concerne les personnes qui souffrent de diabète et qui subissent une amputation d'un membre inférieur – orteil, pied, jambe et parfois même cuisse. Chaque année, 20 000 personnes sont hospitalisées pour une plaie du pied. La qualité de vie du patient diabétique est alors largement détériorée : la pratique d'une activité physique – qui fait partie intégrante du traitement du diabète au même titre que l'alimentation et les traitements médicamenteux – devient plus difficile alors que, lorsqu'on est bien soigné, tout pourrait se passer correctement.

Sans cette pratique régulière du sport, le diabète est moins stable, d'autres complications se développent, détériorant ainsi un peu plus une qualité de vie déjà dégradée ; des coûts supplémentaires évitables viennent en outre alourdir les dépenses de l'assurance maladie. Ces complications représentent un véritable coût également pour cette dernière : quand les dépenses moyennes d'un patient diabétique s'élèvent à 6 730 euros, celles d'un patient pris en charge pour une amputation atteignent 63 830 euros ; 1 % des patients diabétiques représentent dès lors 8 % des dépenses totales.

Il est donc nécessaire de trouver une prise en charge adaptée pour la qualité de vie du patient mais, aussi, pour l'efficacité de notre système de soins.

Cet amendement vise à créer un mode de financement dédié à la prise en charge de telles complications. Les équipes éligibles seraient déterminées par un cahier des charges.

**M. Alain Ramadier.** L'amendement AS169 de notre collègue Boucard vise à permettre une prise en charge par l'assurance maladie de l'activité physique adaptée pour les personnes diabétiques. M. Lurton vient d'en exposer les motivations.

**M. Philippe Vigier.** L'amendement AS614 est défendu.

**Mme Carole Bureau-Bonnard.** M. Lurton a exposé l'ensemble des motifs de mon amendement AS739, identique.

**M. le rapporteur général.** Nous avons tous envie que les malades chroniques bénéficient de forfaits de prise en charge ville-hôpital : tel est l'objectif des transformations du système de santé. L'article 38 de la LFSS 2019 avait déjà mis en place des forfaits pour la prise en charge des patients diabétiques et des complications de la maladie, mais seulement en milieu hospitalier, sans lien avec la médecine de ville. Or cette affaire s'est révélée assez complexe, des problèmes se posent notamment sur le montant des forfaits ; la réalisation de la réforme a dû être reportée en 2020 – toujours pour le secteur hospitalier. Dans ces conditions, il me paraît un peu prématuré, et croyez bien que je le regrette, de l'appliquer à la médecine de ville. Enfin, l'article 51 autorise parfaitement l'expérimentation de forfaits ville-hôpital, c'est même sa raison d'être que de ne pas en appeler à la loi chaque fois que l'on souhaite expérimenter des prises en charge au forfait ou au parcours pour des maladies complexes qui intégreraient tout à la fois la médecine de ville et l'hôpital.

Je vous propose de retirer ces amendements ; sinon, avis défavorable, quoiqu'à regret.

*L'amendement AS739 est retiré.*

*La commission rejette les amendements identiques AS18, AS169 et AS614.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS1030 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet amendement ne coûte pas très cher et fait un peu écho à ce que nous avons dit sur les psychologues cliniciens et la prise en charge des patients.

Les personnes atteintes de maladies chroniques neurologiques assez sévères comme la sclérose en plaques sont souvent assez jeunes – 18 à 30 ans –, elles peuvent avoir des enfants ou une activité professionnelle. Un accompagnement psychologique pendant au moins deux ou trois consultations leur est, la plupart du temps, extrêmement bénéfique.

Il est donc proposé d'expérimenter en secteur hospitalier et en centre de référence la prise en charge de consultations de psychologues cliniciens pour accompagner ces malades car, aujourd'hui, il n'existe pas de grille tarifaire et l'on en arrive à des situations abracadabrantiques où des laboratoires financent des postes de psychologues à travers des associations de médecins, etc.

**M. Pierre Dharréville.** Existe-t-il une raison particulière d'en rester à une expérimentation ?

**M. le rapporteur général.** L'article 40.

**M. Pierre Dharréville.** C'est bien ce qu'il me semblait, car vos arguments plaidaient pour une généralisation...

**Mme Martine Wonner.** Je soutiens cet amendement qui me paraît tout à fait intéressant et qui témoigne une fois de plus que, dans certaines situations, l'accompagnement psychologique peut être le fait de professionnels psychologues et non de médecins psychiatres. Je remercie le rapporteur général de l'avoir déposé.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle est ensuite saisie de l'amendement AS998 de M. Belkhir Belhaddad.*

**M. Belkhir Belhaddad.** Dans la continuité de l'amendement que j'ai présenté tout à l'heure, celui-ci propose une expérimentation visant à mettre en place un parcours d'accompagnement comprenant un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des consultations de suivi nutritionnels et psychologiques pour les personnes atteintes de diabète de type 2 ou d'hypertension artérielle. Il s'agit donc d'étendre le dispositif proposé pour le cancer à ces deux affections.

L'article 40 du projet de loi propose en effet la mise en place d'un parcours d'accompagnement pour les seules personnes ayant subi un traitement contre le cancer. Or, d'autres pathologies chroniques ont des niveaux de prévalence comparables voire supérieurs à celui du cancer. Pour ces deux maladies chroniques, les effets positifs, significatifs et rapides de l'activité physique adaptée au traitement sont reconnus de manière incontestée par la littérature médicale et scientifique – je vous renvoie à une étude récente de l'INSERM. L'activité physique adaptée permet ainsi de diminuer le coût de la prise en charge, notamment grâce à la baisse de la consommation de médicaments.

L'expérimentation proposée vise en conséquence à permettre à ces patients un meilleur accès à l'activité physique adaptée à leur pathologie grâce à la réalisation d'un bilan qui permettra, le cas échéant, de les orienter vers les maisons sport-santé qui vont voir le jour : cent maisons sont d'ores et déjà prévues cette année.

**M. le rapporteur général.** Cet amendement va dans le bon sens, mais il faut examiner son impact et sa faisabilité. J'hésitais entre un avis de sagesse et un avis favorable, mais sa dynamique étant bonne, j'émetts un avis favorable, sous réserve évidemment du débat que nous aurons la semaine prochaine avec la ministre.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle étudie ensuite l'amendement AS920 de Mme Audrey Dufeu Schubert.*

**Mme Audrey Dufeu Schubert.** Cet amendement a pour but de demander, une fois de plus, un rapport d'évaluation, mais sur les différences de coûts de prise en charge par radiothérapie entre les praticiens conventionnés en secteur 1 et les praticiens conventionnés effectuant des dépassements d'honoraires en secteur 2.

Le coût de la prise en charge de ce type de traitement dépend du nombre de séances. Il serait opportun de s'assurer à travers ce rapport d'évaluation que les modalités d'application de dépassement d'honoraires en secteur 2 n'affectent pas la pertinence du nombre de séances alors prescrites. Ce rapport pourrait également évaluer l'opportunité d'une évolution de financement au forfait pour les traitements par radiothérapie.

Il est très important de s'interroger sur cette question dans ce chapitre III du projet de loi, intitulé « Renforcer la qualité, la pertinence et l'efficacité des soins ».

**M. le rapporteur général.** Même sans rapport, madame Dufeu Schubert, nous connaissons la réponse quant aux différences de coût et de rémunération entre secteur public et privé. Votre question est légitime, mais peut-être n'est-il pas nécessaire qu'il lui soit répondu sous la forme d'un rapport gouvernemental remis au Parlement. Par ailleurs, l'article 27 que nous venons de voter prévoit une révision complète de la classification commune des actes médicaux pour la valeur des actes en médecine de ville.

Nous pouvons travailler sur cette question, peut-être dans le cadre de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) ; le format « rapport remis au Parlement » me paraît un peu excessif sur ce qui reste un sujet de niche, aussi intéressant soit-il – et je vous remercie de l'avoir soulevé. Avis défavorable.

**Mme Audrey Dufeu Schubert.** Je retire mon amendement, mais je crois vraiment que la MECSS devrait identifier le coût induit par le financement des parcours de radiothérapie par la tarification à l'activité.

*L'amendement AS920 est retiré.*

**Article 41 : Simplification des règles applicables à la présentation de certificats médicaux d'absence de contre-indication à la pratique sportive**

*La commission examine les amendements de suppression AS120 de M. Pierre Dharréville, AS379 de Mme Jeanine Dubié, AS708 de M. Jean-Carles Grelier, AS792 de M. Joël Aviragnet et AS957 de M. Francis Vercamer.*

**M. Alain Bruneel.** L'article 41 supprime le certificat médical obligatoire exigé pour la pratique sportive des jeunes en club ou au sein d'une fédération sportive.

Sous prétexte de simplification et d'économies budgétaires, le Gouvernement supprime ainsi une protection indispensable pour les enfants : détection des problèmes cardiaques, de l'asthme ou de problèmes osseux. Cet examen médical est indispensable et devrait à l'inverse être renforcé pour qu'il soit toujours correctement effectué car il peut permettre d'éviter des accidents et des drames et il ne constitue en aucun cas une barrière à la pratique sportive.

L'accès à un médecin pour les enfants est devenu de plus en plus difficile en raison de la désertification médicale et de l'absence de médecine scolaire. Or le certificat médical obligatoire permet l'accès remboursé à un médecin. Plutôt que de remédier à ces problèmes de fond, le Gouvernement préfère limiter encore plus l'accès à la médecine. C'est pourquoi notre amendement AS120 propose de supprimer l'article 41.

**M. Philippe Vigier.** Comme celui de mon collègue, notre amendement AS379 vise à supprimer cet article dont chacun connaît la raison d'être : la désertification médicale, donc la difficulté d'accès aux praticiens. La délivrance des certificats médicaux autorisant la pratique du sport en est une victime collatérale. Or il me semble que l'on prend les choses à l'envers.

Une autre question se pose, celle de la responsabilité des clubs sportifs. Que se passera-t-il si, demain, les diagnostics ne sont pas posés alors que seules trois visites sont obligatoires entre 6 et 18 ans ? On se bagarre pour 30 millions d'euros alors qu'une visite médicale préalable à la pratique d'un sport permet de déceler une maladie, une anomalie qui pourraient engendrer brutalement des catastrophes. Je ne suis donc pas favorable à la disparition de ce certificat.

Enfin, faute d'avoir lancé un plan d'envergure pour lutter contre une désertification médicale qui ne fera que s'accroître dans les cinq à dix prochaines années, d'autres champs se trouvent affectés.

**M. Jean-Carles Grelier.** J'avoue ne pas avoir bien compris l'intérêt d'une telle mesure, hors le gain de temps médical, argument avancé par le Gouvernement. Depuis 2016, la validité des certificats de pratique sportive a été étendue à trois ans, une partie du problème du temps médical a ainsi été réglée. Ajoutons, et nous le savons tous, que les visites périodiques ne fonctionnent pas aussi bien qu'elles le devraient et qu'un certain nombre d'enfants passent à travers les mailles du filet. Parfois, la visite préalable à la pratique sportive était le moyen, pour le médecin, de procéder à certains dépistages, ce qui présentait un intérêt évident. Enfin, j'ai cherché vainement dans l'étude d'impact les réactions des fédérations sportives. Chacune d'entre elles a recours à des contrats d'assurance groupe associés aux licences, conditionnés par un avis médical. Il est évident qu'aucune compagnie ne continuera à assurer des enfants pour l'entraînement et la compétition dès lors que ces derniers ne produiront aucun certificat médical. Qui les assurera donc pendant leurs pratiques sportives, leurs entraînements mais, aussi, en compétition ?

Autant de raisons pour lesquelles mon amendement AS708 propose de supprimer cet article.

**M. Boris Vallaud.** L'amendement AS792 est défendu.

**M. Paul Christophe.** Le certificat médical de non-contre-indication au sport est un levier important de la politique de prévention. Aujourd'hui, seules trois consultations obligatoires sont prévues entre 6 et 18 ans dans le parcours de santé « mineurs », ce qui est sans comparaison avec une visite médicale annuelle permettant aux médecins de faire un bilan régulier de l'état de santé des enfants, de faire le point sur leur carnet de vaccination, de déceler des scoliose ou des troubles du rythme cardiaque. Le certificat de non-contre-indication constitue donc un outil de prévention à la disposition du praticien pour assurer le suivi médical des mineurs.

Aussi proposons-nous, par notre amendement AS957 la suppression de l'article 41.

**M. le rapporteur général.** Je comprends l'ensemble des arguments avancés : sur le papier en tout cas, supprimer la consultation préalable à la pratique sportive peut surprendre dans un contexte où l'on souhaite développer la prévention. Mais qu'en est-il dans la pratique ?

Faute de temps, la consultation pour l'obtention d'un certificat médical donne assez rarement lieu à un examen approfondi de l'enfant – ce sont les médecins généralistes qui le disent eux-mêmes. Dans les déserts médicaux, c'est même la croix et la bannière, au point qu'un certain nombre d'enfants ne peuvent obtenir une licence sportive dans les délais faute

de pouvoir trouver un médecin disponible pour les examiner ou leur remettre un certificat médical de non-contradiction à la pratique sportive.

Par ailleurs, des médecins nous ont confié, notamment lors des auditions, que les enfants ou les jeunes demandant un certificat médical pratiquent déjà un sport, généralement de manière intensive, et présentent souvent moins de problèmes de santé que ceux qui sont victimes d'inégalités sociales et, parfois, sanitaires ; or ce sont ceux-là qui, hélas ! pratiquent moins le sport, *a fortiori* en compétition.

Enfin, je rappelle que l'article 41 prévoit également un garde-fou important : le sportif devra remplir avec ses parents un questionnaire de santé permettant de s'assurer qu'il a bien réalisé les visites médicales obligatoires du parcours de santé. Nous tirons ainsi la conséquence de l'instauration de ce questionnaire, tel qu'il est prévu dans la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, avec des consultations répétées, pluriannuelles jusqu'à un certain âge et quasi annuelles par la suite ; du coup, ces signatures de certificats de non-contre-indication à la pratique sportive ne sont plus indispensables.

Pour toutes ces raisons, avis défavorable.

**M. Belkhir Belhaddad.** C'est un sujet important qui revient souvent dans l'actualité. Je tiens à préciser que sur dix pratiquants sportifs, seulement deux ou trois sont licenciés, le reste s'adonne à des activités dites libres, dont en premier lieu celle de la marche nordique – je vous ai d'ailleurs invité à y participer le mardi soir. La France compte dix millions de pratiquants, si l'on inclut la course à pied.

Les certificats médicaux concernent aussi bien ceux qui seront amenés à prendre une licence que ceux qui, par exemple, pratiquent la randonnée. En tant qu'ancien adjoint chargé des sports, je considère que la suppression du certificat médical permet véritablement de ramener des jeunes à de telles pratiques alors qu'ils en étaient éloignés. C'est notamment vrai dans les quartiers de la politique de la ville où, même avec des dispositifs mis en place par les collectivités locales, il est très difficile de les y amener pour des raisons financières – les certificats médicaux ont d'ailleurs eux aussi un coût – et parce qu'il est difficile de trouver un médecin.

Cette mesure va plutôt dans le bon sens au lieu de freiner le développement d'un certain nombre de pratiques.

**M. Jean-Carles Grelier.** Je n'ai pas porté de blouse blanche, monsieur le rapporteur général, mais j'ai longtemps porté une robe noire. Je peux vous dire que lorsqu'un accident sportif se produit, la première chose que diligente l'institution judiciaire, c'est une expertise judiciaire, généralement confiée à un médecin. Et la première pièce produite, c'est le certificat de pratique sportive pour s'assurer qu'il n'y avait pas de contre-indication.

