

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

– Suite de l'examen des articles du projet de loi de
financement de la sécurité sociale pour 2021 (n° 3397) 2

Mercredi

14 octobre 2020

Séance de 21 heures 30

Compte rendu n° 9

SESSION ORDINAIRE DE 2020-2021

**Présidence de
Mme Audrey Dufeu,
vice-présidente**



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 14 octobre 2020

La séance est ouverte à vingt et une heures trente.

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

Mme Audrey Dufeu, présidente. Mes chers collègues, après cette pause et l'allocution du Président de la République, nous reprenons l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2021. Depuis hier après-midi, nous avons examiné 357 amendements – soit à peu près les deux tiers. Il nous en reste 173. Il serait souhaitable de finir ce soir, sans trop dépasser minuit, si vous en êtes d'accord. Cela supposera un effort de concision...

M. Thibault Bazin. Madame la présidente, les mesures annoncées par le Président de la République vont avoir un impact budgétaire. Le PLFSS va-t-il être rectifié ? J'espère que le rapporteur général a fait part de sa surprise au Gouvernement : nous n'aurons que quelques jours, d'ici mardi prochain, pour les analyser.

Sur la forme, la semaine prochaine, nous devons passer plusieurs jours – et plusieurs nuits donc – à examiner le PLFSS en séance. Mon collègue Vigier dit « couvre-feu ». Effectivement, comment vont s'organiser nos travaux à partir de la semaine prochaine ? Il conviendra que la Conférence des présidents se réunisse au plus vite afin de clarifier nos modalités de fonctionnement.

La « feuille verte » de la semaine prochaine est très dense. L'examen du PLFSS ne débute que le mardi en fin de journée, contrairement aux autres années où nous commençons le lundi. Je ne souhaite pas que nous vivions un deuxième vendredi soir équivalent à la « nuit de la bioéthique » que nous avons déjà vécue !

Nous pouvons nous rassembler sur certains enjeux, mais devons réfléchir à l'organisation de nos travaux. Je suis prêt à m'adapter aux contraintes sanitaires, comme les collègues du groupe, mais il faut modifier notre organisation. Madame la présidente, j'espère que vous pourrez relayer ces remarques.

Mme Audrey Dufeu, présidente. Je note que vous avez regardé l'allocution du Président de la République. Il est trop tôt pour que je vous réponde concernant notre organisation. Je vous invite également à interpeller votre président de groupe. Nous en ferons de même auprès de Mme Khattabi, qui prendra part aux décisions à venir.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Après l'interview du Président de la République, je me suis rapproché du Gouvernement afin de connaître les conséquences des annonces sur le PLFSS. Je ne suis pas encore en mesure de vous répondre. Le projet de loi de finances pour 2021 est probablement également concerné – ou un projet de loi de finances rectificative. Nous devrions en savoir plus dans les prochaines heures.

Chapitre II

Allonger le congé de paternité et d'accueil de l'enfant et le rendre pour partie obligatoire

Article 35 : *Allonger la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant et le rendre obligatoire*

La commission examine l'amendement AS423 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Cette modification n'est pas uniquement symbolique. Elle permet d'intégrer toutes les familles, dans leur diversité, au dispositif. En l'état actuel du droit, la conjointe de la mère peut disposer d'un « congé de paternité ». Le terme est impropre et ne correspond pas à la réalité de la parentalité dans notre pays.

Puisque l'article prévoit de réformer le « congé de paternité et d'accueil de l'enfant », ouvert au conjoint de la mère de l'enfant, l'amendement propose de modifier le nom du congé et de le transformer en « congé de parentalité et d'accueil de l'enfant ».

Mme Monique Limon, rapporteure pour la famille. Monsieur Touraine, je comprends votre préoccupation et votre intention de n'exclure aucune famille. Mais la mesure que nous proposons consiste d'abord à étendre le congé de paternité à vingt-huit jours et à le rendre partiellement obligatoire, ce que personne avant nous n'avait fait. Nous reprenons le nom actuel du congé, qui n'inclut pas uniquement la notion de paternité, mais aussi celle d'accueil de l'enfant.

La notion de congé de parentalité, aussi inclusive soit-elle, est très proche de celle de congé parental, qui renvoie à une autre réalité. Les nouvelles familles, notamment les familles homoparentales, bénéficient évidemment tout autant de l'extension du congé que les familles hétéroparentales, que ce soit par l'extension du congé en cas de naissance comme du congé d'adoption.

Enfin, votre amendement ne renvoie pas à des dispositions précises, mais à un ensemble de dispositions législatives non codifiées. Je ne peux donc donner un avis favorable.

M. Jean-Louis Touraine. J'ai bien compris que l'accès au droit ne sera pas limité, quel que soit le nom de ce congé. Mais je persiste à penser que prévoir qu'une mère prend un congé de « paternité » n'est pas approprié.

En conséquence, je maintiens mon amendement. Je suis certain que nous évoluerons vers ma proposition. Il serait préférable de le faire dès maintenant, puisque l'on crée ce nouveau droit – ce que je salue évidemment car c'est une avancée très significative, et bénéfique pour les nouveau-nés.

M. Thibault Bazin. J'aime tellement le mot « paternité » que je ne veux pas qu'il disparaisse. Je sais que Jean-Louis Touraine comprendra mes arguments : la sémantique a du sens et nous avons besoin de clarté. Il ne faut pas que ce si beau mot de « paternité » disparaisse. De même, la fête des pères est une belle fête, même en mode confiné !

M. Boris Vallaud. Nourrissant la même crainte que notre collègue Touraine, nous soutiendrons l'amendement.

M. Jean-Louis Touraine. Monsieur Bazin, vous voudriez que l'on dise aux mères qu'elles prennent un congé de paternité. Mais, il y a peu, dans un autre projet de loi, vous plaidez pour l'interdiction de la procréation médicalement assistée (PMA) aux transsexuels car vous estimiez inimaginable que quelqu'un qui a donné des spermatozoïdes puisse être une mère ! Tout cela est contradictoire !

M. Thibault Bazin. Je n'en pense pas moins !

La commission rejette l'amendement.

La commission en vient à l'amendement AS519 de M. Guillaume Chiche.

Mme Delphine Bagarry. Alors que nous évoluons dans une société où l'égalité effective est recherchée, où les discriminations liées à l'identité de genre sont légitimement dénoncées, il paraît fondamental de réformer le congé de paternité.

Pour des raisons évidentes d'égalité, les droits sociaux doivent bénéficier à l'ensemble des familles. En remplaçant l'expression « congé de paternité » par « congé de parenté », l'amendement prend en compte les précédentes avancées législatives : assistance médicale à la procréation pour toutes et adoption, en commission des affaires sociales, de la proposition de loi visant à créer un congé de parenté égalitaire et effectif.

Mme la rapporteure pour la famille. Pour les raisons que je viens d'évoquer, je ne suis pas favorable au changement de nom. Bien sûr, il faut inclure l'ensemble des familles dans le congé que nous créons, et ce sera le cas : toutes les familles reconnues en France y auront accès.

Le concept de parenté peut prêter à confusion avec la parentèle de l'ensemble d'une famille. La suppression de la notion de paternité n'est en outre pas forcément souhaitable, étant donné précisément que le prolongement du congé de paternité vise à faire en sorte de permettre au père ou au second conjoint de recourir plus largement à ce congé. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) reconnaît, à l'échelle européenne, la valeur des congés s'adressant spécialement aux pères et aux seconds conjoints, pour favoriser leur recours et un partage plus égalitaire des tâches.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS891 de M. Jean-Carles Grelier.

M. Thibault Bazin. Je regrette de ne pouvoir défendre un amendement qui n'a pas été jugé recevable mais qui nous tenait à cœur : il nous semblait important d'évoquer le don de jours alors que le congé de paternité connaît une avancée.