Si le certificat disparaît, c'est la présence du médecin qui disparaît, autrement dit du garant du bon état de santé de l'enfant dans la chaîne de responsabilité. La seule responsabilité qui restera est abominable : celle des parents, qui seront reconnus comme seuls responsables d'une auto-évaluation des risques qu'ils ont fait courir à leurs enfants. C'est une bien grande responsabilité à leur faire endosser alors qu'ils ne sont pas tous des professionnels de santé.

**M. Jean-Pierre Door.** Je comprends les arguments du rapporteur général sur la désertification médicale et la difficulté à trouver un médecin, mais je souhaiterais savoir si vous avez rencontré les responsables des fédérations sportives et du ministère des sports avant de prendre une telle décision. Ce sont eux qui exigent un certificat médical afin d'obtenir une licence. Et si elle ne l'a pas, une fédération n'acceptera pas de licencier un jeune.

**M. Paul Christophe.** Votre propos introductif m'a un peu alarmé : on a l'impression que vous avez pris cette décision en raison du manque de médecins. Il faudra lire le compte rendu, mais je suis un peu inquiet. On se prive ainsi d'un outil de prévention et l'on fera en effet porter la responsabilité sur les parents alors que leur degré d'appréciation de la santé de leur enfant à partir de ce qu'ils ont observé lors de ses examens médicaux, jusqu'alors de règle, est fragile. Je vous interpelle donc à nouveau sur ces considérants.

**M. Alain Bruneel.** Je suis totalement d'accord avec mon collègue sur la question de la responsabilité, laquelle reposera désormais sur les seuls parents. Imaginons le pire : un enfant tombe et décède en pratiquant un sport. Qui est responsable ?

La visite médicale relève avant tout de la prévention mais c'est aussi un suivi. On ne peut pas arguer de la désertification médicale ou d'une visite qui serait expédiée parce que le médecin, quoi qu'il en soit, s'engage : c'est lui qui est responsable. Prenons garde, car une telle mesure empêchera des enfants de faire du sport si les parents hésitent à prendre ce risque ! Réfléchissons bien avant d'adopter ou de supprimer cet article : c'est un enjeu important pour le sport.

**Mme Caroline Fiat.** Notre groupe soutient évidemment ces amendements de suppression. Même si cela concerne un seul cas, de telles visites peuvent permettre de diagnostiquer quelque chose. Il arrive que des enfants ne tombent jamais malades – c'est une grande chance que d'avoir un enfant qui n'attrape jamais d'angine ou d'otite – mais elles permettent de vérifier son poids, sa taille...

**Mme Michèle Peyron.** Il y a la protection maternelle et infantile (PMI) pour cela !

**Mme Caroline Fiat.** Je veux bien que l'on parle de la PMI, mais tout le monde n'y a pas droit. Ne me parlez pas non plus des visites scolaires alors qu'il manque 3 000 médecins scolaires ! Vous parlez de prévention, de prévention, de prévention, je sais que Mme la ministre adore le faire et c'est très bien, mais ces certificats médicaux sont parfois très importants pour poser des diagnostics. Enfin, comme l'a dit notre collègue, qui sera responsable en cas de problème ?

**Mme Michèle de Vaucouleurs.** Ces dispositions m'ont également interpellée. J'ai d'ailleurs déposé un amendement qui vise à restreindre la faculté de non-délivrance d'un certificat d'aptitude sportive aux seules situations de poursuite d'une activité sportive exercée antérieurement. Lorsque la pratique est nouvelle, d'autres éléments doivent être pris en considération. J'ai un enfant qui a pratiqué tous les sports mais il n'avait pas toujours les capacités requises ; j'ai été bien contente qu'un médecin le dissuade de s'adonner à telle ou telle activité sportive. J'en aurais été moi-même incapable tant il était volontaire. Il est vrai que cela peut être une contrainte, que cette visite est souvent mal faite...

**Mme Michèle Peyron.** Pas du tout !

**Mme Michèle de Vaucouleurs.** ... et parfois même que le certificat est remis sans visite. C'est très bien lorsque la pratique sportive est coutumière mais lorsqu'elle est nouvelle, il me paraît très important que le médecin puisse se prononcer en conscience.

**M. le rapporteur général.** Je précise que pour les sports dits à risque, le certificat demeure indispensable. Nous évoquons là des sports qui ne sont pas considérés comme tels. Les sports à risque sont répertoriés dans une liste.

*La commission rejette les amendements.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS963 de Mme Michèle de Vaucouleurs.*

**Mme Michèle de Vaucouleurs.** Comme je le disais à l’instant, cet amendement vise à restreindre la faculté de non-délivrance d’un certificat d’aptitude sportive aux seules situations de poursuite d’une activité sportive exercée antérieurement. Seulement trois examens médicaux sont obligatoires entre l’âge de 8 et 16 ans - et non 18 ans comme je l’ai entendu. Compte tenu des spécificités des différents sports proposés à la pratique, je pense qu’il est préférable de maintenir l’établissement d’un certificat médical pour attester de l’aptitude physique de l’usager.

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

*Puis elle est saisie de l’amendement AS101 de Mme Laurence Vanceunebrock-Mialon.*

**Mme Laurence Vanceunebrock-Mialon.** Cet amendement vise à faire accompagner l’attestation d’auto-évaluation faite par les parents pour les mineurs d’une preuve écrite de la réalisation des derniers examens médicaux obligatoires, par exemple une copie du carnet de santé.

**M. le rapporteur général.** Votre amendement pose un problème de respect du secret médical, le carnet de santé comporte plus d’informations que les seuls éléments essentiels. La logique ici est purement assurantielle. Les certificats sont exigés par les assurances qui couvrent des événements sportifs, ce n’est pas l’État qui les demande. C’est pourquoi les consultations ne sont pas remboursées. Du reste, j’imagine mal des parents prendre, pour leur enfant, le risque de ne pas se rendre aux consultations obligatoires et de tricher dans un auto-questionnaire. Cette mesure ne me paraît pas indispensable et elle risque de faire circuler des données médicales confidentielles qui ne concernent pas les assurances.

**Mme Gisèle Biémouret.** En cas de handicap, qui serait responsable ?

*La commission rejette l’amendement.*

*Puis elle examine l’amendement AS537 de M. Adrien Quatennens.*

**M. Adrien Quatennens.** Nous souhaitons que le Gouvernement remette un rapport au Parlement sur les conditions de l’élargissement des certificats de non-contre-indication à des examens médicaux plus approfondis, notamment cardiaques. Certes, ces certificats sont assez contraignants, car à chaque fois qu’un pratiquant veut participer à une course, il doit en demander un nouveau dont il ne comprend pas forcément l’intérêt. Mais connaissant les contraintes liées à la pratique du sport, je pense que c’est utile. Puisque nous nous dirigeons vers la suppression de l’obligation de présenter ces certificats, nous souhaitons qu’un rapport établisse les conséquences de cette suppression sur une période donnée.

**M. le rapporteur général.** Avis défavorable.

**Mme Caroline Fiat.** Monsieur le rapporteur général, je sais que vous n’aimez pas les demandes de rapport, mais maintenant que vous avez donné un avis favorable à l’un d’entre eux, nous n’allons pas vous lâcher !

La fin de l’obligation de présenter un certificat de non-contre-indication est une grande innovation de ce PLFSS. Nous n’avons pas réussi à vous convaincre de renoncer à cette suppression, mais il n’est pas excessif de demander un rapport sur les effets de cette mesure, car nous naviguons dans le flou.

*La commission rejette l’amendement.*

*Enfin, elle adopte l’article 41 sans modification.*

**Article 42 :** *Évolution du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins et adaptation du dispositif de financement à la qualité*

*La commission est saisie des amendements identiques AS236 de M. Jean-Pierre Door et AS622 de M. Paul Christophe.*

**M. Jean-Pierre Door.** La dotation financière selon les résultats, qui tiennent à la qualité et la sécurité des soins, est une façon judicieuse de soutenir la démarche qualité des établissements. Les associations de patients doivent être associées à la construction des critères de qualité, dans lesquels la qualité de vie des professionnels de santé, en particulier du personnel soignant, doit figurer. C'est le sens de l'amendement AS236.

**M. le rapporteur général.** Ces amendements sont satisfaits par un décret du 21 février 2019 qui fixe la liste des indicateurs en y incluant la qualité de vie au travail.

*Les amendements sont retirés.*

*La commission en vient à l'amendement AS539 de Mme Caroline Fiat.*

**M. Jean-Hugues Ratenon.** L'évaluation de l'efficacité du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) se fonde sur la mise en concurrence des établissements entre eux. Que le CAQES fonctionne par des sanctions ou des incitations, les effets sont les mêmes puisque l'enveloppe globale est constante. Les établissements les plus en difficulté voient leur situation financière s'aggraver tandis que les établissements qui réussissent à sortir la tête de l'eau sont récompensés.

Par ailleurs, l'expérience montre que la mise en place d'indicateurs incite le personnel à soigner davantage les indicateurs que les patients.

Cette logique ne peut qu'aller à l'encontre de l'amélioration de la santé publique, qui implique l'instauration dans les établissements d'une politique de prescription adaptée aux besoins réels des patients. Cet amendement tend donc à mettre fin au CAQES.

**M. le rapporteur général.** Avis défavorable. Votre proposition est tout à fait contradictoire avec l'article 42, qui rénove le CAQES en profondeur, le simplifie et le recentre sur la pertinence des soins.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle passe à l'amendement AS910 de Mme Justine Benin.*

**Mme Justine Benin.** Il s'agit d'un amendement rédactionnel tendant à ajouter le mot « qualité » après celui de pertinence.

**M. le rapporteur général.** Le texte propose précisément de retirer la notion de qualité du CAQES, car la qualité doit être traitée en priorité dans la dotation d'incitation financière à l'amélioration de la qualité, qui est tout aussi efficace. Je vous invite donc à retirer cet amendement.

*L'amendement est retiré.*

*La commission discute ensuite de l'amendement AS116 de M. Pierre Dharréville.*

**M. Pierre Dharréville.** Des sanctions financières peuvent être imposées par les ARS aux établissements de santé qui ne respectent pas les objectifs prévus dans le cadre d'un CAQES. L'article 42 du PLFSS renforce cette logique de sanctions en confiant au directeur général de l'ARS la possibilité de fixer un volume annuel maximum d'activité à un établissement en situation de « sur-recours » à certains actes, plaçant ainsi l'établissement en observation durant deux ans. Il lui offre également la possibilité de minorer les tarifs

nationaux des actes, prestations et prescriptions considérés, si les objectifs de réduction des prescriptions et des actes ne sont pas atteints.

Dans un contexte d'austérité budgétaire marquée pour les hôpitaux, nous pensons que la logique de compression des coûts qui prédomine aujourd'hui dans la gestion du service public hospitalier a des effets extrêmement négatifs.

Dans un contrat, il y a deux parties. Ce CAQES renouvelé serait peut-être plus équilibré si l'on permettait aux hôpitaux de juger de la pertinence des moyens mis à leur disposition par le PLFSS. Il faut prendre en compte la réalité des territoires, des besoins des populations, et des moyens des établissements, qui peuvent varier. La démarche qui fonde ce CAQES nous semble discutable, et nous proposons, en conséquence, de supprimer les alinéas 17 à 26.

**M. le rapporteur général.** Je comprends votre point de vue, mais le processus de sanction ne pourra être déclenché que deux ans après que l'ARS aura saisi l'établissement pour lui signaler un sur-recours, concernant seulement quelques catégories d'actes particulièrement illustratifs. L'étude d'impact cite les exemples de la chirurgie du canal carpien ou la pose de prothèses de genou, pour lesquels le rapport peut passer de un à cinq selon les territoires.

Dans ces cas, l'établissement informé d'un sur-recours, et donc de probables sur-prescriptions, bénéficie d'un délai de deux ans. C'est au terme de ce délai que l'ARS commence à intervenir : si l'établissement n'a pas du tout modifié ses pratiques, elle pourra soumettre une proposition de sanction à la CPAM, qui en décidera après avis de la conférence régionale de la santé et l'autonomie, dans le cadre d'une procédure contradictoire qui pourra être contestée.

Les différences territoriales exposées dans l'étude d'impact démontrent qu'il y a vraiment un problème. Si l'on n'arrive pas, par le dialogue et la concertation, à normaliser les pratiques, il faut être capable d'imposer une sanction financière, bien qu'il ne s'agisse ni d'une règle systématique ni d'un objectif.

**M. Pierre Dharréville.** Je comprends, moi aussi, votre logique et je constate qu'elle n'est pas convergente avec la mienne. Le débat sur ce sujet dure depuis plusieurs PLFSS, et il est important à nos yeux. Si ce que vous appelez des sur-recours sont constatés, pourquoi ne pas commencer par en chercher les causes ? Vous présumez une volonté de pratiquer à outrance, mais il faut penser aux patients. Dans la logique de compression des dépenses de ce PLFSS, je crains que l'on n'utilise ce prétexte pour ne pas effectuer certains actes nécessaires. Voilà ce qui me pose problème.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette l'amendement AS923 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.*

*Enfin, elle adopte l'article 42 sans modification.*

**Article 43 :** *Favoriser la pertinence des prescriptions de médicaments*

*La commission examine les amendements AS179, AS93 et AS94 de M. Paul Christophe.*

**M. Paul Christophe.** L'article 43 étend significativement les prérogatives ministérielles en permettant à tout moment de placer sous accord préalable la prescription de tout produit de santé, le rôle de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans la

mise en œuvre de ce dispositif devenant dès lors purement consultatif. L'amendement AS179 tend à supprimer cette disposition.

En vue de garantir que le mécanisme de mise sous accord préalable sera exclusivement utilisé dans l'intérêt des patients, et non en vertu de considérations uniquement budgétaires, l'amendement AS93 limite son application aux seuls motifs de santé publique.

Quant à l'amendement AS94, il limite l'application de ce dispositif aux deux premières hypothèses prévues par le code de la santé publique : les prestations dont la nécessité doit être appréciée au regard d'indications ou de conditions particulières d'ordre médical, ou dont la justification doit être préalablement vérifiée du fait de leur caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire.

**M. le rapporteur général.** Avis défavorable à ces trois amendements. Si nous changeons les conditions en élargissant les possibilités de recours à la demande préalable, les conditions restent extrêmement strictes. Il faut que la prestation ou le produit concerné présente un caractère innovant ou particulièrement coûteux pour l'assurance maladie, ou présente des risques pour l'état de santé du bénéficiaire. La demande préalable peut également être sollicitée lorsqu'il existe une alternative moins coûteuse.

En pratique, cette procédure sera utilisée dans des situations très particulières : lorsqu'un médicament est privilégié par rapport à tous les autres alors que son coût est très élevé ; lorsqu'un marketing offensif a pour effet de créer un monopole sur le marché ; parce que le prix d'un produit de santé augmente brutalement ; si l'on se rend compte qu'un produit est privilégié par rapport à un autre qui donne de meilleurs résultats.

Par exemple, le Crestor, une statine qui, sans présenter une efficacité meilleure que les autres, coûtait beaucoup plus cher, entraînait une dépense complètement excessive pour l'assurance maladie. Faute d'outil générique, il a fallu légiférer spécifiquement sur le cas de ce médicament pour engager une procédure de demande préalable, qui a permis de faire chuter la prescription de cette statine. Les autres statines, beaucoup moins onéreuses, ont été davantage prescrites, sans impact sur la santé publique des populations car le service médical rendu était le même. Et les économies réalisées par l'assurance maladie ont permis de mieux payer d'autres traitements innovants pour les malades chroniques. Je suggère le retrait de cet amendement, sinon avis défavorable.

**M. Paul Christophe.** Je comprends l'intention, mais le texte ne le précise pas explicitement. Je préfère maintenir les amendements.

**M. Jean-Carles Grelier.** L'article prévoit des sanctions lorsque le laboratoire ne respecte pas les conditionnements imposés. Pourquoi ces sanctions sont-elles prononcées par le ministre et non par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ou une autorité européenne, sachant que c'est une directive européenne de 2001 qui fixe les conditionnements ?

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Puis elle adopte l'article 43 sans modification.*

**Article 44 :** *Mesures diverses pour le secteur des transports de patients et extension des dérogations prévues à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018*

*La commission est saisie de l'amendement AS1029 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet amendement permet d'expérimenter la participation de dentistes libéraux aux centres régulant les appels d'urgence médicale, SAMU et centres 15.

Il s'inspire d'expérimentations qui ont été conduites, notamment à Grenoble. Des dentistes se sont rendus bénévolement au centre 15 pendant les heures de fermeture des cabinets, notamment les week-ends, et ce fut extrêmement efficace puisqu'ils ont permis de réguler 3 000 dossiers. Les seuls dimanches matins, une centaine d'appels au SAMU concernant des problèmes dentaires ont trouvé une réponse au téléphone, ce qui a évité que certains de ces patients ne se rendent aux urgences. L'expérimentation étant arrivée à son terme, cet amendement propose donc d'ouvrir le cadre prévu par l'article 51 de la LFSS 2018 aux dentistes libéraux.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle en vient à l'amendement AS894 de M. Paul Christophe.*

**M. Paul Christophe.** Nous souhaitons que la mesure d'extension des lieux et des conditions de prélèvement et de réalisation de la phase analytique des examens de biologie médicale soit expliquée, et que son champ soit précisé.

**M. le rapporteur général.** Cette mesure doit permettre d'expérimenter des projets de dépistage de certaines pathologies, dont l'hépatite C, comme la prise en charge globale proposée par l'équipe mobile Hépatites du centre hospitalier de Perpignan. Il n'y a aucun risque sur la sécurité sanitaire, puisque chacune de ces expérimentations devra être instruite au préalable par la HAS. Je vous suggère de retirer votre amendement.

*L'amendement est retiré.*

*La commission est saisie de l'amendement AS795 de M. Joël Aviragnet.*

**M. Joël Aviragnet.** Cet amendement permet d'amplifier la portée de l'article 51 pour le secteur médico-social. Il prévoit notamment de favoriser l'innovation dans les établissements et les services sociaux et médico-sociaux. Par ailleurs, il propose d'étendre les dérogations sur les modalités de qualification entre acte d'aide et acte de soins, dans le cadre d'un accompagnement par un établissement ou service social ou médico-social. On oppose trop souvent l'aide et les soins ; or, en milieu médico-social, ces deux notions sont difficiles à distinguer. En expérimentant de nouvelles répartitions entre actes d'aide et actes de soins selon les besoins des personnes, lors d'un accompagnement par un établissement ou service social ou médico-social, il sera possible d'identifier les « transférabilités de compétences » sociales et de soins en fonction des situations.

**M. le rapporteur général.** Vous proposez d'ouvrir encore davantage les expérimentations prévues à l'article 51, notamment pour permettre de déroger à la différence actes d'aide et actes de soins. S'agissant des délégations de tâches, l'article 66 de la nouvelle loi santé ayant profondément rénové le cadre applicable, je ne pense pas qu'il faille rouvrir ce débat.

Pour des raisons de sécurité des soins, la redéfinition des actes d'aide et des actes de soins requiert une réflexion plus large, et *a minima* un avis de la HAS sur les expérimentations, qui n'est pas prévu par votre amendement. Peut-être faudrait-il repenser ces dispositions en dehors d'un champ expérimental, par exemple dans le cadre de la loi future loi sur la dépendance, qui me semble plus adapté. Dans l'intervalle, nous pourrions saisir la HAS.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS759 de Mme Martine Wonner.*

**Mme Martine Wonner.** Il s'agit de déroger aux règles actuelles du dispositif « Lits halte soins santé » (LHSS) – qui n'autorisent aucune détention ni consommation de stupéfiants dans les structures existantes – en adaptant le cadre à la problématique des

personnes dépendantes à des stupéfiants, dans une approche pragmatique. Je pense, en particulier, au centre de consommation à moindre risque de Strasbourg. Un projet, validé par l'ARS, est mené actuellement afin d'adosser à ce centre une dizaine de LHSS pour répondre à des besoins de prise en charge complète des personnes qui fréquentent ce centre.

La communication et la proximité immédiate des deux dispositifs permettraient de mieux sécuriser les pratiques de consommation, et de dispenser plus facilement des soins médicaux et paramédicaux adaptés, et des mesures d'éducation à la santé, tout en offrant un accompagnement social personnalisé visant la réinsertion sociale de la personne. Le projet allie ainsi hébergement et centre de consommation.

**M. le rapporteur général.** Je n'étais pas au courant des difficultés que pouvait rencontrer ce centre de consommation à moindre risque, et s'il y en a, nous devons trouver les moyens d'y remédier. Toutefois, cet amendement dépasse très largement le champ des expérimentations défini par le Conseil constitutionnel. Je vous propose donc de le retirer pour le retravailler avec le ministère d'ici à la séance.

**Mme Martine Wonner.** Je le retire, mais il est important d'apporter une solution pertinente pour ce centre.

*L'amendement est retiré.*

*La commission adopte l'article 44 modifié.*

#### **Après l'article 44**

*La commission est saisie de l'amendement AS598 de Mme Jennifer de Temmerman.*

**Mme Martine Wonner.** L'objet de cet amendement est de permettre la prise en charge des transports sanitaires pour les personnes en arrêt de travail du fait d'affections leur interdisant de se rendre sur leur lieu de travail. Les y accompagner en transport sanitaire pourrait réduire la durée de ces arrêts de travail. Cette proposition peut paraître polémique – elle est d'ailleurs déjà apparue dans la presse comme un peu délirante –, mais ce n'est pas du tout le cas. Mme de Temmerman est partie d'un exemple qu'elle a connu dans son équipe, et ayant moi-même été praticien-conseil de l'assurance maladie, je trouve intéressant de lancer une expérimentation qui permettrait de mesurer la réduction des indemnités journalières qui en résulterait.

**M. le rapporteur général.** Je comprends l'intention : cet amendement concerne des personnes qui ne sont pas suffisamment malades pour être en arrêt de travail, mais trop pour aller travailler. Il soulève de nombreuses questions, car le cadre retenu est très général. Par ailleurs, le coût du transport sanitaire risque d'être exorbitant au regard de l'objectif. Je suggère le retrait de cet amendement, qui ne me semble pas mûr.

**Mme Martine Wonner.** Je ne suis pas la première signataire de cet amendement, et je ne pense pas que Mme de Temmerman souhaite que l'amendement soit retiré.

**Mme Caroline Fiat.** Tout peut arriver : je suis d'accord avec le rapporteur général sur cet amendement ! Ces arrêts de travail sont prescrits par des médecins ; ce sont eux qui déterminent si la personne est en état d'aller travailler. Faudra-t-il, à l'avenir, justifier de son incapacité à aller travailler en cas de fracture ? Une fracture est douloureuse, elle s'accompagne de traitements, il faut se rendre à des séances de kinésithérapie... Je trouve cet amendement plus que dangereux, et j'apporte – peut-être pour une unique fois – mon appui à M. le rapporteur général.

**M. le rapporteur général.** Madame Fiat, nous sommes plus souvent d'accord que vous ne le croyez !

*La commission rejette l'amendement.*

## **TITRE II PROMOUVOIR LA JUSTICE SOCIALE**

### **Chapitre I<sup>er</sup>**

#### **Protéger les Français contre les nouveaux risques**

**Article 45 :** *Indemnisation du congé de proche aidant*

*La commission examine les amendements AS820 et AS815 de M. Joël Aviragnet.*

**M. Joël Aviragnet.** Le groupe Socialistes et apparentés salue le début du financement du congé de proche aidant. Néanmoins, il nous semble que fixer à soixante-dix jours le volume maximal d'allocations journalières versées n'est pas suffisant sur l'ensemble d'une vie professionnelle. L'amendement AS820 tend à faire en sorte que ce dispositif puisse être renouvelé une fois selon des conditions fixées par décret, sans qu'il génère de surcoût.

Quant à l'amendement AS815, il prévoit que le Gouvernement fixe la durée maximale d'indemnisation par décret, et nous l'invitons à retenir la référence d'un an, au lieu de soixante-dix jours.

**M. le rapporteur général.** Je trouve ces amendements très intéressants, car ils posent le cas de figure d'un aidant qui deviendrait l'aidant d'une autre personne. Je suis très surpris qu'il n'ait pas été rejeté au titre de l'article 40 de la Constitution, sans doute parce que vous précisiez que le renouvellement se ferait sans surcoût – je ne vois pas comment, sauf en procédant par dons de congé de proche aidant.

La mise en œuvre de cette proposition risque d'être compliquée. Comment seraient gérées les cessions de droit à l'échelle nationale ? Je propose, dans un premier temps, d'en rester à la mise en place du dispositif proposé, qui représente déjà une grande avancée sociale ; un nouveau droit est créé. Je crains, de surcroît, que votre proposition ne remette en cause l'équilibre du dispositif. Je vous propose de retirer vos amendements, mais rien n'empêchera d'y revenir l'année prochaine, une fois le dispositif pleinement efficace.

*La commission rejette successivement les amendements*

*Elle est ensuite saisie de l'amendement AS931 de Mme Nathalie Elimas.*

**Mme Nathalie Elimas.** Je me réjouis avec vous de la création de ce nouveau droit, mais on ne peut pas dire qu'il soit adapté à la réalité et aux besoins des aidants qui accompagnent un proche en perte d'autonomie. Nous proposons donc que le rapport sur le dispositif, prévu à l'alinéa 52, évalue la pertinence de ce dispositif au regard de la réalité vécue par les aidants, et propose des pistes d'amélioration afin de mieux correspondre à leurs besoins réels.

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

*Puis elle examine l'amendement AS543 de Mme Caroline Fiat.*

**M. Adrien Quatennens.** Nous saluons la prise de conscience par le Gouvernement des difficultés vécues par les 8,3 millions d'aidants que compte notre pays. Mais n'oublions pas que la situation de ces derniers est hétérogène puisque sont concernés non seulement des personnes âgées mais aussi de nombreux jeunes, actifs ou en âge de l'être. Or, lorsqu'on accompagne un proche malade, être privé d'emploi – ce qui est, hélas ! courant dans un pays où le chômage de masse persiste – n'est pas une chance : c'est une difficulté supplémentaire pour trouver sa place dans le monde du travail. C'est pourquoi tous les aidants doivent avoir droit à une indemnisation, même lorsqu'ils sont privés d'emploi. Quant aux minima sociaux,

ils permettent de survivre. Or il est encore plus difficile de survivre lorsque plusieurs personnes sont à la charge du bénéficiaire. Les déplacements médicaux, les contraintes liées au rythme de la personne accompagnée compliquent le quotidien des aidants. Les allocataires de minima sociaux doivent donc également pouvoir bénéficier de l'indemnité versée aux proches aidants. C'est pourquoi nous demandons au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport sur l'extension du dispositif prévu à l'article 45.

**M. le rapporteur général.** Les allocataires de minima sociaux qui aident un proche continuent de percevoir les minima sociaux, qui sont, du reste, généralement supérieurs à l'indemnité du congé de proche aidant. En outre, il est déjà prévu que le Gouvernement remette un rapport au Parlement sur l'application des dispositions relatives à ce congé, notamment du point de vue de l'accès aux droits. Il est donc possible que les éléments que vous mentionnez soient pris en compte dans ce rapport. Proposition de retrait ou avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 45 modifié.*

**Article 46 :** *Création d'un fonds d'indemnisation des victimes de pesticides*

*La commission est saisie de l'amendement AS652 de M. Dominique Potier.*

**M. Dominique Potier.** Si vous le permettez, madame la présidente, je commencerai par une brève introduction, qui me permettra de défendre plus rapidement mes amendements à l'article 46.

Il y a neuf mois, le groupe Socialistes et apparentés défendait, devant cette même commission, une proposition de loi visant à créer un fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques, proposition de loi qui, un an auparavant, en février 2018, avait été adoptée à l'unanimité par le Sénat sur l'initiative du groupe Socialiste et républicain. Ce texte est l'aboutissement d'un combat de dix années mené par la société civile et incarné par Paul François et l'association Phyto-victimes. Toutefois, le processus législatif n'a pu aller à son terme en séance publique, pour des raisons liées à l'agenda de la niche parlementaire de notre groupe. Nous avons donc déposé plusieurs amendements au PLFSS, Agnès Buzyn ayant, partiellement, tenu sa promesse de consacrer un article du texte à la création de ce fonds d'indemnisation.

Je ne développerai pas, ici, l'ensemble de mes arguments puisque c'est en séance publique, face au Gouvernement, que nous devons, je crois, les faire valoir. Je vais donc les exposer le plus rapidement possible.

Si nous avons un dissensus avec le Gouvernement sur le dispositif proposé – que nous saluons, au demeurant –, c'est parce que nous ne sommes pas certains que celui-ci a un caractère universel, c'est-à-dire qu'il s'adresse à l'ensemble des catégories de victimes, travailleurs de la terre, et, surtout, parce qu'à la différence du Comité d'indemnisation des victimes d'essais nucléaires et du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, il ne prévoit pas une réparation intégrale, le lien de causalité n'ayant pas été établi. Nos amendements visent donc à conférer une portée universelle à ce fonds et à garantir le caractère intégral de la réparation.

J'en viens à l'amendement AS652.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Je croyais que vous l'aviez défendu : vous vous êtes déjà exprimé pendant deux minutes.

**M. Dominique Potier.** J'ai indiqué, madame la présidente, que je commencerais par une introduction de façon à pouvoir défendre plus rapidement mes amendements.

Cet amendement est très important – je souhaiterais donc obtenir une réponse précise – puisqu'il tend à définir les pesticides concernés, en y incluant les biocides et les produits vétérinaires.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Voilà qui est concis.

**M. le rapporteur général.** Cette question fera sans doute l'objet d'un débat avec le Gouvernement en séance publique. Votre amendement vise à reprendre la notion de pesticides telle qu'elle est définie par les tableaux 58 et 59 des maladies professionnelles. Cependant, le Gouvernement préfère maintenir la définition prévue par le projet de loi, à savoir celle de la directive de 2009, qui fait aujourd'hui référence au niveau européen. Par ailleurs, nous avons eu l'assurance, au cours de nos auditions, que seraient bien pris en compte les pesticides, les biocides et les produits phytosanitaires dans leur ensemble. Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine les amendements identiques AS149 de Mme Albane Gaillot et AS763 de M. Dominique Potier.*

**Mme Albane Gaillot.** Je salue la création du fonds d'indemnisation, mais il ne s'agit que d'une première étape. Mes amendements ont pour objet de le rendre efficace et opérationnel. L'amendement AS149 tend ainsi à le doter d'une commission médicale indépendante chargée d'établir le lien de causalité afin d'éviter que la charge de la preuve ne pèse sur la victime.

**M. Dominique Potier.** D'autres députés, notamment Matthieu Orphelin et Albane Gaillot, ont rejoint l'initiative du groupe Socialistes et apparentés, et coopéré à la rédaction des amendements, dont beaucoup, du reste, ont été déclarés irrecevables.

L'amendement AS763 soulève la question très importante du lien de causalité et de l'identification de celui qui est chargé de l'établir. Dans le système actuel, celui de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), on constate que le délai de réponse est long ou qu'il n'y a pas de réponse. Seule une commission indépendante permettrait d'entrer dans un processus vertueux pour la reconnaissance des maladies et préjudices subis.

**M. le rapporteur général.** Vous souhaitez faciliter l'accès au dispositif d'indemnisation et créer, au sein du fonds, une commission médicale indépendante. Or cette demande me paraît satisfaite.

S'agissant des victimes professionnelles, le fonds fonctionnera selon le modèle en vigueur pour les demandes de réparation dans la branche AT-MP. Il instruira lui-même les demandes dans les cas où elles reposent sur les tableaux des maladies professionnelles. Un service médical sera chargé, au sein du fonds, d'évaluer le taux d'incapacité permanente dont dépend le montant du capital ou de la rente viagère versée à la victime.