Soutenu par l'ensemble du groupe Les Républicains, l'amendement AS891 vise à améliorer le dispositif du congé de paternité proposé par le Gouvernement en y ajoutant de la flexibilité – elle m'est chère, ainsi qu'à Bernard Perrut – et en tenant compte de certaines réalités professionnelles ou personnelles.

Il prévoit d'une part les cas où le salarié se trouve dans une situation l'empêchant manifestement d'exercer ce droit. À titre d'exemple, un militaire en opération extérieure – vous en connaissez tous dans vos circonscriptions –, un routier en déplacement ou un médecin appelé en urgence – vous savez ce que c'est, monsieur le rapporteur général – dans un désert médical doivent pouvoir continuer à exercer leur travail. Le dispositif doit aussi tenir compte des naissances précoces.

D'autre part, il vise à permettre à chacun de protéger sa vie privée et son intimité en autorisant un père à ne pas faire part à son employeur, pour des raisons personnelles, de la naissance de son enfant. Il peut être complexe de le déclarer, en période d'essai par exemple. Il faut prendre en compte tous les cas de figure.

Mme la rapporteure pour la famille. Le but de cette réforme est que le congé de paternité soit pris à la naissance d'un enfant par tous les pères, ou par le deuxième parent, sans exception. L'enjeu est d'abord sanitaire : les risques physiques et psychologiques sont élevés puisqu'on compte quarante-deux décès maternels à domicile en 2017 selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), sans mentionner les accidents non-mortels, et 13 % des mères font une dépression postpartum. Ainsi, il est préférable que les pères soient présents durant cette période.

En outre, l'interdiction d'emploi vise justement à rendre ce droit au congé de paternité effectif, quel que soit l'emploi ou le statut du parent. Il n'est pas possible d'admettre des exceptions, qui seraient la porte ouverte à d'éventuelles dérives.

L'obligation partielle du congé entend aussi mieux répartir le « risque parentalité » des salariés, et son impact sur l'embauche, l'avancement ou la rémunération, aujourd'hui uniquement supporté par les femmes. Il n'est donc pas envisageable de donner aux employeurs et aux salariés une possibilité de contourner cette obligation.

Enfin, pour des raisons d'égalité, il paraît illogique de laisser au père la possibilité de ne pas faire part de la naissance de son enfant à son employeur pour des raisons personnelles, et ainsi de ne pas prendre le congé, là où la mère n'a d'autre choix que de le faire. Pour toutes ces raisons, je suis défavorable à votre amendement.

M. Thibault Bazin. Je suis troublé, affecté, voire assommé par vos arguments. Vous évoquez des décès. Mais sont-ils tous dus à l'absence du père ?

L'amendement ne vise pas à empêcher la mise en œuvre de ce droit, mais à introduire de la flexibilité. Ainsi, un militaire en opération extérieure au Mali dont le bébé naît plus tôt que prévu ne peut pas revenir en France en quelques heures, c'est un principe de réalité ! En tant que législateurs, nous devons le prendre en compte car il ne faut pas que ces pères soient privés de leurs droits.

Mme la rapporteure pour la famille. J'entends le principe de réalité. Bien évidemment, il faudra prendre en compte la situation particulière d'un militaire ! Actuellement, seuls 67 % des hommes prennent leur congé de paternité. Afin que cette proportion augmente, il faut en faire une obligation.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS515 de M. Guillaume Chiche.

Mme Delphine Bagarry. L'amendement vise à faire bénéficier l'ensemble des familles, y compris homoparentales, du congé de paternité. Pour des raisons évidentes d'égalité, les droits sociaux doivent bénéficier à toutes les familles.

L'amendement prend également en compte les précédentes avancées législatives – assistance médicale à la procréation pour toutes et adoption, en commission des affaires sociales, de la proposition de loi visant à créer un congé de parenté égalitaire et effectif.

Mme la rapporteure pour la famille. Je comprends votre intention mais votre amendement me semble satisfait. Si la filiation est reconnue en droit français, rien – ni le genre, ni l’orientation sexuelle ni le mode de conception de l’enfant – n’empêche en effet les pères ou, le cas échéant, les partenaires des mères, de bénéficier du congé.

Lorsque la conception de l’enfant, charnelle ou par le biais d’une PMA, n’est pas possible, le congé pour adoption est également étendu par le présent article. Je vous demanderai donc de bien vouloir retirer votre amendement. À défaut, mon avis sera défavorable.

L’amendement est retiré.

La commission adopte l’article 35 sans modification.

Après l’article 35

La commission examine l’amendement AS197 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Il s’agit de réintroduire l’universalité des allocations familiales. Même nos collègues de l’autre côté de l’hémicycle en seront d’accord. Je ne doute donc pas de votre soutien massif !

Suivant l’avis défavorable de la rapporteure, la commission rejette l’amendement.

Elle en vient à la discussion commune de l’amendement AS1237 de la rapporteure, des amendements identiques AS19 de Mme Valérie Six, AS217 de M. Thibault Bazin, AS841 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS893 de M. Jean-Carles Grelier ainsi que des amendements identiques AS606 de Mme Perrine Goulet et AS1031 de Mme Monique Iborra.

Mme la rapporteure pour la famille. Je me réjouis de voir que nous souhaitons tous avancer sur le sujet du versement anticipé de la prime de naissance. J’y vois un hommage à l’action menée par Gilles Lurton, auteur d’une proposition de loi adoptée à l’unanimité par notre Assemblée en juin dernier, mais aussi à Nathalie Elimas, qui a contribué à cette proposition de loi et en a fait l’une des propositions du rapport de la mission d’information de la Conférence des présidents sur l’adaptation de la politique familiale française aux défis de la société du XXI^e siècle, remis en juillet dernier à l’Assemblée.

Je pense que nous avons tous eu écho des problèmes que posait le versement post-naissance de cette prime : non-recours aux droits et incompréhensions des familles. Il est évident que c’est avant la naissance, et non pas après, que l’on prépare l’arrivée d’un nouveau-né et qu’on achète tout le matériel nécessaire.

Mme Valérie Six. Ce sujet revient régulièrement lors de l’examen du PLFSS depuis 2014, date depuis laquelle la prime de naissance est versée à la fin du deuxième mois suivant la naissance. Les auditions menées dans le cadre de la mission d’information de la Conférence des présidents sur l’adaptation de la politique familiale française aux défis de la société du XXI^e siècle ont permis de mettre en lumière les difficultés liées à cette date de versement pour les familles les plus modestes. Toutes les associations familiales plaident pour un versement de la prime avant la naissance de l’enfant.

M. Thibault Bazin. Je salue l’élégance de la rapporteure, qui a mentionné l’origine de la proposition de loi, portée par Gilles Lurton et soutenue sur différents bancs. Mais votre amendement, qui arrive après les nôtres, est un peu moins élégant... Il eût été préférable de

soutenir nos amendements. Votre soutien à la proposition est l'essentiel car, depuis trois ans, peu a été fait et il est urgent de mettre en œuvre cette mesure attendue.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Je partage les propos de M. Bazin et rends hommage au combat de Gilles Lurton, gagné le 25 juin dernier. Pour que la mesure devienne effective, il faut voter l'amendement. Je nous invite donc collectivement à le faire. Même si c'est celui de la rapporteure qui est adopté, et qu'il fait tomber les nôtres, nous serons ravis car le plus important est d'assurer l'effectivité de la mesure !

M. Bernard Perrut. Nous sommes unanimes pour saluer l'initiative de Gilles Lurton. Nous pouvons tous nous retrouver pour soutenir les parents, la famille, l'enfant à naître, et accorder cette aide au bon moment, alors que la politique familiale est affaiblie depuis quelques années – baisse des aides et de la considération envers les familles, fiscalité éprouvante pour les familles des classes moyennes, et peu favorable à la natalité.