Si les conditions pour obtenir l'indemnisation sur la base de ces tableaux ne sont pas réunies, il transmettra les demandes à un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles exclusivement dédié aux pesticides et internalisé au sein du fonds.

Enfin, une commission indépendante, composée d'experts médicaux, d'épidémiologistes ainsi que de spécialistes en droit de la réparation des dommages corporels et de la prise en charge médico-sociale, instruira les demandes faites au nom des enfants exposés durant la période prénatale dans un environnement professionnel.

*La commission rejette les amendements.*

*Elle est ensuite saisie de l'amendement AS656 de M. Dominique Potier.*

**M. Dominique Potier.** Cet amendement tend à substituer au mot « avéré », le mot « établi », qui est juridiquement plus précis.

**M. le rapporteur général.** J'étais tenté d'émettre un avis favorable, mais, à la réflexion, l'idée selon laquelle le mot « établi » serait préférable au mot « avéré » est discutable. Cela semble, en effet, supposer que le lien de causalité a déjà été établi. Je crains donc que l'on n'introduise une ambiguïté dans le dispositif. Êtes-vous sûr de vous, monsieur Potier ?

**M. Dominique Potier.** Je n'ai aucun doute sur ce point.

**M. le rapporteur général.** Je confirme les miens, mais nous pourrions y revenir en séance publique. Sagesse.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle en vient à l'amendement AS767 de M. Dominique Potier.*

**M. Dominique Potier.** Par cet amendement, qui est au moins aussi important que le précédent, nous proposons que le secret industriel ne puisse pas être opposé aux commissions *ad hoc*. Celles-ci doivent pouvoir interroger les entreprises phytopharmaceutiques sur la composition complète des produits en cause. La récente affaire de Rouen illustre, s'il en est besoin, la nécessité pour la puissance publique d'accéder à toutes les informations disponibles en la matière. Il y va de la juste réparation des préjudices subis par les victimes.

**M. le rapporteur général.** La notion de secret industriel est équivalente à celle de secret des affaires, qui est mentionnée dans le texte, à l'alinéa 22. Or, depuis la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection du secret des affaires, c'est cette dernière notion qui est privilégiée. Votre demande me paraît donc satisfaite. Proposition de retrait ou avis défavorable.

**M. Dominique Potier.** L'examen du texte que vous mentionnez nous a laissé un mauvais souvenir, car la loi précédente, dite Sapin 2, était plus exigeante. Par prudence, je maintiens donc l'amendement. Nous en reparlerons en séance publique.

**M. Jean-Carles Grelier.** Monsieur le rapporteur général, le texte fait référence à un accord conclu entre les entreprises phytopharmaceutiques et l'État. Dès lors, pourquoi l'industrie est-elle la seule à abonder le fonds d'indemnisation ? Il ne me semble pas qu'une participation de l'État soit prévue.

**M. le rapporteur général.** La participation de l'État non, mais celle de la « sécu » oui, *via* les cotisations AT-MP.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS151 de Mme Albane Gaillot et AS766 de M. Dominique Potier.*

**Mme Albane Gaillot.** L'amendement AS151 vise à inscrire dans la loi le délai au terme duquel le fonds est tenu de présenter une offre d'indemnisation au demandeur, à compter de la recevabilité de la demande. Le délai de six mois est identique à celui qui a été retenu pour les demandes adressées au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.

**M. le rapporteur général.** Il n'est pas dans l'intérêt des victimes de fixer un délai trop bref, car, surtout dans la phase de démarrage du dispositif, certaines victimes risqueraient de recevoir une réponse négative, faute pour le fonds d'avoir eu suffisamment de temps pour établir le lien de causalité. Le mieux est parfois l'ennemi du bien. Avis défavorable.

**Mme Albane Gaillot.** Je maintiens l'amendement, car il convient d'imposer tout de même certaines contraintes. Ce n'est pas le premier fonds que nous créons ; nous avons une expérience en la matière. Il faut définir des objectifs clairs et offrir une visibilité aux victimes.

*La commission rejette les amendements.*

*Puis elle examine l'amendement AS768 de M. Dominique Potier.*

**M. Dominique Potier.** Cet amendement a trait au financement du fonds, qu'a évoqué M. Grelier. En la matière, la ministre a choisi une piste, celle d'une taxe assise sur le chiffre d'affaires, que nous avons évoquée – nous inspirant en cela de la taxe sur les GAFA de Bruno Le Maire – et qui présente l'avantage d'éviter que les industries ne répercutent immédiatement cette charge nouvelle sur le monde paysan. Le Gouvernement a ainsi retenu la taxe consacrée à la phyto-pharmacovigilance – que je connais bien pour avoir été à l'origine de sa création dans la LFSS 2014 –, qui vise à contrôler les effets épidémiologiques des molécules et des produits après leur mise sur le marché. Ainsi, c'est au titre de la phyto-pharmacovigilance qu'a été retiré du marché, il y a six mois, le métam-sodium qui était utilisé dans la culture de la mâche nantaise et dont on a découvert qu'il était toxique. Il s'agit donc d'un dispositif préventif.

Or nous craignons qu'en recourant à cette taxe, on n'amenuise l'effort de vigilance et de prévention. Nous proposons donc, par l'amendement AS768, de fixer un taux plancher progressif, de façon à n'avoir jamais à arbitrer entre la réparation due aux victimes et la prévention. J'ai compris que le Gouvernement ne souhaitait pas la création d'une nouvelle taxe affectée à la réparation des dommages subis par les victimes, mais une telle taxe aurait été plus lisible. Néanmoins, nous avons déposé, dans un état d'esprit très constructif, cet amendement qui permettrait au moins de protéger et les uns et les autres.

**M. le rapporteur général.** Le dispositif prévoit déjà de relever le plafond de la taxe. Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle en vient ensuite à l'examen de l'amendement AS152 de Mme Albane Gaillot.*

**Mme Albane Gaillot.** Cet amendement vise à préciser que le produit de la taxe sur les produits phytosanitaires est affecté en priorité à l'ANSES et, pour le solde, au fonds d'indemnisation. À ce jour, le produit de cette taxe est affecté au financement et au fonctionnement de l'ANSES. Sa nouvelle affectation pourrait donc mettre en péril l'activité de cette agence, chargée de surveiller les effets indésirables des produits phytosanitaires sur la santé ou l'environnement.

**M. le rapporteur général.** Votre amendement est satisfait par le dispositif proposé par le Gouvernement, puisqu'il est prévu d'affecter le produit de la taxe sur les produits phytopharmaceutiques à l'ANSES à hauteur du plafond fixé au I de l'article 46 de la loi de finances pour 2012 et, pour le solde, au fonds d'indemnisation des victimes des pesticides.

**M. Dominique Potier.** À l'origine de ce fonds d'indemnisation, il y a une carence de la puissance publique et de l'industrie. L'alerte a été lancée à partir des années 1960-1970. Puis, en 2011-2012, le rapport Bonnefoy-Primas et celui de l'IINSERM sont publiés. Pourtant, il a fallu attendre longtemps avant que les molécules en cause soient retirées du marché. Du reste, certaines d'entre elles sont encore sur le marché aujourd'hui, pour des raisons économiques. Nous considérons donc qu'il ne faut pas opposer prévention et réparation, et qu'une participation, même symbolique, de l'État est nécessaire, car elle traduit une reconnaissance.

**M. le rapporteur général.** Vous oubliez la participation par le biais des cotisations AT-MP.

**M. Dominique Potier.** Le crantage qu'Albane Gaillot et moi-même proposons a le mérite de garantir et la prévention et la réparation.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle est saisie de l'amendement AS973 de Mme Justine Benin.*

**Mme Justine Benin.** Il s'agit de préciser l'organisation du fonds d'indemnisation des victimes des pesticides qui sera adossé à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA). L'amendement tend ainsi à créer, au sein de cette structure, une commission médicale autonome chargée de rendre un avis sur les dossiers des demandeurs instruits par le fonds.

**M. le rapporteur général.** Votre amendement est similaire à l'amendement AS149 de Mme Gaillot. Demande de retrait ou avis défavorable.

*L'amendement est retiré.*

*La commission est saisie de l'amendement AS659 de M. Dominique Potier.*

**M. Dominique Potier.** Cet amendement reprend les dispositions de la proposition de loi du Sénat, qui permettraient une gouvernance plus juste et plus fluide que celle qui est proposée par le Gouvernement et dont nous n'avons pas compris tous les ressorts.

De fait, je tiens à le dire, la concertation n'a pas été satisfaisante. Si je salue le geste d'Agnès Buzyn, qui a inséré cet article dans le PLFSS, je regrette vivement que le rapport du Gouvernement – après ceux, plutôt favorables à nos propositions, du Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux, de l'Inspection générale des affaires sociales et de Bercy –, qui nous avait été promis pour le mois d'avril, nous soit parvenu il y a dix jours seulement. Vous comprendrez que, n'ayant pu examiner les éventuels contre-arguments du Gouvernement, nous maintenions, par prudence, nos propositions initiales.

**M. le rapporteur général.** Avis défavorable.

**Mme Caroline Fiat.** Le rapport qui était prévu pour le mois d'avril n'ayant été publié que dix jours avant l'examen du texte, on peut comprendre les interrogations de notre collègue Potier. Nous voterons donc cet amendement.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS590 de Mme Hélène Vainqueur-Christophe.*

**Mme Hélène Vainqueur-Christophe.** L'article 46 omet de prendre en compte la problématique du chlordécone en Guadeloupe et en Martinique. Il est vrai que cela fait maintenant vingt-six ans que cette molécule n'est plus utilisée, de sorte que les professionnels qui l'ont utilisée sont soit retraités, soit, hélas ! décédés. Dès lors, réserver le dispositif aux seuls professionnels des bananeraies serait presque anecdotique.

L'article 46 s'inscrit dans le régime AT-MP. Or les victimes du chlordécone, qui ont toute légitimité pour réclamer une indemnisation, sont non seulement les professionnels et leurs proches, mais aussi tous ceux qui ont subi un préjudice économique ainsi que toutes les personnes souffrant d'une pathologie résultant de l'utilisation du chlordécone. Nous demandons donc, par cet amendement, qu'un rapport dresse un premier bilan de l'effectivité de l'application de l'article 46 aux victimes professionnelles du chlordécone.

**M. le rapporteur général.** Votre amendement est satisfait par l'actualisation des tableaux des maladies professionnelles, qui est en cours et qui fait suite à l'engagement pris par le Président de la République, en septembre 2018, en Martinique, de reconnaître les dommages causés par le chlordécone. L'ANSES a été saisie pour examiner la possibilité de créer un tableau de maladies professionnelles concernant cette molécule. Ses conclusions devraient être remises au cours du premier semestre de l'année 2020. Demande de retrait ou avis défavorable.

**Mme Hélène Vainqueur-Christophe.** Le rapport concerne la création du fonds d'indemnisation tel qu'il est prévu. Il semble que l'ouverture des tableaux professionnels au cancer de la prostate en particulier sera difficile.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Pour rappel, une commission d'enquête est en cours sur ce sujet.

*La commission rejette l'amendement.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette les amendements identiques AS660 de M. Dominique Potier et AS805 de Mme Albane Gaillot.*

*Puis elle est saisie des amendements identiques AS661 de M. Dominique Potier et AS806 de Mme Albane Gaillot.*

**Mme Albane Gaillot.** Le Gouvernement a fait le choix de retenir la définition des pesticides qui figure dans une directive européenne de 2009. Par l'amendement AS806, nous proposons que le Gouvernement évalue, dans un rapport, les conséquences sur le périmètre des éventuels bénéficiaires du fonds de l'exclusion des biocides et antiparasitaires vétérinaires de cette définition.

**M. Dominique Potier.** L'amendement AS661 a le même objet. Il s'agit de combler les carences que présente la disposition gouvernementale par rapport à la proposition de loi examinée et amendée par la commission des affaires sociales il y a neuf mois. D'une part, le dispositif proposé n'a pas de portée universelle du fait du caractère lacunaire de la définition des pesticides qui a été retenue et, d'autre part, nous n'avons pas de renseignements sur la situation de certaines catégories de personnels, notamment les indépendants et les fonctionnaires territoriaux. Le dialogue doit donc se poursuivre. J'en profite pour indiquer au Gouvernement que nous souhaiterions obtenir, en séance publique, des précisions concernant ces catégories de personnels. Sur la situation des enfants *in utero*, des conjoints d'exploitants et des retraités, nous avons été entendus. Nous demandons, certes, que soit étudiée dans un rapport la perspective d'une réparation intégrale, mais nous voulons obtenir dès maintenant des réponses sur le caractère universel du dispositif.

**M. le rapporteur général.** Je comprends qu'il s'agit d'un amendement d'appel ; il sera répondu à cet appel lancé au Gouvernement la semaine prochaine. Je précise cependant, mais vous le savez mieux que quiconque, qu'une expertise de l'INSERM est en cours, qui porte notamment sur les effets de pesticides sur les populations vulnérables, en particulier les femmes enceintes, et que d'autres études sont réalisées par l'ANSES et Santé publique France sur l'impact de l'exposition environnementale aux pesticides, en particulier sur les publics fragiles, notamment les enfants.

Je pense, à titre personnel, qu'il est bon que nous ayons connaissance de ces données scientifiques ; il me paraît préférable que soit transmis aux politiques un rapport scientifique plutôt qu'un rapport politique – mais ce n'est que mon opinion. Avis défavorable.

*La commission rejette les amendements.*

*Elle en vient à l'amendement AS548 de M. Loïc Prud'homme.*

**M. Adrien Quatennens.** Au début de la semaine, le tribunal a jugé que l'arrêté anti-pesticides pris par le maire de Langouët, Daniel Cueff, était légitime mais illégal, comme M. Macron l'a, du reste, indiqué lorsqu'il s'est exprimé sur ce sujet.

Par cet amendement, nous demandons au Gouvernement de présenter au Parlement un rapport sur la prise en charge des personnes exposées à des pesticides en dehors de leur activité professionnelle. Nous estimons, en effet, que l'indemnisation doit être étendue à l'ensemble des riverains présentant certaines affections et vivant à proximité de zones d'épandage de pesticides. Le fait même de vivre dans ces zones et de souffrir de telles affections permet généralement d'établir un lien de corrélation qui devrait suffire à justifier la prise en charge de ces personnes par le fonds d'indemnisation.

**M. le rapporteur général.** Même avis que sur l'autre demande de rapport : défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Enfin, elle adopte l'article 46 modifié.*

#### **Après l'article 46**

*La commission est saisie de l'amendement AS980 de Mme Justine Benin.*

**Mme Justine Benin.** Cet amendement vise à confier à Santé publique France une mission de vigilance et de protection des riverains vivant à proximité des zones d'épandage de produits phytosanitaires. En effet, le fonds créé par cet article ne prévoit pas d'ouvrir l'indemnisation à des personnes qui auraient contracté une pathologie résultant d'une exposition non professionnelle. L'état des connaissances actuelles, tant sur le plan de la recherche scientifique que dans la pratique médicale, ne permet pas d'isoler un facteur ciblé « pesticides » qui serait à l'origine du développement d'une maladie telle qu'un cancer. Il n'en reste pas moins que l'utilisation des produits phytosanitaires peut être néfaste pour les personnes s'ils sont présents dans l'alimentation, l'eau, l'air, etc. Par exemple, les riverains résidant à moins de 500 mètres d'une zone d'épandage peuvent courir des risques similaires à ceux qu'encourt l'agriculteur qui fait usage d'un pesticide. Il est ainsi absolument nécessaire de mettre en œuvre une politique de gestion sanitaire et préventive pour les citoyens vivant quotidiennement à proximité de ces substances.

**M. le rapporteur général.** Votre amendement est satisfait, car Santé publique France peut déjà, en sa qualité d'agence scientifique dans le champ sanitaire, mener toutes les études épidémiologiques qu'elle souhaite sur la question des pesticides. La précision proposée n'est donc pas nécessaire. Demande de retrait.

*L'amendement est retiré.*

**Article 47 : Élargissement des missions du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés au secteur médico-social pour la modernisation des structures de réadaptation des accidentés de la route**

*La commission adopte l'article sans modification.*

#### **Après l'article 47**

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette successivement les amendements AS908 et AS907 de Mme Justine Benin.*

## **Chapitre II**

### **Lutter contre la reproduction des inégalités sociales et territoriales**

**Article 48 :** *Création du service public de versement des pensions alimentaires*

*La commission adopte l'article sans modification.*

**Article 49 :** *Améliorer l'information sur l'accès aux modes d'accueil des jeunes enfants*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement de suppression AS302 de M. Marc Le Fur.*

*Puis elle examine l'amendement AS106 de Mme Laurence Vanceunebrock-Mialon.*

**Mme Laurence Vanceunebrock-Mialon.** Le présent amendement vise à favoriser la coopération entre les établissements et services accueillant des enfants de moins de 6 ans et les collectivités territoriales et opérateurs privés gestionnaires, comme les crèches privées. L'objectif est d'assurer une meilleure coordination de tous les acteurs jouant un rôle dans l'accueil des jeunes enfants. Cette disposition a été préconisée par la Cour des comptes.

**M. le rapporteur général.** Je comprends le principe de votre amendement mais il ne fonctionne pas. Vous confiez à des collectivités des missions qui ne figurent pas dans l'article, ce qui crée une vraie confusion sur le plan juridique. Je vous propose de le retirer et de le retravailler en vue de la séance.

*L'amendement est retiré.*

*La commission en vient à l'examen de l'amendement AS303 de M. Gilles Lurton.*

**M. Gilles Lurton.** J'ai fait une erreur en cosignant l'amendement AS302 de Marc Le Fur, car je ne suis pas favorable à la suppression de l'article 49. Ce dernier résulte du rapport sur la politique familiale que nous avons rédigé avec Guillaume Chiche, qui n'a jamais été publié mais a quand même laissé quelques traces.

Je suis favorable à ce que l'on soumette les établissements et services accueillant des enfants de moins de 6 ans à une obligation de communication par voie électronique de leurs disponibilités d'accueil à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et à la CCMSA. Cela me semble être une solution efficace pour une meilleure information du public sur les places de crèches disponibles.

Toutefois, cette proposition pose problème sur un point : l'article 49 soumettra les assistantes maternelles, qui exercent leur profession de manière indépendante, à la même obligation que celle pesant sur les crèches et les établissements conventionnés. Pire, les assistantes maternelles, qui n'ont pas toujours une vie très facile, perdront leur agrément si elles ne s'y conforment pas. C'est pourquoi cet amendement vous propose de supprimer les alinéas 4 à 7 de l'article 49, qui concernent spécifiquement les assistantes maternelles.

**M. le rapporteur général.** L'article 49 vise à donner plus de lisibilité aux parents. Si nous n'associons pas les 425 000 assistantes maternelles au dispositif, celui-ci perd de son sens. Cela signifierait que les parents auraient accès aux informations concernant les crèches, mais pas les assistantes maternelles. Je comprends votre inquiétude, mais l'idée est vraiment de permettre aux familles de s'adapter à tous les imprévus pour leur permettre de réintégrer plus facilement leur vie professionnelle. Cela prendra peut-être un peu de temps, mais l'objectif est louable et nous souhaitons l'atteindre.

**M. Gilles Lurton.** J'ai reconnu d'emblée que l'objectif était louable, mais je ne vois pas comment nous pouvons soumettre les assistantes maternelles, qui sont des travailleurs indépendants, à une telle obligation.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle adopte ensuite l'article 49 sans modification.*

### **Après l'article 49**

*La commission examine l'amendement AS2 de M. Gilles Lurton.*

**M. Gilles Lurton.** C'est un amendement que je dépose à chaque PLFSS depuis que le Gouvernement, sous le précédent quinquennat, a pris la décision de reporter le versement de la prime de naissance après la naissance de l'enfant. C'est une aberration totale, car les besoins financiers des parents attendant un enfant surviennent généralement avant la naissance, pour acheter le berceau, aménager la chambre de l'enfant ou acheter tous les vêtements dont ils ont besoin pour préparer dans la joie l'arrivée de leur enfant. Le présent amendement vise donc à revenir à un versement de la prime de naissance avant la naissance de l'enfant.

Je suis conscient que cette proposition a un coût de 250 millions d'euros mais, après tout, c'est ce qui est entré dans les caisses de l'État quand la précédente ministre de la santé a pris la décision de reporter ce versement pour de simples raisons de trésorerie. Pour équilibrer un budget, on a décidé qu'une fois de plus, les familles trinqueraient !

**M. le rapporteur général.** Je comprends l'esprit de cet amendement. Le gouvernement précédent avait différé le versement de la prime de naissance pour des raisons de trésorerie – 210 à 250 millions d'euros pour la branche famille, ce n'est pas une bagatelle ! Ce n'est pas neutre dans un budget de la sécurité sociale et, pour les familles modestes, il existe un dispositif de prêt sans frais, garanti par les caisses d'allocations familiales (CAF). Ce décalage est ainsi particulièrement indolore pour les familles qui sont dans la difficulté financière. Pour des raisons de trésorerie, et comme l'année dernière, l'avis est donc défavorable.

**M. Gilles Lurton.** Nous avons parlé de ce prêt à maintes reprises. Je trouve humiliant de contraindre les familles dans la difficulté à demander un prêt alors qu'auparavant, la prime était versée avant la naissance. Certes, le coût est de 250 millions mais je rappelle que, cette année encore, la branche famille est excédentaire. Or, à chaque fois que le Gouvernement a besoin d'équilibrer son budget, c'est la branche famille qui trinque !

**Mme Caroline Fiat.** Savez-vous ce que c'est que de se rendre à la CAF pour demander un prêt ? Il faut parfois poser une journée de congé pour faire sa demande – tout le monde ne maîtrise pas internet. De plus, ce droit à un prêt n'est pas connu de tous, et il existe des familles, dont j'ai fait partie, qui gagnent 5 ou 6 euros de trop pour pouvoir en bénéficier. Est-ce que vous savez ce que cela fait d'accueillir un enfant sans avoir un lit, un siège auto, un chauffe-biberon ou des vêtements ? Ne pensez pas seulement à vos problèmes de trésorerie, pensez aussi à l'arrivée de l'enfant dans son foyer ! Je voterai cet amendement.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine les amendements AS974 et AS975 de Mme Nathalie Elimas.*

**Mme Nathalie Elimas.** Ces deux amendements traitent du même sujet, à savoir la prime à la naissance. Je ne reviendrai pas sur les arguments avancés par Gilles Lurton et Caroline Fiat. Il est en effet pertinent que cette prime soit versée avant la naissance, et c'est l'objet de l'amendement AS974. Comme l'année dernière, nous proposons un amendement de repli, AS975, en deux temps : versement par moitié de la prime, avant et après la naissance, la première année, puis, l'année suivante, une fois les comptes revenus à l'équilibre, versement de la totalité avant la naissance.

Concernant le prêt, vous vous étiez engagé en séance, l'année dernière, à ce qu'une circulaire soit envoyée aux CAF afin de les sensibiliser au fait que les familles défavorisées n'ont pas forcément connaissance de l'existence de ce prêt. Le problème est que cette circulaire n'a pas été envoyée.

Ces deux amendements vont dans le sens d'une politique familiale juste et cohérente, conforme aux ambitions affichées par le Président de la République lors de son allocution à l'issue du Grand débat national, le 25 avril dernier. Mme la ministre nous avait, en outre, dit en séance qu'après l'échec de la mission Chiche-Lurton, elle relancerait les travaux cette année en vue d'élaborer des mesures favorisant la natalité. Je sais qu'une mission d'information est en cours, mais nous ferions bien de voter cet amendement de repli.

**M. Gilles Lurton.** Très bien !

**M. le rapporteur général.** J'entends les arguments de Mme Elimas comme je les entendais l'année dernière, et je les comprends, mais j'émetts un avis défavorable.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette ensuite l'amendement AS604 de M. Paul Christophe.*

*Puis elle examine l'amendement AS549 de M. Jean-Hugues Ratenon.*

**M. Jean-Hugues Ratenon.** Le manque de places en crèches pour accueillir les jeunes enfants doit être traité en priorité. Il conditionne l'autonomie des parents et le retour à l'emploi, en particulier des femmes : celles-ci sont souvent contraintes de ne pas reprendre leur emploi ou de le reprendre à temps partiel, ou subissent les contraintes financières liées au mode de garde, privé ou individuel.

Au-delà de l'objectif d'aide aux familles, les crèches jouent un rôle de socialisation essentiel pour les enfants. Ce mode de garde, géré par des professionnels reconnus par l'État, est un premier pas vers l'autre. Or il semble que les places manquent cruellement. Selon une étude de l'Association des maires de France de 2017, la France compte 437 600 places de crèches pour près de 770 000 naissances par an. Comme les enfants peuvent y rester trois ans, seules 145 000 places sont disponibles chaque année. En d'autres termes, seul un enfant sur huit peut être accueilli. Si ces chiffres sont réels, ils expriment une lacune criante de notre pays envers les enfants et les familles. Nous demandons un rapport permettant d'établir un chiffre précis des besoins afin que ces derniers puissent être pris en compte dans le prochain budget de la sécurité sociale.

**M. le rapporteur général.** Avis défavorable. Je rappelle que le Gouvernement s'est engagé, dans la dernière convention d'objectifs et de gestion avec la CNAF, à un objectif d'ouverture de 30 000 places de crèches supplémentaires, en priorité dans les quartiers de la politique de la ville, et à un objectif de formation de 600 000 professionnels.

Nous avons également un lourd problème de remplissage des crèches existantes : le taux d'occupation réel des 409 000 places en établissements d'accueil du jeune enfant, hors microcrèches, s'élève à 62,2 % des heures disponibles, représentant une perte théorique de 154 000 places.

**Mme Caroline Fiat.** Votre réponse démontre que la demande de rapport est pertinente, car il est très étonnant que des crèches n'aient pas suffisamment d'enfants. Peut-être sont-elles mal situées ? En tout cas, cette question entre parfaitement dans l'objet de notre rapport. Nous maintenons donc cet amendement, qu'il faut vraiment adopter.

*La commission rejette l'amendement.*

**Article 50 :** *Mesures de convergence des prestations familiales à Mayotte*

*La commission adopte l'article 50 sans modification.*

**Après l'article 50**

*La commission examine les amendements AS10 et AS11 de M. Gilles Lurton.*

**M. Gilles Lurton.** Je viens de défendre à l'instant dans l'hémicycle l'amendement visant à replacer le quotient familial à son niveau d'avant la loi de finances pour 2013, accompagné en cela par Mme Elimas.

L'abaissement du plafond du quotient familial a été le premier coup porté à l'universalité de la politique familiale, le deuxième l'ayant été en 2015, lorsque la précédente majorité a pris la décision de moduler les allocations familiales en fonction des ressources des bénéficiaires.

La politique familiale doit être horizontale, c'est-à-dire qu'elle vise à compenser l'arrivée d'un enfant dans un foyer. Élever trois, quatre ou cinq enfants, ce n'est pas la même chose que d'en élever un ou deux : le pouvoir d'achat de la famille en est fortement diminué, même si, souvent, les familles nombreuses forment de très belles familles. Ces deux amendements visent donc à réaffirmer que la politique familiale est universelle.

**M. le rapporteur général.** Les allocations familiales, bien que modulées en fonction des revenus, sont toujours universelles dans la mesure où tout le monde les perçoit. Nous n'allons pas refaire le débat sur la politique familiale, et vous connaissez ma position sur la modulation des allocations familiales en fonction des revenus : j'estime qu'avec les revenus que mon foyer perçoit, et avec deux enfants, les 32 euros d'allocations familiales mensuelles seraient peut-être plus utiles à des familles en difficulté. Je n'ai toutefois pas eu gain de cause, il y a deux ans, lorsque j'avais proposé cette disposition et, de fait, les allocations familiales sont restées universelles. L'amendement AS10 est donc satisfait.

Avis défavorable aux deux amendements.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Elle passe à l'amendement AS12 de M. Gilles Lurton.*

**M. Gilles Lurton.** Depuis 2012, un grand nombre de mesures ont été adoptées au détriment des familles : baisse répétée du quotient familial ; modulation des allocations familiales ; congé parental partagé limitant la durée maximale pour un parent à deux ans au lieu de trois ; prime de naissance versée après la naissance et non avant ; promesses non tenues concernant les modes de garde ; conditions plus drastiques et baisse des montants pour l'allocation de base de la prestation d'accueil jeune enfant. Depuis des années, la politique familiale est la grande victime de tous les PLFSS que nous avons votés, en dépit des débats que, avec d'autres, j'ai essayé d'engager sur ce sujet. Le présent amendement a donc pour objet la remise d'un rapport sur les conséquences des mesures adoptées sur la politique familiale depuis 2012 jusqu'à 2018.

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

**Article 51 :** *Faciliter la création de caisses communes de sécurité sociale*

*La commission adopte l'article sans modification.*

### **Chapitre III**

#### **Prendre en compte les parcours, les situations et les transitions**

**Article 52 : Revalorisation différenciée des prestations sociales**

*La commission examine les amendements de suppression AS118 de M. Pierre Dharréville, AS441 de Mme Jeanine Dubié et AS467 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Alain Bruneel.** L'article 52 prévoit la sous-revalorisation des prestations sociales au regard de l'inflation réelle. Hormis les retraites inférieures à 2 000 euros, les allocations familiales et les pensions de retraite supérieures au seuil précité ne seront augmentées que de 0,3 % l'année prochaine, c'est-à-dire un pourcentage inférieur à l'inflation, qui sera de 1 % en 2020, selon les prévisions.

Or, selon le principe général de l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, la revalorisation des prestations sociales est indexée sur l'inflation afin d'éviter une perte de pouvoir d'achat des bénéficiaires des prestations sociales. Alors que le Gouvernement prétend défendre le pouvoir d'achat à travers ce PLFSS 2020, cet article démontre le contraire en s'attaquant aux prestations des ménages. L'amendement AS118 a donc pour objet la suppression de l'article 52.

**M. le rapporteur général.** Je ferai une réponse groupée pour l'ensemble des amendements à l'article 52.

Je ferai d'abord un rappel de la raison pour laquelle cet article existe dans le PLFSS : l'année dernière, nous avons adopté la sous-indexation de l'ensemble des pensions de retraite pour les années 2019 et 2020. La mesure a été appliquée en 2019 mais elle n'est pas applicable en 2020 puisque le Conseil constitutionnel, pour des raisons de forme, avait considéré que l'on ne pouvait pas anticiper la sous-indexation des prestations sociales pour 2020.

Par la suite, le Président de la République a annoncé des mesures en faveur du pouvoir d'achat. Nous revenons sur la sous-indexation, conformément à ce que nous avons prévu l'année dernière : les pensions des retraités percevant moins de 2 000 euros bruts par mois seront réindexées sur l'inflation pour l'année 2020. La mesure que nous votons a une amplitude en termes d'économies bien moindre que celle que nous avons adoptée l'an passé, puisque les retraités percevant 2 000 euros ou moins de retraite ne sont plus concernés par la sous-indexation. Il s'agit donc d'une réécriture d'une partie de l'amendement que nous avons adopté l'année dernière et qui avait été censuré par le Conseil constitutionnel.

À côté de cela, nous faisons le choix de préserver 1 milliard d'euros de pouvoir d'achat en 2020 pour la partie retraite et invalidité ; c'est un choix politique très fort. Dans le même temps, le montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) a été porté de 868 euros à 903 euros par mois. Enfin, en 2019, le pouvoir d'achat des ménages a augmenté de 850 euros en moyenne – ce n'est pas la majorité qui le dit, mais l'Observatoire français des conjonctures économiques. C'est du jamais vu depuis 2007 ! Avis défavorable.