Si la proposition a été adoptée à l'Assemblée nationale, ce n'est pas encore le cas au Sénat. Or elle doit entrer en vigueur en 2021. Par conséquent, le PLFSS doit en tenir compte et nous proposons par l'amendement AS893 de lui donner immédiatement force juridique en lui affectant les moyens financiers nécessaires à sa mise en œuvre – estimés à 200 millions d'euros. Le décalage de versement de la prime de naissance, décidé en 2015, est regrettable alors qu'elle a touché 45 600 allocataires par mois en 2019, pour un coût estimé à 537 millions, le montant de la prime s'élevant à 947,32 euros par enfant.

Mme Perrine Goulet. Les navettes parlementaires sont parfois longues. Lorsque nous pouvons accélérer l'effectivité de certaines mesures, il faut le faire. Plusieurs députés ont soutenu la mesure, vous l'avez tous rappelé : Mme Elimas, M. Lurton, sans oublier Sereine Mauborgne qui a plaidé pour le non-remboursement de la prime en cas de décès de l'enfant.

L'essentiel est d'adopter cette disposition afin d'aider les familles dans le besoin avant l'arrivée du bébé. Elles pourront ainsi acheter tout le matériel, sans avoir à rembourser la prime si, malheureusement, l'enfant décède.

Mme Monique Iborra. L'amendement AS1031 est similaire. Mme Limon l'a parfaitement défendu. Je me réjouis que le sujet fasse l'unanimité.

Mme la rapporteure pour la famille. Je vous propose de vous rallier à mon amendement AS1237, qui me semble plus précis et mieux-disant, et de retirer les vôtres.

L'amendement détermine la date à laquelle un couple peut être éligible à la prime dans le cas, évidemment tragique, de décès de leur enfant. Il ouvre par ailleurs le bénéfice de la prime aux foyers dans lesquels la grossesse a atteint six mois, sept mois, huit mois ou neuf mois, à une date fixée par décret, au plus tard le 31 mars. Cette date doit en effet être fixée de manière réaliste pour que les caisses d'allocations familiales s'adaptent au paiement anticipé de la prime, mais mon amendement reprend la date de la proposition de loi de M. Lurton, tout en l'ouvrant à plus de couples, par la mention du sixième mois.

Tous les amendements déposés sont mieux-disants par rapport à la situation pré-2014, puisqu'ils prennent en compte la situation des grands prématurés – nés avant six mois de grossesse – qui seront éligibles à la prime.

M. Thibault Bazin. Madame la rapporteure, par correction, il aurait été préférable que vous sous-amendiez nos amendements. Vous êtes habituellement plutôt respectueuse du travail parlementaire... De toute façon, en séance, nous repartirons du texte du Gouvernement.

La commission adopte l'amendement AS1237. En conséquence, les autres amendements tombent.

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements identiques AS199 de M. Thibault Bazin et AS277 de M. Guillaume Chiche ainsi que l'amendement AS576 de Mme Isabelle Valentin.

M. Thibault Bazin. Depuis 2012, un grand nombre de mesures a été adopté à l'encontre des familles : baisse répétée du quotient familial, modulation des allocations familiales, congé parental partagé limitant la durée maximale pour un parent à deux ans au lieu de trois, prime de naissance versée après la naissance et non avant – cela sera corrigé, tant mieux –, promesses non tenues en termes de modes de garde, conditions plus drastiques et baisse des montants pour l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) ainsi que pour le complément de mode de garde.

Force est de constater que le nombre de naissances en France métropolitaine a baissé depuis sept ans suite à la politique qui a été menée. Selon les statistiques publiées en août 2018 par *INSEE Première*, 185 000 enfants de moins sont nés au cours des six dernières années.

Cet amendement vise donc à demander au Gouvernement de remettre un rapport évaluant les conséquences des mesures adoptées sur la politique familiale, notamment sur le quotient familial, les allocations familiales, le congé parental, la prime de naissance, la PAJE et les modes de garde.

Mme la rapporteure pour la famille. Je profite de ce premier amendement demandant un rapport pour faire une réponse générale sur ceux qui suivront et qui traitent peu ou prou du même sujet, à savoir les mesures prises en matière de politique familiale entre 2012 et 2019. Je crois deviner que leurs auteurs ne les regardent pas d'un œil très favorable bien que nous venions de voter la prolongation du congé de paternité, qui répond à une demande forte des familles françaises et qui a été unanimement saluée par les associations familiales et bien au-delà.

Nous n'avons peut-être pas la même vision de la politique familiale mais je ne pense pas qu'une telle demande au Gouvernement soit justifiée. Je vous renvoie plutôt aux sources parlementaires comme le rapport de Mme Nathalie Élimas issu de la mission d'information présidée par votre collègue Stéphane Viry et aux auditions auxquelles vous avez je crois participé à plusieurs reprises. Vous y trouverez une analyse détaillée de l'ensemble des mesures ainsi qu'une vision de ce que peut être la politique familiale au XXI^e siècle.

Avis défavorable.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Mme la rapporteure a défendu un amendement sur le versement éventuel de la prime de naissance lorsque la naissance intervient avant le sixième mois prévu de la grossesse ou en cas de décès de l'enfant intervenant au-delà de la vingtième semaine de grossesse. Que se passe-t-il en cas d'interruption médicale de grossesse, au-delà de vingt semaines ? La prime est-elle versée ?

M. Philippe Vigier. Vous avez tenu des propos à charge, madame la rapporteure. Vous pourriez très bien déposer pour la séance publique un amendement mentionnant la date de 2020 au lieu de 2019 afin de tenir compte des avancées auxquelles vous venez de faire référence. Avec le vote de votre amendement sur la prime de naissance, nous disposerions d'une véritable vision sur la durée.

Le rapport, de plus, peut fort bien être à décharge. Si l'on ne se place pas dans des conditions d'objectivité, comment pourrions-nous être nous-mêmes objectifs ? Quoi qu'il en soit, nous déposerons un amendement en séance publique.

Mme la rapporteure pour la famille. Nous y répondrons bien volontiers.

Vous avez raison, un rapport peut fort bien être à décharge mais il convient surtout de se pencher sur les travaux déjà menés par le Parlement. Je ne pense pas qu'il soit nécessaire d'en ajouter. S'il faut creuser la question, nous la creuserons mais je ne crois pas qu'un rapport du Gouvernement pourra faire avancer notre politique familiale.

M. Thibault Bazin. Vous n'avez pas répondu à la question de votre camarade Tamarelle-Verhaeghe.

Mme la rapporteure pour la famille. Nous y réfléchirons ensemble. Avant vingt-cinq semaines, un bébé n'est pas reconnu comme un enfant et ne peut pas être inscrit sur un livret de famille. Vous savez très bien que je ne peux pas vous répondre autre chose.

La commission rejette successivement les amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS198 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Il s'agit d'une nouvelle demande de rapport, en l'occurrence sur l'intégration des allocations familiales dans le revenu fiscal.

Mme la rapporteure pour la famille. Avis défavorable pour les raisons déjà exprimées.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS892 de M. Jean-Carles Grelier.

M. Bernard Perrut. Nous traversons une grave crise sanitaire, économique et sociale qui pèse sur les finances publiques et sur l'ensemble de nos concitoyens.

Le Gouvernement envisage une refonte en profondeur des congés parentaux et des modes de garde. Il est absolument nécessaire que la représentation nationale dispose d'un état des lieux détaillé de l'offre de garde pour décider au mieux de l'allocation des deniers publics et savoir ce qu'il faut faire.