**M. Boris Vallaud.** Vous tentez de nous faire croire que les pensions supérieures à 2 000 euros seraient une faveur : c'est faux ! Il s'agit d'un droit inscrit dans le code de la sécurité sociale, qui vise à garantir que le pouvoir d'achat des pensionnés ne s'érode pas au fil du temps.

Mesurez bien que vous êtes en train d'introduire une rupture d'égalité en fonction de la constitution des pensions. Je citerai deux exemples posant un problème d'équité. Soit, d'un côté, un ancien fonctionnaire percevant une pension de la fonction publique de 2 500 euros et, de l'autre, un ancien cadre percevant une pension de 3 000 euros – 1 000 euros au titre du régime général et 2 000 euros au titre de l'AGIRC-ARRCO. Le premier sera sous-indexé sur

2 500 euros tandis que le second, avec une pension plus élevée, ne sera sous-indexé que sur 1 000 euros.

Second exemple : deux couples gagnent 4 000 euros de pension au total. Le premier couple perçoit deux pensions de 2 000 euros : il ne subit donc pas de sous-indexation. Le second couple perçoit une pension de 3 000 euros et une autre de 1 000 euros : la pension de 3 000 euros sera sous-indexée. Cette rupture d'égalité soulève, à mon sens, un problème constitutionnel ; nous poserons d'ailleurs la question dans le recours que nous ferons devant le Conseil constitutionnel.

Les pensions ne sont pas des libéralités ; les gens ont cotisé pour les obtenir. La modification de l'indexation des pensions ne peut être le fait du prince. Il faut donc soutenir la suppression de cet article. C'est une question d'égalité républicaine.

**M. Gilles Lurton.** Je partage évidemment totalement les propos de M. Vallaud. J'ajoute que l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) vient de publier des chiffres montrant que, depuis le début du quinquennat, le pouvoir d'achat des retraités a diminué de 400 euros par personne et par an : c'est absolument considérable !

**M. le rapporteur général.** Ce n'est pas possible : ces chiffres ne tiennent pas compte de la réforme de la taxe d'habitation !

**M. Gilles Lurton.** Ce sont les chiffres que l'INSEE vient de publier ! Je ne comprends vraiment pas votre politique de matraquage des retraités.

**M. Pierre Dharréville.** La retraite est un droit ; des règles la régissent, des cotisations sont versées, il y a une mutualisation. Or vous mettez à mal cette logique de garantie avec la disposition que vous nous proposez. En quelque sorte, cela clarifie le débat à venir sur la réforme des retraites, en nous donnant des indications précieuses sur ce que vous voulez faire ensuite : vous commencez par affaiblir le droit à la retraite et les garanties collectives en portant atteinte aux droits acquis. Je m'opposerai donc naturellement à cette disposition.

**M. Boris Vallaud.** Certains silences sont un peu gênants. Je crois avoir fait la démonstration extrêmement précise du caractère inéquitable de cette réforme. Cela appelle au moins un commentaire de la part du rapporteur général ! Les retraités, en fonction de la situation, seront traités différemment : comment pouvez-vous justifier cela ?

**M. le rapporteur général.** Je prends acte que vous avez déjà prévu de saisir le Conseil constitutionnel de ce PLFSS, quelle que soit mon opinion. N'étant pas moi-même constitutionnaliste, je vous propose de saisir le Conseil constitutionnel quand le texte sera voté : il vous répondra !

*La commission rejette les amendements.*

*Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS117 de M. Pierre Dharréville et AS846 de M. Joël Aviragnet.*

**M. Pierre Dharréville.** Alors que le pouvoir d'achat des retraités est mis à mal par diverses mesures gouvernementales depuis deux ans, l'amendement AS117 proposé de revaloriser toutes les prestations sociales de 1 % pour l'année 2020, soit le montant de l'inflation prévu. Cela ne serait que justice !

**Mme Gisèle Biémouret.** L'amendement AS846 est identique à celui que Pierre Dharréville a parfaitement présenté. Il est donc défendu.

**M. le rapporteur général.** Avis défavorable.

**M. Boris Vallaud.** Je prends acte que M. Véran n'est pas constitutionnaliste. Peut-il nous dire ce qu'il pense, en tant que rapporteur général du PLFSS, de cette rupture d'égalité entre les retraités ?

Je vous vois, madame la présidente, hocher la tête comme si ce dont je parle n'était pas important...

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Cela fait trois fois que vous posez la même question et trois fois que le rapporteur général vous répond. J'estime que vous avez eu votre réponse.

**M. Boris Vallaud.** Non, je n'ai pas eu de réponse !

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** On ne va pas passer deux heures sur la même question.

**M. Boris Vallaud.** Madame la présidente, cela s'appelle le débat parlementaire.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Merci pour vos précisions sur l'importance et sur le débat. Mais je connais tout cela !

**M. Boris Vallaud.** Ma question s'adressait au rapporteur général.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Mais c'est à moi que vous vous adressez, et je vous réponds. Merci de faire preuve d'un peu de correction.

Monsieur le rapporteur général, je vous demande de bien vouloir répondre à M. Vallaud.

**M. le rapporteur général.** Bonjour, monsieur Vallaud !

Vous avez fait la distinction entre pension complémentaire et pension de base, alors que c'est le montant total des pensions d'un retraité qui est pris en compte. J'en veux pour preuve ce qui est écrit dans le texte : « *Pour les assurés dont le montant total des pensions avant revalorisation est supérieur à 2 000 euros et inférieur ou égal à 2 008 euros, le coefficient mentionné à l'article L. 161-25 du même code est égal à 1,008. Pour les assurés dont le montant total avant revalorisation est supérieur à 2 008 euros et inférieur ou égal à 2 012 euros, le coefficient est égal à 1,006.* » On prend bien systématiquement en compte le montant total des pensions avant revalorisation.

**M. Pierre Dharréville.** Y a-t-il une bonne raison pour revaloriser les pensions de 0,3 % seulement, alors que le taux d'inflation prévu est de 1 % ?

**Mme Caroline Fiat.** Je soutiendrai l'amendement de M. Dharréville, parce que chacun de nous connaît dans sa circonscription des personnes, parfois retraitées, qui sont obligées de fouiller les poubelles pour manger. J'aimerais ne plus voir de telles scènes.

*La commission rejette les amendements.*

*Elle est saisie de l'amendement AS508 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.*

**M. Paul Christophe.** L'instauration d'un taux de revalorisation différent selon le niveau des pensions de retraite vise à instaurer une inégalité entre les retraités se trouvant dans une situation juridique identique. En outre, cette revalorisation différenciée est source d'erreurs, de contestations et de contentieux pour tous les calculs assis en tout ou partie sur le taux de revalorisation des pensions de retraite. Le présent amendement vise donc à supprimer cette différenciation.

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

*Puis elle examine les amendements identiques AS249 de M. Jean-Pierre Door, AS888 de M. Paul Christophe et AS934 de Mme Nathalie Elimas.*

**M. Gilles Lurton.** Nous passons, avec l'amendement AS249, des retraites aux prestations familiales qui ne seront, elles, réindexées sur rien du tout. Déjà, dans la LFSS 2019, le Gouvernement et la majorité avaient supprimé l'indexation des pensions familiales sur l'inflation. Cette mesure conduit à ce que 100 millions d'euros supplémentaires seront retirés aux familles du fait d'une nouvelle sous-indexation, pour la deuxième année consécutive, des prestations familiales. Le quasi-gel de ces prestations sur deux ans devrait ainsi engendrer une économie de 400 millions d'euros aux dépens des familles. Non seulement c'est la première fois depuis de très nombreuses années qu'un PLFSS ne comporte aucune mesure en faveur des familles, mais de surcroît on diminue les prestations de 400 millions d'euros. Cela devient insupportable pour les familles !

**M. Paul Christophe.** L'amendement AS888 est défendu sur la même ligne que vient de le faire M. Lurton.

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

*Puis elle adopte l'article 52 sans modification.*

**Article 53 :** *Simplification de la transition vers la retraite des bénéficiaires de minima sociaux*

*La commission est saisie de l'amendement AS964 de Mme Michèle de Vaucouleurs.*

**Mme Michèle de Vaucouleurs.** Le I de l'article 53 vise à simplifier la transition entre l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et la retraite à travers un régime de substitution de la pension de vieillesse pour inaptitude pour les bénéficiaires de l'AAH. Or il apparaît que, sous ce régime de substitution, les droits à l'AAH prendraient fin automatiquement et que le cumul avec l'AAH ne serait plus possible, alors que les personnes qui liquident leurs droits à la retraite et arrêtent de travailler peuvent cumuler, sous réserve du montant de leurs ressources et de leur taux d'incapacité, leur pension de retraite avec l'AAH.

En outre, les garanties législatives visant à éviter les ruptures de droits entre AAH et retraite existent déjà. La nouvelle disposition risque d'empêcher la mise en œuvre effective de cette disposition et d'introduire de l'incertitude, à l'opposé de l'objectif recherché. Elle devrait être, en conséquence, retirée.

Si l'objectif est la simplification de la transition entre AAH et retraite, il faudrait que soit établi un lien systématique entre CAF et caisses de retraite, de sorte que les premières puissent demander directement aux secondes la situation des usagers au regard de leurs cotisations et verser automatiquement l'AAH en conséquence, sans démarche supplémentaire des usagers.

**M. le rapporteur général.** Dans la pratique, on observe que, compte tenu de la complexité de la procédure et du public concerné, de nombreux bénéficiaires de l'AAH ne procèdent pas à leur demande de retraite dans les délais, malgré les démarches entreprises par les caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) qui contactent les bénéficiaires de l'AAH en amont de leurs 62 ans.

En fait, le dispositif prévu à l'article 53 est plutôt une mesure de simplification, d'une part, pour les bénéficiaires de l'AAH qui n'auront plus à se préoccuper de demander leurs droits à la retraite, d'autre part, pour les caisses de sécurité sociale, en particulier les CARSAT, qui n'auront pas à relancer à de multiples reprises des personnes qui ne se

manifestent pas. Cette mesure a un coût de 3 millions d'euros par an, et elle est plutôt positive.

Je vous invite à retirer l'amendement. À défaut, j'y serai défavorable.

**Mme Michèle de Vaucouleurs.** Cet amendement s'intéresse surtout à maintenir les possibilités de cumul qui, bien que limitées, existent actuellement. Je crains que cette nouvelle disposition ne les empêche.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle passe à l'amendement AS970 de Mme Michèle de Vaucouleurs.*

**Mme Michèle de Vaucouleurs.** Il s'agit de supprimer l'alinéa 15 de l'article 53. Actuellement, les personnes au revenu de solidarité active (RSA) peuvent améliorer, à 65 ans, leur situation financière avec l'ASPA, d'un montant de 868,20 euros pour une personne seule. L'occasion, pour une personne de 65 ans bénéficiant du RSA, de majorer ses droits à la retraite en trouvant une activité entre 65 ans et 67 est très faible. En outre, dans la perspective d'une refonte des régimes de retraite, un âge pivot de 64 ans pourrait être retenu. Aussi ne paraît-il pas pertinent de repousser les droits d'accès à ce minimum vieillesse.

**M. le rapporteur général.** Ce n'est pas, madame de Vaucouleurs, que je ne veuille pas vous répondre, mais je n'ai tout simplement pas la lecture de la problématique que vous soulevez, et les administrateurs ne voient pas non plus où est l'os, pour reprendre la réplique d'un célèbre film.

Votre amendement est satisfait parce que le dispositif proposé n'interdira pas à un bénéficiaire du RSA de demander l'ASPA à 65 ans. Mais s'il préfère rester au RSA jusqu'à 67 ans pour toucher une retraite à taux plein et avoir accumulé suffisamment de droits, il ne sera plus obligé, comme c'est le cas aujourd'hui, de demander l'ASPA dès 65 ans. La mesure proposée donne donc le libre choix au bénéficiaire du RSA et est une mesure de simplification. Lors des auditions, le problème que vous semblez redouter n'a été souligné à aucun moment.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 53 sans modification.*

### **Après l'article 53**

*La commission examine, en discussion commune, l'amendement AS605 de M. Jean-Hugues Ratenon ainsi que les amendements identiques AS552 de Mme Ericka Bareigts et AS849 de M. Joël Aviragnet.*

**M. Jean-Hugues Ratenon.** L'ASPA est une allocation servie aux personnes âgées aux revenus peu élevés. Elle relève de la solidarité nationale, comme l'assure le Préambule de la Constitution de 1946, selon lequel « *La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement* ».

De nombreuses personnes âgées qui pourraient prétendre à l'ASPA refusent de faire valoir leurs droits en raison du prélèvement sur succession qui aura lieu après leur décès pour rembourser en partie l'allocation qui leur aura été octroyée. Cette situation est fréquente dans les territoires d'outre-mer, où la pauvreté et le chômage de masse ont créé des générations entières de personnes retraitées aux très bas revenus. Cela entraîne beaucoup de souffrance dans les familles, et l'isolement des personnes âgées est de plus en plus préoccupant.

Considérant que ce fonctionnement bafoue la tradition française de solidarité nationale, nous proposons de supprimer le dispositif de récupération sur succession.

**Mme Gisèle Biémouret.** L'amendement AS552 tend également à supprimer le recours sur succession concernant la résidence principale du bénéficiaire.

**M. le rapporteur général.** Il s'agit là d'un sujet dont nous débattons à chaque examen du PLFSS. La récupération sur succession au titre de l'ASPA est la contrepartie du fait que cette allocation se substitue à l'obligation de solidarité familiale. Les familles les plus modestes ne sont pas concernées par ce dispositif puisque les sommes versées au titre de l'ASPA sont récupérables si l'actif net de la succession dépasse 39 000 euros en métropole et 100 000 euros dans les territoires d'outre-mer.

**M. Joël Aviragnet.** Il faudrait relever le plafond de 39 000 euros ou supprimer la récupération sur succession lorsqu'elle touche la résidence principale. En campagne, il s'agit souvent d'un élément du patrimoine familial auquel on a un attachement affectif.

**Mme Caroline Fiat.** Heureusement pour mes grands-parents, dans les années 1960-1970, il était un peu plus simple d'être propriétaire de sa maison ! Pour une maison de famille, il faudra que les enfants et petits-enfants du bénéficiaire remboursent une allocation de solidarité. Quant aux plafonds, 39 000 ou 100 000 euros, cela peut sembler élevé, mais même avec une petite maison, ils sont vite dépassés.

*La commission rejette successivement les amendements.*

**Article 54 :** *Suppression du dispositif de rachat de rente d'accident du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP) et simplification de la notification du taux AT-MP aux employeurs*

*La commission est saisie de l'amendement AS1021 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet amendement vise à préserver les modalités de calcul des taux de cotisations AT-MP.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle passe à l'amendement AS1020 du rapporteur général.*

**M. le rapporteur général.** Cet amendement vise à mieux étaler la dématérialisation des notifications de taux AT-MP.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 54 modifié.*

**Article 55 :** *Rénovation des politiques d'indemnisation de l'incapacité de travail de longue durée*

*La commission adopte l'article 55 sans modification.*

#### **Après l'article 55**

*La commission étudie l'amendement AS553 de M. Jean-Hugues Ratenon.*

**Mme Caroline Fiat.** Les incapacités de travail de longue durée excluent les personnes de l'emploi sur de très grandes périodes. Aux souffrances physiques et morales de cette incapacité s'ajoute un sentiment d'exclusion et de déclassement pour le salarié qui voit aussi ses revenus affectés et sa situation personnelle se dégrader. C'est là que notre système collectif de protection sociale prend son sens. Fondé sur le principe que chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins, il assure une solidarité nécessaire face à tous les imprévus de la vie. C'est la différence entre une société du chacun pour soi et une société de la coopération. La coopération fonde ainsi notre contrat social depuis la mise en place du programme du Conseil national de la Résistance.

Une faible indemnisation des travailleurs en incapacité de travail de longue durée aurait plusieurs effets délétères. Ayant une conséquence immédiate sur le niveau de vie, elle inciterait à la reprise de l'emploi coûte que coûte, au mépris de toute considération de santé. Elle pourrait donc entraîner une baisse de la qualité de vie, un renoncement accru à de nouveaux soins et mener à un arrêt définitif du travail en cas d'aggravation. En fin de compte, une faible indemnisation ne serait un bon calcul ni pour les assurés ni pour les comptes sociaux.

C'est pourquoi nous demandons au Gouvernement de nous remettre un rapport précis sur les coûts induits pour la sécurité sociale d'un si faible taux d'indemnisation pour incapacité de travail de longue durée.

**M. le rapporteur général.** Le niveau des pensions d'invalidité est un vrai sujet. La Cour des comptes, dont nous avons reçu le Premier président Didier Migaud, l'a d'ailleurs rappelé dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Néanmoins, l'article 55 répond déjà largement à votre préoccupation. Il prévoit une modification du calcul de l'écrêtement sur le cumul entre revenus d'activité et pension d'invalidité, qui permettra d'encourager la reprise d'activité sans perte financière pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité. Il modifie également le mode de calcul des pensions d'invalidité agricoles dont le niveau était très bas. Les représentants de la CCMSA que nous avons reçus ont estimé qu'il s'agissait là d'un dispositif important, quitte à ce que leurs cotisations augmentent pour pouvoir le financer. L'article 55 propose également une revalorisation exceptionnelle de l'allocation supplémentaire d'invalidité, dont l'augmentation ces dernières années était plus faible que d'autres minima sociaux.

Vous connaissez mon désamour pour les rapports, même si c'est un contournement de l'article 40 que je peux parfaitement comprendre. Avis défavorable.

**Mme Caroline Fiat.** Vous comprendrez aussi que, pour subvenir à leurs besoins, des personnes décident d'elles-mêmes de se tuer littéralement au travail en mettant fin à un arrêt de travail de longue durée qui leur assure des moyens insuffisants.

*La commission rejette l'amendement.*

**Article 56 :** *Assouplissement des conditions de recours au travail aménagé ou à temps partiel et évolution des modalités de versement des indemnités journalières*

*La commission est saisie des amendements identiques AS250 de M. Jean-Pierre Door, AS557 de M. Jean-Hugues Ratenon, AS575 de M. Pierre Dharréville, AS876 de Mme Nathalie Elimas et AS889 de M. Paul Christophe.*

**M. Alain Ramadier.** L'amendement AS250 tend à supprimer la réduction des indemnités journalières pour les parents de familles nombreuses. En l'état actuel du droit, à partir du trente et unième jour de maladie, le parent de famille nombreuse malade bénéficie d'indemnités journalières (IJ) au taux majoré de 66,6 %. L'article 56, en prévoyant que ces dernières passent à 50 %, fait reculer la solidarité nationale dans la vie quotidienne des familles. Au sein des familles nombreuses, la mono-activité et le temps partiel sont plus fréquents ; la maladie d'un parent fragilise donc davantage les foyers et les enfants.

**M. Jean-Hugues Ratenon.** La suppression de la modulation des IJ, versées dans le cadre de l'application du régime du travail léger en fonction de la composition familiale, constitue une régression importante. Par l'amendement AS557, nous nous y opposons.

**M. Alain Bruneel.** Actuellement, à partir du trente et unième jour de maladie, le parent d'une famille nombreuse bénéficie d'IJ au taux majoré de 66,6 %. Le présent article

prévoit de réduire l'indemnité à 50 % des revenus antérieurs, emportant le risque de porter atteinte aux droits des parents malades sur une longue durée - plus d'un mois -, notamment lorsqu'il s'agit de salariés d'une entreprise dans laquelle le maintien du salaire n'est pas, ou mal, assuré.

Dans la vie quotidienne, la maladie de parents de familles nombreuses fragilise davantage les foyers et les enfants. Ces dispositions actent le recul de la solidarité nationale. C'est pourquoi l'amendement AS575 tend à les supprimer.

**M. le rapporteur général.** Le dispositif de l'article 56 est une mesure de simplification de la réglementation dont l'objectif est double : équité entre assurés et maîtrise de la dépense. Pour les couples qui ont trois enfants ou plus, le niveau d'IJ en cas d'arrêt est supérieur à celui des couples qui ont moins de trois enfants. C'est un acquis historique dont j'ai essayé de retrouver la trace dans les débats, en vain.

On peut s'interroger sur sa justification, car ce bénéfice perdue à vie quel que soit l'âge de l'enfant, et donc la charge éducative qu'il représente au moment de l'arrêt maladie. Il n'existe pas d'équivalent pour les autres prestations sociales. En outre, 85 % des 70 000 à 90 000 assurés qui ne bénéficieront plus de cette majoration auront droit à un complément de leur employeur, qui compensera la perte de revenus. Mon avis est donc défavorable.

*La commission rejette les amendements.*

*Puis elle adopte l'article 56 sans modification.*

#### **Après l'article 56**

*La commission est saisie de l'amendement AS816 de M. Joël Aviragnet.*

**Mme Gisèle Biémouret.** Cet amendement, issu d'une proposition de la Fédération hospitalière de France, vise à imposer un objectif de réduction des écarts entre départements concernant l'allocation des ressources médico-sociales d'assurance maladie. Avec cette mesure, nous proposons d'engager une véritable péréquation interdépartementale des ressources de l'assurance maladie.

**M. le rapporteur général.** Nous aurons probablement ce débat lors de l'examen du projet de loi sur la dépendance. La CNSA est pleinement mobilisée pour réduire les écarts, qui tendent d'ailleurs à se résorber. Je propose de réserver le débat pour l'examen dudit projet de loi, qui sera normalement présenté au mois de décembre en Conseil des ministres.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle passe à l'amendement AS866 de M. Joël Aviragnet.*

**M. Joël Aviragnet.** Il s'agit de faciliter l'accès aux services de la sécurité sociale pour les assurés sociaux isolés du fait de la fracture numérique, soit parce qu'ils vivent dans les territoires ruraux, notamment en montagne, soit parce qu'ils n'ont pas accès au numérique en raison de leurs difficultés personnelles.

Dans son rapport sur la dématérialisation et les inégalités d'accès aux services publics publié en 2019, le Défenseur des droits recommande « l'adoption d'une disposition législative au sein du code des relations entre les usagers et l'administration imposant de préserver plusieurs modalités d'accès aux services publics pour qu'aucune démarche administrative ne soit accessible uniquement par voie dématérialisée ».

**M. le rapporteur général.** Les usagers peuvent déjà refuser la dématérialisation des courriers qui leur sont adressés. L'article L. 112-15 du code des relations entre le public et

l'administration conditionne la dématérialisation des procédures à l'accord préalable de l'utilisateur. Je ne vois pas l'apport de l'amendement. Retrait, sinon avis défavorable.

**M. Joël Aviragnet.** Une fois qu'ils ont refusé, une alternative au courrier électronique – courrier postal, par exemple – est-elle bien prévue ? Je tiens à la précision : il faut que ces personnes disposent réellement d'un autre moyen de communication quand elles ne peuvent pas faire autrement.

**M. le rapporteur général.** On parle d'accès à un droit. Si on vous propose la dématérialisation et que vous la refusez, on ne va pas vous interdire l'accès au droit. Si vous refusez la dématérialisation, très logiquement, il y a envoi de courrier.

**M. Joël Aviragnet.** Je maintiens l'amendement et vérifierai pour la séance publique que cela fonctionne. Sur le terrain, les retours ne vont pas dans ce sens...

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle en vient aux amendements identiques AS113 de M. Pierre Dharréville et AS829 de M. Joël Aviragnet.*

**M. Pierre Dharréville.** L'amendement AS113 reprend une recommandation du rapport rendu en février 2017 par la mission d'information parlementaire sur l'épuisement professionnel (ou *burn out*), présidée par Yves Censi et rapportée par Gérard Sebaoun. Nous proposons que la commission chargée d'apprécier la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles évalue également le coût des pathologies psychiques liées au travail, actuellement supporté par l'assurance maladie.

**M. Joël Aviragnet.** L'amendement AS829 est identique. Le *burn out* existe, nous sommes en train de le vivre ! Nous devons le prendre en compte, d'une manière ou d'une autre.

**M. le rapporteur général.** Comme l'an dernier, mon avis est défavorable. Il est très difficile d'évaluer le coût pour l'assurance maladie. La classification du *burn out* comme maladie professionnelle est également complexe. Nous progressons dans les connaissances et en matière de reconnaissance. L'évaluation que vous demandez est déjà prévue par d'autres instances.

**M. Joël Aviragnet.** Au risque de d'être lourd et déplaisant, j'en reparlerai en séance publique, et l'an prochain aussi. Le sujet n'est pas près de perdre son actualité.

**M. le rapporteur général.** Je suis d'accord avec vous.

**M. Joël Aviragnet.** Eh bien, il faut passer à l'acte !

**M. Pierre Dharréville.** Il faut vraiment progresser sur ce sujet, car il revêt des aspects sociétaux de plus en plus prégnants, qui reviennent très régulièrement dans l'actualité. Et encore ne savons-nous pas tout. Les souffrances psychiques se développent avec les formes contemporaines de travail et le mal-travail, et les contraintes multiples et variées que l'on subit. Cela mériterait d'être pris en compte à un degré plus fort dans la société. Ce modeste amendement n'y suffira pas, mais il constituerait un signal extrêmement fort. Il est temps de commencer à chiffrer tout ce que nous savons du *burn out*.

**Mme Caroline Fiat.** On sait que cette situation peut conduire au suicide. Or, quand vous êtes arrêté pour *burn out* dans le secteur privé et que vous touchez 50 % de votre salaire en indemnités journalières, vous n'allez pas voir un psychologue qui n'est pas remboursé. Nous avons déjà beaucoup d'informations sur le sujet et il n'y a plus de temps à perdre. Je voterai ces amendements de bon sens,

**M. Brahim Hammouche.** Je les voterai également. Sur le terrain, on constate une véritable souffrance au travail, et l'adoption de cette disposition enverrait le signal qu'elle est reconnue en tant que telle, des points de vue à la fois de la classification, de la réalité statistique, des perspectives d'amélioration des conditions de travail et de prise en charge et, surtout, d'indemnisation au même titre que les accidents physiques du travail.

*La commission rejette les amendements.*

*Elle en vient à l'amendement AS112 de M. Pierre Dharréville.*

**M. Pierre Dharréville.** L'amendement décline une proposition du rapport parlementaire *Maladies professionnelles dans l'industrie : mieux connaître, mieux reconnaître, mieux prévenir* que M. Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes, a repris à son compte lors de son audition par la commission des affaires sociales du 9 octobre 2018, et à nouveau cette année. Il s'agit de relever les taux de cotisations AT-MP des entreprises présentant une sinistralité anormalement élevée. Cette tarification des risques professionnels permettrait de dégager des fonds pour la réparation, l'évaluation et la prévention des risques professionnels, et participerait à la promotion de la santé au travail.

**M. le rapporteur général.** Je ne suis pas loin de penser que vous avez raison sur la sinistralité. C'est une piste intéressante. Nous disposons désormais d'un système de bonus-malus, de critères de qualité et d'égalité au travail, etc. À terme, nous pourrions donc intégrer les paramètres que vous proposez. Je vous invite à en reparler à l'occasion de l'examen du futur projet de loi sur la santé au travail, qui va bien finir par arriver !

**M. Pierre Dharréville.** Je vous remercie de vos propos. Je vais me faire taquin et observer que nous venons d'adopter une mesure qui préfigure la réforme des retraites. Pourquoi ne pas en adopter une qui préfigure la réforme de la santé au travail ?

*La commission rejette l'amendement.*

### TITRE III

#### DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSE DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

**Article 57 :** *Dotation de l'assurance maladie au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés, à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux agences régionales de santé*

*La commission adopte l'article 57 sans modification.*

#### Après l'article 57

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement AS686 de M. Jean-Carles Grelier.*

**Article 58 :** *Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès*

*La commission adopte l'article 58 sans modification.*

#### Article 59 : ONDAM et sous-ONDAM

*La commission examine, en discussion commune, les amendements AS847 de M. Joël Aviragnet, AS167 de M. Pierre Dharréville et AS337 de Mme Delphine Bagarry.*

**M. Boris Vallaud.** En raison des contraintes liées à l'application de l'article 40, l'amendement AS847 déplace des sommes à l'intérieur d'un ONDAM à 2,3 %, que nous considérons comme très largement insuffisant.

Compte tenu des circonstances, le groupe Socialistes et apparentés estime qu'un sous-ONDAM hospitalier à 2,1 % relève de la provocation ! Il est d'ailleurs pris comme tel par les praticiens hospitaliers. Lorsque la croissance est estimée à 1,3 % et l'inflation à 1 %, la croissance en valeur est de 2,3 % : la part des dépenses consacrées à l'hôpital public dans le produit intérieur brut diminue donc.

Vous devriez vous inquiéter d'un début de rationnement des soins du fait des difficultés de l'hôpital public. Lorsque des patients se présentent à eux, le ventre noué, les personnels doivent se demander si les actes sont « clinicables » et, dans l'affirmative, renvoyer ceux-ci vers le secteur privé pour libérer de la place et des bras afin de s'occuper des autres. Pour la première fois, le volume d'activité des cliniques privées augmente plus vite que celui de l'hôpital. Cela devrait préoccuper la ministre, et elle ne devrait pas y voir le succès du tournant ambulatoire, qui sera plus lointain et beaucoup plus lent.

La situation est extrêmement préoccupante. Nous le répéterons avec force dans l'hémicycle : l'hôpital public brûle et vous regardez ailleurs.

**M. Alain Bruneel.** L'ONDAM, fixé à 2,3 % en 2020, apparaît largement en deçà des besoins de financement du service public hospitalier et des besoins en santé de nos concitoyens. Le sous-ONDAM hospitalier est particulièrement touché, avec un objectif de dépenses limité à 2,1 %. Je partage le constat et les arguments de mon collègue.

L'amendement AS167 tend à opérer une nouvelle répartition de l'ONDAM 2020 en faveur des hôpitaux, en fixant le sous-ONDAM hospitalier à 2,6 % – soit 500 millions d'euros supplémentaires – et le sous-ONDAM de ville à 1,9 %. Les efforts qui ne sont pas demandés à la médecine de ville ne doivent pas être consentis en totalité par les établissements de santé publics.

**Mme Delphine Bagarry.** L'amendement AS337 tend également à revoir le sous-ONDAM hospitalier. L'hôpital a fait des efforts significatifs dans la maîtrise des dépenses de santé. Il a certes bénéficié de quelques moyens supplémentaires l'an passé, afin de mettre en œuvre les mesures du plan « Ma Santé 2022 » ; reste que des hôpitaux nous alertent tous les jours, que les urgences sont en grève. C'est un mauvais signal que l'on envoie là à l'hôpital. Je propose de lui réaffecter 1 milliard d'euros et de faire peser la maîtrise des dépenses de santé sur la médecine de ville plutôt que sur l'hôpital.

**M. le rapporteur général.** Monsieur Vallaud, les chiffres sont têtus. Les socialistes, dites-vous, n'acceptent pas un ONDAM à 2,3 % et un sous-ONDAM hospitalier à 2,1 %. Dois-je vous rappeler qu'en 2017, dernière année de la précédente législature, l'ONDAM était à 2 %, qu'il était à 1,8 % en 2016 et à 2 % en 2015 ? Les chiffres de votre bilan vous gênent peut-être, mais il faut les assumer – je l'ai toujours fait. Toujours est-il qu'à 2,3 %, l'ONDAM est aujourd'hui plus élevé qu'auparavant.