Ces dernières années, nous avons souvent évoqué le nombre de places, les besoins en crèches, en structures, en modes de garde formels ou plus informels, en assistantes maternelles, en gardes à domicile, mais l'État et les collectivités locales doivent disposer d'une vision complète de ces différents modes de garde, des conséquences en termes de crédits d'impôts, de subventions versées, de leurs applications en fonction du profil des familles, de leurs revenus, du nombre d'enfants.

Ce rapport sera utile car nous ne disposons pas de données récentes et les études disponibles n'offrent pas de vision globale. C'est ainsi que nous pourrions répondre aux besoins des familles dans leurs diversités personnelles et territoriales.

Mme la rapporteure pour la famille. Votre demande de rapport témoigne d'une préoccupation, que je partage, quant aux propositions de mode de garde. J'ai constaté lors de mes auditions la difficulté dans laquelle se trouvent les établissements d'accueil du jeune enfant.

Particulièrement touchés par la crise, ces établissements, tout comme les assistantes maternelles, sont souvent restés disponibles pendant le confinement, notamment pour accueillir les enfants de nos soignants et de l'ensemble des travailleurs dont les professions se sont révélées essentielles au plus fort de la crise.

J'ajoute à cette difficulté conjoncturelle que les objectifs de la convention d'objectifs et de gestion de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) visant à ouvrir 30 000 places de crèche d'ici 2022 sont loin d'être atteints. C'est un sujet sur lequel nous devons collectivement avancer alors que le tissu d'accueil de la petite enfance est en train de s'effiloche.

La demande de rapport, en revanche, est déjà satisfaite par l'ensemble des données qui figurent en annexe de ce projet de loi et dans le programme de qualité et d'efficience relatif à la branche famille. Vous y trouverez les dernières données à ce propos ainsi que sur le niveau de l'ensemble des prestations familiales.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission rejette ensuite l'amendement AS1215 de M. Adrien Quatennens.

Puis elle examine l'amendement AS1051 de M. Aurélien Taché.

Mme Delphine Bagarry. Il vise à ce que le Gouvernement remette au Parlement, avant le 1^{er} mars 2021, un rapport relatif au calcul des montants des prestations non contributives financées par la sécurité sociale et sur leurs perspectives d'amélioration afin de parvenir à sortir les allocataires de la pauvreté.

La crise sanitaire a entraîné une baisse des revenus pour de nombreux ménages et des pertes d'emploi. L'effet boule de neige risque de prolonger cette situation pendant plusieurs années, comme ce fut le cas lors des précédentes crises économiques. La France pourrait ainsi compter 1 million de pauvres de plus d'ici cinq ans. Aujourd'hui, 9,3 millions de personnes vivent sous le seuil de pauvreté, notamment, des jeunes.

Création d'un revenu universel d'activité – une belle Arlésienne – et révision des méthodes de calcul des minima sociaux font l'objet de consultations qui n'ont toujours pas encore abouti. La remise d'un tel rapport permettrait de nourrir une véritable réflexion sur l'évolution des modes de calcul des minima sociaux dans notre pays.

Mme la rapporteure pour la famille. Le sujet de votre rapport dépasse quelque peu l'objet de ce PLFSS, d'autant que vous évoquez surtout des prestations non contributives

comme le revenu d'activité ou les minima sociaux, qui sont prises en charge par l'État. Un rapport remis en trois mois à ce sujet ne me semble donc pas avoir sa place ici.

Sur le fond, la situation des familles précaires en France est effectivement très inquiétante. Je rappelle à ce sujet que, depuis le confinement, le Gouvernement a permis aux travailleurs les plus précaires de conserver leur emploi grâce à la dérogation pour le recours à l'activité partielle et qu'il a versé aux familles modestes une prime exceptionnelle de 150 euros pour les bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique et du revenu de solidarité active (RSA), à laquelle se sont ajoutés 100 euros supplémentaires par enfant à charge ; 4,1 millions de foyers dont près de 5 millions d'enfants en ont bénéficié au mois de mai dernier.

Avis défavorable.

Mme Delphine Bagarry. Cet amendement a ici toute sa place puisqu'il a été jugé recevable et parce que la branche famille et les prestations familiales existent bel et bien. Je demanderai à son auteur, M. Taché, de le redéposer lors de la discussion budgétaire de la mission *Solidarité, insertion et égalité des chances*.

Mme Fiona Lazaar. J'avais également déposé un amendement demandant un rapport sur une thématique similaire mais il a été jugé irrecevable.

J'abonde dans le sens de ce que vient de dire Mme Limon et j'ajoute que le Président de la République vient d'annoncer de nouvelles mesures pour les familles les plus précaires. Il faut saluer ce coup de pouce essentiel en cette période de crise.

M. Thibault Bazin. Vous n'y êtes pour rien, madame la présidente, madame la rapporteure, monsieur le rapporteur général, mais les parlementaires ne disposent pas des moyens permettant d'avoir une vision globale. Or il existe des éléments « hors radar » et hors des annexes qui nous sont communiquées.

La dépense publique allouée au financement des modes d'accueil ne prend pas en compte toutes les dépenses indirectes, les prestations d'entretien pour les jeunes enfants ou les aides monétaires visant à compenser l'arrêt ou la réduction d'activité professionnelle.

Peut-être pourriez-vous prendre l'initiative d'une mission d'information à ce propos, madame la présidente ? Il serait très intéressant que le Gouvernement nous fasse part de ces éléments et que, de notre côté, nous puissions nous faire notre idée.

La commission rejette l'amendement.

Chapitre III **Tirer les conséquences de la crise sanitaire**

Article 36 : *Adaptation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave*

La commission examine les amendements identiques AS87 de M. Bernard Perrut, AS1014 de Mme Emmanuelle Anthoine et AS1107 de Mme Valérie Bazin-Malgras.

M. Bernard Perrut. L'article 36 concerne l'adaptation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave. Celle que nous

traversons, inédite par son ampleur et par les mesures prises pour juguler la progression de l'épidémie, a mis en lumière les limites du dispositif actuel d'état d'urgence, que cet article propose d'adapter et de compléter.

Toutefois, cette adaptation ne doit pas pour autant exonérer le Gouvernement des consultations obligatoires des conseils et des conseils d'administration des caisses nationales concernées. L'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale doit s'appliquer. Tel est l'objet de cet amendement.

M. le rapporteur général. Je partage le souhait d'associer autant que possible les caisses aux mesures réglementaires prises par le Gouvernement. Néanmoins, lorsqu'un risque sanitaire grave justifie de transformer la procédure de consultation des caisses en procédure d'information, il faut aller au plus vite pour assurer une prise en charge rapide des frais de santé de nos concitoyens.

Avis défavorable.

La commission rejette les amendements identiques.

Puis elle adopte l'article 36 sans modification.

Après l'article 36

La commission examine l'amendement AS138 de Mme Marine Brenier.

Mme Isabelle Valentin. Nous rencontrons plusieurs problèmes avec le dépistage massif par les tests PCR : engorgement, allongement des délais pour avoir les résultats, épuisement des personnels de laboratoire.

Le coût explose pour la sécurité sociale puisque chaque test virologique RT-PCR revient à près de 74 euros. Avec 1 million de tests par semaine, cela représente 300 millions d'euros. Nul ne connaît la durée de l'épidémie alors que le déficit de l'assurance maladie atteint déjà à 45 milliards.

Il importe de s'assurer que personne ne va se faire tester inutilement, par convenance personnelle, plusieurs fois le même jour. Or, aucun contrôle n'existe. Afin de sensibiliser nos concitoyens au coût de ces tests, sans pour autant mettre une barrière financière au dépistage, il conviendrait d'instaurer une participation forfaitaire de 1 euro pour chaque test virologique lorsque celui-ci n'est pas prescrit par une ordonnance médicale.

Pour mémoire, la participation forfaitaire de 1 euro a été instaurée en 2005 au sein de la branche maladie de la sécurité sociale. Elle est à la charge des assurés sociaux, elle n'est généralement pas remboursée par les assurances complémentaires et elle est plafonnée à 50 euros par an et par assuré afin de ne pas représenter une barrière à l'accès aux soins.

Les tests sont plus que jamais nécessaires et ils resteront massifs car cette disposition est suffisamment modeste pour ne pas être une barrière à l'accès aux soins.

M. le rapporteur général. Il ne faut pas généraliser quelques cas sporadiques. Qui s'est fait tester une fois sait bien cela n'est pas excessivement agréable au point de vouloir recommencer le même jour !

Par ailleurs, comme le Président de la République vient de le dire, notre majorité soutient la stratégie de gratuité afin de ne freiner en rien l'accès aux tests.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS744 de M. Joël Aviragnet.

M. Boris Vallaud. La crise sanitaire a mis à l'épreuve notre système hospitalier et, plus largement, notre système de soins. Elle a également affecté nos libertés publiques et plongé notre économie dans la récession.

Afin de lutter efficacement contre l'épidémie de covid-19, les masques et les tests ont été des outils essentiels. Néanmoins, afin d'éclairer la représentation nationale sur les coûts financiers des tests réalisés, nous demandons qu'un rapport présente dans le détail les dépenses effectuées.

Il semble également que certains retards dans la communication des résultats des tests aient pu remettre en question l'utilité même des tests réalisés. La représentation nationale doit être en mesure d'apprécier quels ont été les biais techniques éprouvés par la stratégie nationale de tests.

M. le rapporteur général. Le Président de la République vient d'annoncer un rapport du comité analyse, recherche et expertise covid-19 pour décembre.

Par ailleurs, la mission d'information – ayant les pouvoirs d'une commission d'enquête – sur la gestion et les conséquences, dans toutes ses dimensions, de l'épidémie de covid-19 consacrer une partie de son rapport à cette stratégie de tests. Votre demande étant satisfaite, je vous invite à retirer cet amendement.

M. Boris Vallaud. Je le maintiens, même si je suis d'accord avec le rapporteur général sur les travaux de la commission d'enquête parlementaire.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine les amendements AS1118 et AS1123 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Comme je ne peux pas faire dépenser d'argent, je demande des rapports...

Lors de son intervention, le Président de la République a assumé le fait que nous soyons dans une deuxième vague. Lorsqu'une personne est atteinte par le virus, elle doit se confiner ; or, nous savons très bien que certaines personnes continuent d'aller travailler pour ne pas perdre d'argent. Nous vous proposons donc de supprimer le jour de carence. Le premier amendement vise les soignants, fonctionnaires ou de droit privé ; le second l'ensemble des assurés.

Je vous invite à les voter afin que le ministre, en séance publique, sache combien cet appel au secours est pris au sérieux par les commissaires. Il n'est pas possible de laisser partir des gens pour des raisons financières alors qu'ils risquent d'en contaminer d'autres.

M. le rapporteur général. Ce sont en effet des amendements d'appel !

Dans le cadre de la première phase de la crise sanitaire, votre demande peut être prise en charge par décret. L'article 36 permet d'ailleurs de prendre un certain nombre de mesures de cette sorte lorsque la situation sanitaire l'exige.

Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Des contrôleurs de la SNCF déclarés positifs ont assumé devant des journalistes ne pas s'être mis en arrêt pour ne pas perdre d'argent, alors qu'ils rencontrent des centaines de personnes par jour ! Vous instaurez un couvre-feu, des restrictions d'effectifs, mais si nous n'aidons pas des personnes atteintes par la maladie à se confiner sans perdre d'argent, cela ne sert à rien ! Le risque sanitaire est réel.

M. Pierre Dharréville. Les effets vertueux attendus par cette mesure qui a produit des effets... pervers ne sont pas au rendez-vous. Il faut en tenir compte

Par ailleurs, les faits ont montré que s'en remettre à la sagacité du Gouvernement est parfois téméraire.

À ce propos, nous devrions rediscuter d'un certain nombre de questions sanitaires et sociales que le Gouvernement a été autorisé à traiter par ordonnances. Des dégâts commencent à apparaître.

La commission rejette successivement les amendements.

Article 37 : *Transfert à la sécurité sociale de l'allocation supplémentaire d'invalidité*

La commission examine l'amendement de suppression AS918 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. L'article 37 prévoit de faire supporter à la sécurité sociale le financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) qui l'était jusqu'à présent par l'État. Cette mesure témoigne du désengagement progressif de ce dernier alors que cette prestation doit continuer selon nous de relever de la solidarité nationale.

M. le rapporteur général. L'État ne se désengage en rien. Le transfert de l'ASI à la branche maladie fait l'objet d'une compensation intégrale par l'État à travers une hausse de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale. Une nouvelle revalorisation de l'ASI interviendra par ailleurs le 1^{er} avril prochain.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS89 de M. Bernard Perrut, AS531 de M. Guillaume Chiche, AS652 de M. Stéphane Viry, AS858 de Mme Gisèle Biémouret, AS870 de Mme Annie Vidal et AS919 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Bernard Perrut. Beaucoup trop d'assurés bénéficiaires d'une pension d'invalidité ne font pas valoir leur droit à l'allocation supplémentaire d'invalidité par méconnaissance du dispositif.

L'ASI est une prestation mensuelle versée aux assurés invalides et ne répondant pas aux conditions requises pour bénéficier de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). Versée par la sécurité sociale ou la Mutuelle sociale agricole, son montant varie en fonction de la situation matrimoniale ou des ressources.

Cet amendement vise à lutter contre le non-recours aux droits en faisant porter aux organismes de sécurité sociale une obligation d'étude systématique du droit à cette allocation et d'information aux assurés concernés, qui en ont bien besoin.

Mme Delphine Bagarry. L'amendement AS531, travaillé avec APF France Handicap, qui a un œil acéré sur le PLFSS, s'inscrit dans la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté et la lutte contre le non-recours, autrement appelé le « aller vers ». Beaucoup trop d'assurés bénéficiaires d'une pension d'invalidité ne font pas valoir leur droit à l'ASI par méconnaissance du dispositif.

M. le rapporteur général. Je partage cet objectif et j'ai posé cette question durant nos auditions mais vos amendements soulèvent des difficultés techniques et supposeraient de créer une ingénierie importante pour étudier l'éligibilité à l'ASI de l'ensemble des allocataires de l'ASPA alors même que le champ des bénéficiaires de cette dernière est beaucoup plus large.

Avis défavorable.

La commission rejette les amendements identiques.

Puis elle adopte l'article 37 sans modification.

Chapitre IV Assouplir et simplifier

Article 38 : Prises en charge dérogatoires des médicaments

La commission examine l'amendement AS273 de M. Stéphane Viry.

M. Bernard Perrut. Le délai de réponse de la Haute Autorité de santé (HAS) nécessite d'être encadré par la loi, sinon le dispositif risque de perdre tout son sens : permettre un accès rapide lorsque l'application du traitement ne peut être différée.

L'exclusion d'autorisation pour les médicaments faisant l'objet d'une recherche impliquant la personne humaine ne doit s'appliquer qu'au territoire national – des recherches peuvent avoir lieu dans d'autre pays sans pour autant en permettre l'accès.

Enfin, dans un objectif de suivi des données, une mesure appelle à une recentralisation vers l'hôpital de médicaments actuellement disponibles en reconnaissance temporaire d'utilisation en pharmacie d'officine.

Nous proposons de compléter l'alinéa 13 de l'article 38 en ce sens.