Quant à la question de savoir si l'hôpital traverse une crise, nous avons parlé des urgences, de la souffrance professionnelle, de la perte de sens, de la réforme de la médecine de ville et de la médecine hospitalière et des changements dans les relations entre les deux secteurs afin de transformer le système. Nous avons parlé, encore, de la pénurie démographique qui crée des tensions, des revenus des soignants en secteur hospitalier qui sont insuffisants, notamment par comparaison avec les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques parmi lesquels la France est assez mal classée, la ministre le dit elle-même. Nous pouvons aussi regarder ce qui a été fait : prime pour les professionnels des

urgences, réduction du taux d'endettement des hôpitaux, dégel systématique des réserves prudentielles des hôpitaux depuis le début du quinquennat, annonce d'un plan de 750 millions dédié à la médecine d'urgence et transformation des modalités de financement de l'hôpital.

Pour autant, je vous rejoins, il faut faire un geste pour l'hôpital. Je considère que l'on doit trouver des mécanismes connexes pour lui redonner des marges de manœuvre et lui permettre d'investir et de continuer ses transformations. Cela doit-il passer par l'ONDAM ? Je ne sais pas. Nous aurons cette discussion dans l'hémicycle la semaine prochaine, au Sénat et en deuxième lecture s'il le faut. Je ne le cache pas.

Vos amendements proposent une nouvelle répartition des sous-objectifs de l'ONDAM entre la ville et l'hôpital. Transférer de l'argent d'une enveloppe ouverte vers une enveloppe fermée est conceptuellement compliqué à admettre. Je pense qu'il y a d'autres moyens de procéder.

Par ailleurs, j'attire votre attention sur le fait que si l'ONDAM de ville est facialement plus élevé que l'ONDAM hospitalier, les prévisions d'évolution de dépenses en ville sont de 5,6 % quand celles de l'hôpital, du fait du ralentissement de l'augmentation des volumes, sont de 3,3 %. L'écart entre dépenses prévisionnelles et dépenses budgétées est donc plus important pour la médecine de ville que pour la médecine hospitalière. Il y a plus de vingt ans, un Premier ministre de droite soutenu par une majorité de gauche avait proposé des mécanismes de régulation pour la seule enveloppe qui n'est pas régulable, à la différence de celle des médicaments et de l'hôpital, celle de la médecine de ville.

Il faut pouvoir trouver des dispositifs qui permettent une répartition plus harmonieuse des moyens. En tant que rapporteur général, j'accueillerai à bras ouverts toute proposition favorable à l'hôpital, considérant la situation dans laquelle il se trouve. Je crois que c'est une position qui est partagée par les membres de la majorité.

J'appelle à voter contre ces amendements et à poursuivre le travail en vue de la séance.

**M. Boris Vallaud.** Vous faites référence, monsieur Véran, à une période pendant laquelle je n'étais pas parlementaire : je n'en suis qu'à mon troisième PLFSS. J'ai toujours fait une distinction extrêmement précise entre ce qui relevait de l'administration, des conseillers et de ceux qui avaient à prendre leurs responsabilités politiques devant les électeurs. Vous êtes peut-être une majorité et un Gouvernement dominés par une technostructure, mais ce n'était pas le cas avant.

**Mme Michèle Peyron.** Et on doit vous croire ?

**M. Boris Vallaud.** L'hôpital a eu à consentir toutes ces dernières années, y compris lors du dernier quinquennat, des efforts absolument considérables en matière de productivité. Chacun en est conscient, vous comme nous. Aujourd'hui, il n'y a plus de poche de productivité et nous devons nous demander si nous pouvons voter un ONDAM hospitalier à 2,1 %. Pour nous, ce n'est pas possible. Nous formulerons des propositions destinées à trouver des voies pour financer l'investissement dans l'hôpital. Quand la ministre dit qu'elle a mis sur la table la question des rémunérations, cela veut dire que ce n'est pas pris en considération. Où trouvera-t-on les financements sinon au sein de l'ONDAM ? Le côté « C'est pas moi, c'est Murphy », c'est sympa la première année mais là, nous sommes tous placés face à nos responsabilités parce que ça brûle.

Sur la non-compensation, j'entends les bonnes dispositions qui sont les vôtres, monsieur Véran. Je suis prêt à mettre des idées en avant et je compte sur votre soutien pour qu'elles aboutissent.

**M. Alain Bruneel.** Le débat est important, car il porte sur l'avenir de l'hôpital public. Vous faites des comparaisons avec la législature précédente, monsieur le rapporteur général, mais la situation s'est aggravée par rapport au passé : en quarante ans, deux tiers des maternités ont fermé, en vingt ans, 100 000 lits ont été perdus et le nombre de patients aux urgences a été multiplié par deux, passant à 21 millions, notamment parce qu'il y a moins de médecins de ville. Le personnel est à bout de souffle. Il lance un cri d'alerte et dit son inquiétude : il considère que les patients sont mis en danger et que lui-même se met en danger. L'ONDAM ne répond pas à cette situation, d'autant que l'objectif est de demander aux hôpitaux de faire des efforts sur les dépenses, donc de se serrer davantage la ceinture alors que depuis 2017, on leur a réclamé plus de 3 milliards d'économies. Ça ne peut plus marcher comme ça !

On ne peut pas compter uniquement sur le plan « Ma Santé 2022 », qui porte sur l'organisation et ne répond pas aux besoins. Nous considérons qu'il faut absolument augmenter l'ONDAM.

**Mme Delphine Bagarry.** Nous voulons tous que l'hôpital aille mieux mais quels leviers d'action avons-nous à notre disposition, en tant que parlementaires, mis à part l'ONDAM. La ministre nous dira peut-être des choses en séance. Pour l'heure, je ne me fais pas trop d'illusions sur le sort de mon amendement.

Des choses ont été faites en matière d'organisation du système de santé, mais le travail sur la pertinence des soins doit être amélioré pour la médecine de ville. Demander un effort supplémentaire permettrait une amélioration, car je pense qu'il y a malheureusement beaucoup de gaspillage en ville.

**M. Pierre Dharréville.** 1 milliard d'euros de compression des dépenses sur 2020 : l'hôpital ne pourra pas encaisser ce nouveau choc ! C'est impossible, la situation est insoutenable. Les choses sont claires, vous allez devoir passer à la caisse ! Il faut bien que nous fassions quelque chose, et je soutiendrai aussi l'amendement de Delphine Bagarry afin de mettre le Gouvernement devant ses propres responsabilités.

Ce que nous voyons tous sur le terrain est confirmé par les chiffres. Des milliards d'économies ont été demandés à l'hôpital public, et il est impossible de continuer ainsi. Nous sommes au cœur du problème de ce PLFSS. Je vous invite à accomplir un geste politique fort en montrant que l'on ne peut pas en rester là. Prenons nos responsabilités et n'attendons pas que la situation s'aggrave et se détériore davantage !

**Mme Caroline Fiat.** On répète que la maison brûle, mais elle a déjà brûlé ! Dès 2018, j'ai dit à la ministre Agnès Buzyn qu'elle n'était pas responsable des ONDAM insuffisants des deux dernières décennies. Peut-être que les PLFSS pour 2018 et pour 2019 ont été meilleurs, mais vu que ceux proposés sous les deux derniers quinquennats étaient désastreux, ce n'était, ma foi, pas très compliqué ! Le Gouvernement n'a plus d'autres solutions que de sortir le chéquier. Car dans cette maison en cendres, on continue à recevoir des patients. Ce dont nous parlons, c'est la souffrance des patients et des soignants : cela ne vaut-il pas le coup, pour eux, de mettre la main à la poche et de tout faire pour sauver notre bel hôpital public ?

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Elle en vient à l'examen, en discussion commune, des amendements AS563 de Mme Caroline Fiat et AS712 de M. Jean-Carles Grelier.*

**Mme Caroline Fiat.** Alors qu'une loi sur la dépendance est en préparation, il est plus qu'urgent d'investir dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées

dépendantes (EHPAD). Il faut que cesse la maltraitance institutionnelle, que différents rapports ont soulignée et que le service public de l'accompagnement des personnes âgées soit refondé.

Chacun a déjà connu dans sa circonscription le rachat d'un EHPAD public par un EHPAD privé, présenté comme la solution lorsque l'on n'a plus les moyens de procéder aux réfections nécessaires. La chaîne BFMBusiness a consacré une émission au groupe Korian, qui s'enorgueillit de relever encore son objectif de « génération de cash ». Les EHPAD publics doivent bénéficier d'autant de chances. Par l'amendement AS563, nous proposons d'augmenter de 10 milliards d'euros la dotation qui leur est consacrée.

**M. Alain Ramadier.** L'ONDAM hospitalier est largement sous-évalué, dans un contexte de crise sanitaire persistante et durable. Face au manque de moyens humains et de soutien politique, nous souhaitons que cet ONDAM soit augmenté. Tel est le sens de l'amendement AS712.

**M. le rapporteur général.** Avis défavorable.

**M. Pierre Dharréville.** J'ai entendu des cris lorsque Caroline Fiat a annoncé le chiffre de 10 milliards. Il faut rappeler que cet argent existe, et que vous l'avez quand même largement distribué, ne serait-ce que par le biais du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi. Tout cela n'est pas une vue de l'esprit : il est possible de financer les propositions que nous mettons sur la table.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Puis elle est saisie de l'amendement AS893 de M. Paul Christophe.*

**M. Paul Christophe.** Constants dans nos positions, nous souhaitons que des objectifs territoriaux de dépenses d'assurance maladie, permettant de tenir compte des indicateurs sanitaires du territoire, soient introduits par le biais d'une expérimentation. Comme Francis Vercamer l'a expliqué ce matin, ces objectifs seraient des outils de suivi dans le temps et d'aide à la décision.

**M. le rapporteur général.** Le débat revient chaque année et vous connaissez ma position. Défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Enfin, elle adopte l'article 59 sans modification.*

**Après l'article 59**

*La commission est saisie de l'amendement AS345 de M. Paul Christophe.*

**M. Paul Christophe.** Les mises en réserve prudentielles du PLFSS, elles-mêmes issues de la loi de programmation des finances publiques, doivent porter de manière équilibrée sur les différents sous-objectifs susceptibles de connaître un dépassement, notamment, au regard de son importance, l'enveloppe de ville. L'idée est aussi de traduire l'ONDAM avec davantage de sincérité budgétaire : il existe, en effet, une forme de sous-évaluation de l'ONDAM de ville par rapport à l'ONDAM hospitalier. La sincérité n'est-elle pas une marque de fabrique de notre maison ?

**M. le rapporteur général.** Pour la première fois en 2019, un PLFSS a prévu de mettre en place une réserve prudentielle pour les soins de ville. Cette année, cette réserve est fixée à 150 millions d'euros, soit 30 millions d'euros de plus que l'année dernière ; elle est financée par des économies supplémentaires par rapport à ce que supposerait le strict respect de l'objectif et contribuera à une forme de régulation infra-annuelle des dépenses de ville. Il

faut avancer assez prudemment sur ce terrain : aller plus loin, c'est prendre le risque de remettre en cause des objectifs déjà très contraints. J'ai rappelé, comme chaque année, que l'enveloppe fermée de dépenses de médecine de ville trouvait son origine dans les ordonnances Juppé. Encore une fois, ces 150 millions d'euros de mise en réserve, ce n'est pas neutre. Cela s'est plutôt bien passé, nous avançons encore cette année. Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS573 de M. Pierre Dharréville.*

**M. Pierre Dharréville.** Nous venons d'avoir le débat : il convient d'introduire un mécanisme de régulation au sein de la sous-enveloppe des soins de ville.

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

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette ensuite les amendements identiques AS347 de M. Paul Christophe et AS785 de M. Joël Aviragnet.*

*Puis elle en vient à l'amendement AS559 de M. Adrien Quatennens.*

**M. Jean-Hugues Ratenon.** Telle qu'elle est prévue par le Gouvernement, l'évolution de l'ONDAM conduit à une saignée de 4 milliards d'euros supplémentaires. Si l'on devait tenir compte de la démographie et des besoins liés à l'innovation, l'objectif devrait augmenter de 4 %, soit le double.

Partisan de la règle d'or budgétaire et aveuglé par sa vision austéritaire de la politique, le Gouvernement sacrifie ainsi la qualité d'accueil, de soins et de remboursement sur l'autel de la lutte contre la dette. Si les deux mots riment, austérité et santé sont incompatibles. Ainsi, un Français sur deux renonce aux soins pour des raisons budgétaires, jusqu'à ce que son état de santé ne lui laisse plus le choix. Or le coût d'une prise en charge tardive est toujours plus élevé que celui d'une prise en charge rapide.

Au lieu d'imposer de nouveaux sacrifices au plus grand nombre, le Gouvernement pourrait choisir d'interrompre sa politique d'exonération de cotisations sociales et de mettre en place une lutte efficace contre la fraude patronale. Nous demandons au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport sur les coûts directs et indirects de l'affaiblissement du système de protection sociale.

**M. le rapporteur général.** Nous avons eu le débat, nous l'aurons à nouveau en séance. Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

**Article 60 :** *Dotations au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles*

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

**Article 61 :** *Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles*

*La commission adopte l'article 61 sans modification.*

**Article 62 :** *Objectifs de dépenses de la branche vieillesse*

*La commission adopte l'article 62 sans modification.*

**Article 63 :** *Objectif de dépenses de la branche famille*

*La commission **adopte** l'article 63 **sans modification**.*

**Article 64 :** *Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires en 2019*

*La commission **adopte** l'article 64 **sans modification**.*

*Enfin, la commission **adopte** l'ensemble du projet de loi **modifié**.*

*La séance est levée à vingt et une heures vingt.*

---

## Présences en réunion

### Réunion du mercredi 16 octobre 2019 à 15 heures

*Présents.* – M. Joël Aviragnet, Mme Delphine Bagarry, M. Belkhir Belhaddad, Mme Justine Benin, Mme Gisèle Biémouret, M. Julien Borowczyk, Mme Brigitte Bourguignon, Mme Marine Brenier, M. Gérard Cherpion, M. Paul Christophe, Mme Christine Cloarec-Le Nabour, M. Dominique Da Silva, M. Marc Delatte, M. Pierre Dharréville, M. Jean-Pierre Door, Mme Audrey Dufeu Schubert, Mme Nathalie Elimas, Mme Catherine Fabre, Mme Caroline Fiat, Mme Agnès Firmin Le Bodo, Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel, Mme Albane Gaillot, Mme Carole Grandjean, M. Jean-Carles Grelier, Mme Véronique Hammerer, M. Brahim Hammouche, M. Cyrille Isaac-Sibille, Mme Fadila Khattabi, Mme Fiona Lazaar, Mme Charlotte Lecocq, Mme Geneviève Levy, Mme Monique Limon, M. Gilles Lurton, M. Thomas Mesnier, M. Thierry Michels, Mme Michèle Peyron, Mme Claire Pitollat, M. Adrien Quatennens, M. Alain Ramadier, M. Jean-Hugues Ratenon, Mme Stéphanie Rist, Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, M. Jean-Louis Touraine, Mme Hélène Vainqueur-Christophe, M. Boris Vallaud, Mme Laurence Vanceunebrock-Mialon, Mme Michèle de Vaucouleurs, M. Olivier Véran, M. Francis Vercamer, Mme Annie Vidal, M. Philippe Vigier, Mme Corinne Vignon, M. Stéphane Viry, Mme Martine Wonner

*Excusés.* - Mme Claire Guion-Firmin, M. Jean-Philippe Nilor, M. Bernard Perrut, Mme Nadia Ramassamy, Mme Nicole Sanquer

*Assistaient également à la réunion.* - M. Philippe Berta, M. Alain Bruneel, Mme Carole Bureau-Bonnard, M. Fabien Di Filippo, M. Dominique Potier