M. le rapporteur général. S'agissant de votre première remarque, je ne suis pas contre le fait de fixer un délai directement dans la loi pour ces délivrances d'accès précoce. En revanche, un mois, c'est beaucoup trop court.

Sur la seconde : la disposition ne s'appliquera pas s'il existe déjà une distribution au détail pour le cadre d'accès compassionnel.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS1157 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Nous souhaitons nous assurer que les informations concernant le lieu de production ainsi que les coûts réels de production du médicament ou du produit de santé concerné soient fournies.

En outre, les informations relatives aux brevets couvrant le médicament ou au produit de santé concerné doivent être systématiquement dévoilées par le titulaire des droits d'exploitation. Si le médicament ou produit de santé en question a été développé dans le cadre d'un institut de recherche publique ou caritative, les montants des financements publics pour cette recherche doivent être divulgués, de même que les informations concernant le montant des aides publiques reçues, sous toutes leurs formes, et les informations concernant le montant des financements caritatifs.

À défaut, il sera toujours possible pour l'État de faire usage de la possibilité que lui confère la loi de prendre une licence d'office.

M. le rapporteur général. Avec cet amendement, vous supprimez carrément l'alinéa 69 de cet article 38, qui porte sur la prise en charge des médicaments en accès précoce. Les patients ne pourraient plus avoir accès à ces médicaments, qui ne seraient plus pris en charge par l'assurance maladie !

Nous débattons après l'article 38 de ce qui doit être ou non pris en compte dans la fixation du prix des médicaments et favoriser une meilleure transparence.

Demande de retrait ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS757 de M. Paul Christophe et AS1034 de Mme Stéphanie Rist.

M. Paul Christophe. Depuis plusieurs années, j'interviens dans le cadre du PLFSS pour vous alerter sur le dispositif d'accès précoce aux médicaments, notamment, sur son manque de visibilité et le risque d'un manque d'équité.

Cette année, le PLFSS prévoit une refonte totale du dispositif, ce dont on peut se réjouir, fondée sur deux piliers : l'accès précoce et l'accès compassionnel, avec un seul corpus de règles d'accès et de prise en charge. Une réforme d'une telle ampleur en raison de ses conséquences pour les patients, les professionnels de santé et les entreprises du médicament, doit nécessairement s'accompagner d'un suivi attentif pour en évaluer sa pertinence et son efficacité.

Il est donc demandé au Gouvernement de remettre dans les trois ans un rapport d'évaluation du dispositif.

Mme Stéphanie Rist. Mon amendement a été très bien défendu par mon collègue.

M. le rapporteur général. Ces deux amendements ne sont pas strictement identiques. Je ne suis pas un grand fan des rapports mais je veux bien faire une exception pour celui-ci car le sujet le mérite.

Avis de sagesse.

La commission adopte l'amendement AS757.

En conséquence, l'amendement AS1034 tombe.

La commission adopte l'article 38 modifié.

Après l'article 38

La commission examine l'amendement AS716 de M. Robin Reda.

Mme Caroline Janvier. Cet amendement est soutenu par la mission d'information commune sur les usages du cannabis.

L'expérimentation du cannabis thérapeutique a été votée à l'unanimité par l'Assemblée nationale l'an dernier. Le décret d'application permettant le lancement de cette expérimentation a enfin été publié – ce dont on ne peut que se féliciter – mais malheureusement avec plusieurs mois de retard.

D'après les informations obtenues par la mission d'information, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé est prête à lancer les opérations et l'expérimentation devrait pouvoir commencer fin janvier 2021, ce qui est une excellente nouvelle pour les patients qui attendent depuis trop longtemps cette avancée thérapeutique.

Reste deux sujets importants soulevés par la mission d'information dans son récent rapport d'étape.

Tout d'abord, le décret prévoit que les entreprises fourniront les produits gratuitement, ce qui ne semble pas une bonne idée car cela risque de donner une priorité à ces entreprises étrangères lors de la généralisation du dispositif. L'amendement propose donc que ces entreprises soient rémunérées, ce qui ne remet évidemment pas en cause la gratuité des produits pour les patients.

Ensuite se pose la question du développement d'une filière française du cannabis thérapeutique. Notre pays dispose de réelles expertises en ce domaine, que ce soit pour la culture du chanvre ou pour l'extraction et la fabrication de produits de santé. Il est donc proposé de déroger aux dispositions du code de la santé publique encadrant la production de cannabis afin de permettre le développement d'une filière française, dans la perspective de la généralisation, conformément au souhait exprimé par le Président de la République lors de son déplacement à La Réunion en octobre 2019.

M. le rapporteur général. Cet amendement est le fruit d'un travail important de la mission d'information commune créée à l'Assemblée nationale sur ce sujet.

Je vous demanderai néanmoins son retrait pour les raisons suivantes.

Tout d'abord, sur la première partie de votre amendement revenant sur la gratuité des produits : je comprends votre préoccupation mais je pense que si l'on veut que l'expérimentation commence réellement au premier trimestre 2021, il ne faut pas remettre en cause les dispositions du décret.

Ensuite, sur la seconde partie prévoyant la création d'une filière française de production, le Gouvernement est en train de mener des travaux, parallèlement à l'expérimentation, pour modifier l'article du code de la santé publique et permettre une production encadrée en France. Ces travaux prennent du temps car ils supposent de nombreuses consultations ministérielles.

Compte tenu du temps long de production et d'agriculture, il ne me semble pas envisageable de faire entrer les producteurs français dans l'expérimentation, ce qui ne les empêchera pas de participer à la production de cannabis thérapeutique quand l'expérimentation sera généralisée.

Mme Caroline Janvier. Portant la voix de mes collègues de la mission d'information, je ne peux pas retirer cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS1108 de M. Jean-Hugues Ratenon.

Mme Caroline Fiat. Le ministre des solidarités et de la santé a pour responsabilité de garantir l'accès de tous aux médicaments et, à cette fin, de sécuriser l'approvisionnement et d'anticiper les pénuries.

« L'article 34 permettra de lutter efficacement contre la rupture de stock d'un grand nombre de médicaments – difficulté régulièrement évoquée en commission et lors des auditions, à l'égard de laquelle les Français sont de plus en plus vigilants et inquiets. Il s'agit notamment d'obliger les laboratoires à stocker certains médicaments pendant quatre mois. » Voici ce que l'actuel ministre de la santé affirmait lors de l'examen du précédent PLFSS, dont il était à l'époque rapporteur général. La disposition évoquée correspond à une demande de longue date des associations de malades, notamment France Assos Santé. Elle permet de prévenir les pénuries en se donnant le temps de trouver des alternatives.

En contradiction avec ces paroles, Olivier Véran a pourtant envisagé, une fois ministre, que le décret d'application oblige les patients et associations de patients à prouver le caractère essentiel du médicament et les tensions pesant sur son approvisionnement afin que la mesure de stockage lui soit applicable ! Mais ce n'est pas aux malades d'apporter la preuve du caractère essentiel de leur traitement et des risques de pénurie qui le menacent.

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

Elle examine ensuite, en discussion commune, l'amendement AS564 de M. Philippe Vigier, les amendements identiques AS635 de Mme Marine Brenier, AS645 de M. Stéphane Viry, AS684 de Mme Josiane Corneloup et AS939 de M. Joël Aviragnet ainsi que l'amendement AS1121 de Mme Caroline Fiat.

M. Philippe Vigier. Les problèmes d'approvisionnement en médicaments s'aggravent depuis quelques années. Nous avons interpellé à de nombreuses reprises les gouvernements successifs à ce sujet. Ces derniers temps, à la faveur de l'épidémie de covid, des ruptures de

stock inacceptables ont eu lieu, concernant par exemple les curares, dont les services de réanimation ont réduit l'utilisation, ou certains anticancéreux. Ces pénuries structurelles ont été accentuées par l'externalisation, très néfaste à l'industrie française – on parle désormais d'*in-sourcing*, de la nécessité de récupérer des industries absolument stratégiques.

Pour ces raisons, aux termes de notre amendement, le stock ne pourrait être inférieur à la quantité permettant de couvrir quatre mois d'approvisionnement, afin d'éviter des catastrophes futures. La filière pharmaceutique française, filière d'excellence, doit retrouver ses lettres de noblesse ; cet amendement offensif y contribuera.

Mme Isabelle Valentin. J'ajoute aux arguments de notre collègue que la disposition limiterait les pertes de chance, les interruptions de traitement et les effets indésirables, parfois graves, causés par des changements de traitement en urgence. Il ne faut pas sous-estimer les conséquences des pénuries sur la prise en charge des malades.

Mme Caroline Fiat. En 2019, on comptait plus de 1 200 médicaments d'intérêt thérapeutique majeur en pénurie ou en rupture d'approvisionnement, contre 800 en 2018 et seulement 44 dix ans plus tôt. Le 14 septembre 2020, la Ligue contre le cancer publiait une étude dressant un constat particulièrement alarmant en oncologie : les trois quarts des professionnels de santé sont confrontés au problème et 68 % des oncologues médicaux faisant face à des pénuries de médicaments contre le cancer considèrent que celles-ci ont un effet sur la survie à cinq ans de leurs patients.

L'épidémie de covid-19 a mis en lumière l'urgence de la situation et les dysfonctionnements structurels majeurs liés notamment à la dérégulation du marché mondial pharmaceutique et à la délocalisation en Chine et en Inde des sites de production de médicaments. La gravité des pénuries est telle que des médicaments d'usage courant sont maintenant concernés. Les conséquences sont dramatiques : en plus d'entraîner une perte de chance pour les malades, une détérioration de leur état de santé et de la souffrance, elles engagent le pronostic vital d'une partie d'entre eux.

Selon un rapport sénatorial de 2018, les ruptures de médicaments durent en moyenne plus de quatorze semaines. Les deux mois prévus par décret ne permettront pas d'assurer l'approvisionnement continu par les industriels auquel ces derniers sont pourtant tenus par le code de la santé publique.

Loin de tirer la leçon de la crise de la covid-19, le Gouvernement arbitre en faveur des industries pharmaceutiques et au détriment des patients. Par notre amendement, nous entendons revenir à l'esprit initial de la mesure que nous avons votée ensemble à l'automne dernier.

M. le rapporteur général. Le projet de décret d'application de la mesure adoptée l'an dernier à l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 a retenu une durée minimale de stock de deux mois pour les médicaments à intérêt thérapeutique majeur et d'un mois pour les autres.

Le texte inclut toutefois des mécanismes de dérogation à ces durées, à la baisse ou à la hausse, selon les caractéristiques de chaque médicament – à la baisse pour des produits saisonniers, comme les vaccins, à la hausse, jusqu'à quatre mois, pour des médicaments pour lesquels une tension est avérée ou pressentie.

L'obligation de constituer des stocks correspondant à une durée d'approvisionnement d'au moins quatre mois n'est pas compatible avec les caractéristiques de certains médicaments.

Enfin, elle aurait de fortes chances d'être considérée comme une mesure protectionniste par l'Union européenne.

Demande de retrait ou avis défavorable.

M. Philippe Vigier. Pourriez-vous préciser quelles spécialités ne sont pas compatibles avec un stockage de quatre mois ?

Nous ne pouvons plus nous permettre les ruptures de stock qu'ont récemment connues les hôpitaux : c'est ce que l'on entend dire à l'unisson par les personnels soignants, par les directions d'hôpital, dans les pharmacies centrales. Ne tolérons pas une faille aussi terrible dans le dispositif, tirons les leçons de la crise.

Mme Caroline Fiat. Quand nous avons voté le dispositif l'année dernière – l'actuel ministre de la santé était rapporteur général du PLFSS –, le stockage ne posait aucun problème. Aucun laboratoire ne nous a signalé de difficulté concernant telle ou telle molécule. Et maintenant que nous voulons obliger les laboratoires à stocker, on nous dit que ce n'est pas possible pour certains produits. Les vaccins, les médicaments, ça se conserve ! Nous ne sommes plus au XIX^e siècle ! En novembre 2019, il était faisable de les stocker pendant quatre mois, et aujourd'hui, après une crise sanitaire pendant laquelle on a failli manquer de médicaments, ce ne serait plus possible ? Il ne faut pas prendre les gens pour des imbéciles ! C'est simplement que les laboratoires ne sont pas d'accord !

M. Pierre Dharréville. Je soutiens les amendements, car les pénuries récentes, très préoccupantes, justifient des mesures supplémentaires, dont le stockage : nous aurons au moins appris au cours de la période qui vient de s'écouler qu'il n'est pas inutile de disposer de stocks stratégiques. Mais d'autres dispositions sont également nécessaires, notamment se doter de moyens de production publics développés, afin de faire face aux besoins et aux demandes.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Sans doute certains médicaments sont-ils périssables, monsieur le rapporteur général, mais ne pourrait-on retravailler les amendements d'ici à la séance pour les en exclure ?

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle en vient à l'amendement AS449 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Grâce au recours aux médicaments biosimilaires, nous pourrions réaliser au moins 600 millions d'euros d'économies, ce qui n'est pas négligeable par les temps qui courent, et proposer une offre plurielle de médicaments, ce qui permet également de prévenir les risques de ruptures de stock. Il est vraiment urgent que nous nous mettions à la substitution par les biosimilaires !

M. le rapporteur général. La possibilité de cette substitution par le pharmacien d'officine a été prévue par la LFSS 2014, mais n'a pas encore été mise en œuvre, faute d'une rédaction satisfaisante des décrets d'application du point de vue de la traçabilité et de la sécurité. Voilà pourquoi nous l'avons supprimée en 2020.

Les médicaments biosimilaires sont très spécifiques : contrairement aux génériques, ils ne sont strictement identiques ni les uns aux autres ni au médicament de référence. En outre, le prescripteur doit demeurer au cœur du dispositif de substitution.

Néanmoins, je suis comme vous très favorable au développement des biosimilaires et je me réjouis des nombreuses actions en ce sens. Plusieurs expérimentations « article 51 » visent ainsi à en encourager la prescription à l'hôpital et en ville.

Pour l'heure, cependant, mon avis est défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Nous en avons déjà débattu l'année dernière et j'ai obtenu la même réponse. Il me semble d'ailleurs que vous étiez alors favorable à ma position, monsieur le rapporteur général !

Un exemple : il y a quatre mois, nous avons connu une rupture de stock d'une insuline, la lantus. Il se trouve qu'il existe un biosimilaire disponible. Qu'a-t-on fait, selon vous, monsieur Mesnier ? A-t-on refusé de le délivrer parce que l'on n'en avait pas le droit ? Je vous laisse trouver la réponse !

M. Philippe Vigier. J'allais citer le même médicament que ma collègue. La compagnie du bon sens pourrait-elle se réunir d'urgence ? L'exemple est clair, transpartisan. Ceux qui rédigent les textes devraient passer derrière le comptoir : ils comprendraient mieux. Le Parlement s'honorerait en les y incitant.

Mme Delphine Bagarry. En outre, les professionnels de santé doivent travailler en partenariat et la confiance doit régner entre le prescripteur et le délivreur.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS750 de M. Joël Aviragnet, AS170 de M. Pierre Dharréville, AS867 de M. Jean-Louis Touraine, AS752 de M. Joël Aviragnet, les amendements identiques AS410 de M. Pierre Dharréville, AS507 de Mme Annie Chapelier et AS590 de Mme Isabelle Valentin ainsi que l'amendement AS1036 de Mme Audrey Dufeu.

M. Boris Vallaud. L'amendement AS750 du groupe Socialistes et apparentés vise à ce qu'il soit tenu compte, dans la définition du prix d'un médicament, des investissements publics qui ont contribué à la R&D le concernant. Il s'agit d'une demande récurrente de diverses associations, dont AIDES, Médecins du monde et Sidaction.

Les investissements réalisés par les industries, notamment en R&D et en production, peuvent être pris en compte dans la définition du prix selon l'article 18 de l'accord-cadre du 31 décembre 2015 entre le comité économique des produits de santé (CEPS) et Les entreprises du médicament. Nous proposons que soient également considérés les investissements en R&D réalisés par l'État, afin de fixer le prix de manière plus juste.

Lors de l'examen en commission du PLFSS 2020, le rapporteur général de la commission des affaires sociales avait évoqué des risques concernant l'interprétation qui pouvait être donnée à l'expression « recherche et développement ». Nous proposons donc de renvoyer à un décret en Conseil d'État la méthode de définition du prix afin de sécuriser juridiquement le dispositif. Les conditions sont ainsi réunies pour adopter notre amendement en toute sécurité.

M. Pierre Dharréville. Afin d'éviter que le contribuable ne paye deux fois, la première à travers le financement public de la recherche et développement dans le domaine biomédical et la seconde du fait d'un prix final élevé du médicament, remboursé par l'assurance maladie, il convient de prendre en compte, dans la définition du prix, les financements publics qui ont contribué à mettre au point le médicament.

En effet, l'État contribue grandement, directement ou indirectement, au développement des médicaments arrivant sur le marché : par le financement d'un système d'enseignement supérieur d'excellence formant les scientifiques et chercheurs, par l'octroi de subventions aux entreprises telles que le crédit d'impôt recherche (CIR), le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi et le crédit d'impôt de taxe sur les salaires, par l'investissement dans la recherche publique – surtout dans ses aspects les plus risqués, dont la recherche fondamentale appliquée dans sa phase initiale –, par le partage des découvertes scientifiques.

M. Jean-Louis Touraine. L'amendement AS867 s'inspire directement d'une disposition que nous avons adoptée l'an dernier par voie d'amendement au pour 2020, mais qui a été censurée par le Conseil constitutionnel au motif qu'elle avait été introduite en deuxième lecture.

Il vise à garantir la transparence indispensable permettant à la puissance publique comme à nos concitoyens de disposer d'informations claires sur les investissements publics réalisés pour aider au développement d'un médicament. L'assurance maladie prenant en charge le coût de ces médicaments, il est normal qu'elle sache ce qu'elle finance.

L'amendement tend donc à obliger les laboratoires pharmaceutiques à publier les investissements publics de recherche et développement dans un médicament. Le CEPS connaîtra ces informations lors de ses négociations avec les industriels pour fixer le prix du médicament et pourra modérer celui-ci en fonction de l'aide publique apportée aux laboratoires.

M. Boris Vallaud. Notre amendement AS752 reprend celui adopté par notre assemblée l'année dernière à l'initiative de Mme Fiat, de M. Véran et de nombreuses associations, mais censuré par le Conseil constitutionnel au nom de la « règle de l'entonnoir », et qu'il convient d'adopter cette fois dans le respect des formes.

Il vise à répondre aux interrogations sur la transparence du prix des médicaments soulevées au nom de la démocratie sanitaire et régulièrement relayées par nos concitoyens.

Il est souhaitable que la puissance publique et les citoyens disposent de toutes les informations nécessaires sur les investissements publics réalisés pour aider au développement d'un médicament. Puisque c'est l'assurance maladie qui prend en charge le coût de ces médicaments, il apparaît normal qu'elle sache ce qu'elle paie.

Aussi notre amendement tend-il à obliger les laboratoires pharmaceutiques à publier les investissements publics de recherche et développement dont ils ont bénéficié lors du développement d'un médicament. Le CEPS, qui sera destinataire de ces informations, pourra en tenir compte lors de ses négociations avec les industriels sur la fixation du prix des médicaments.

M. Pierre Dharréville. L'amendement AS410, qui nous a été proposé par l'ONG Action Santé Mondiale, vise à ce que les investissements en R&D réalisés par l'État soient rendus publics et pris en compte dans la définition du prix des médicaments.

La course aux vaccins contre le covid-19 a révélé avec une ampleur sans précédent le rôle joué depuis toujours par la puissance publique dans le financement de la R&D en santé. L'État contribue grandement, directement ou indirectement, au développement des médicaments arrivant sur le marché : je l'ai dit et j'ai expliqué en quoi il y a un instant. Il s'agit d'assurer un contrôle démocratique de l'utilisation des impôts des citoyens et une bonne gestion des finances publiques.

On a vu à la faveur des échanges sur les priorités en matière de production de vaccins, notamment, que les choses n'étaient pas toujours aussi claires que cela pour les industriels, et nous avons été témoins de choix discutables s'agissant non seulement de la production, mais aussi de la recherche, de la part de grands groupes. Il faut pourtant une transparence totale pour que chacun puisse se faire son idée et que nous-mêmes, avec les citoyennes et citoyens, procédions aux bons choix politiques.

Mme Delphine Bagarry. Si l'amendement est redéposé, c'est sans doute qu'il doit être voté. La transparence est une nécessité : elle limite la méfiance, les fausses informations, les fantasmes. Les citoyens ont le droit, mais aussi le devoir, de savoir comment l'argent public est utilisé. Tel est le sens de l'amendement AS507.

Mme Isabelle Valentin. Mon amendement vise également la transparence dans l'utilisation des impôts en vue de la bonne gestion des finances publiques.

Mme Caroline Janvier. L'amendement AS1036 reprend lui aussi la disposition votée l'année dernière mais censurée par le Conseil constitutionnel au nom du principe de l'entonnoir.

Il est souhaitable que la puissance publique et les citoyens disposent de toutes les informations nécessaires sur les investissements publics qui ont été réalisés pour aider au développement d'un médicament. Cela a été dit, l'assurance maladie prenant en charge ces médicaments, il est normal qu'elle sache ce qu'elle finance.

C'est dans cet esprit de transparence que l'amendement tend à obliger les laboratoires pharmaceutiques à rendre publics les investissements publics de recherche et développement dont ils ont bénéficié lors du développement d'un médicament.

M. le rapporteur général. Je vous propose que nous adoptions à l'identique la disposition votée puis censurée l'an dernier. Je suis donc favorable à l'amendement AS1036 et je demande le retrait des autres amendements en discussion commune.

Mme Caroline Fiat. J'avais moi aussi déposé un amendement, je ne sais pas où il est passé... Il reprenait celui auquel j'avais travaillé non sans mal avec M. Véran, comme l'a dit M. Vallaud. Pour une fois que je fais adopter un amendement ! Je le redéposerai en vue de la séance publique.

La commission rejette successivement les amendements AS750, AS170, AS867, AS752 et les amendements identiques AS410, AS507 et AS590.

Puis elle adopte l'amendement AS1036.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette ensuite l'amendement AS1133 de Mme Caroline Fiat.

Puis elle aborde l'amendement AS1172 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Je remercie M. Luca Di Bassi, ancien directeur général de l'agence italienne du médicament et président du groupe de négociation de la résolution sur la transparence adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en mai 2019, qui m'a aidée à transformer en amendement un décret qu'il a rédigé pour l'Italie – pourquoi la France ne ferait-elle pas au moins aussi bien que sa voisine en la matière ?

En tant que signataire de la résolution, la France doit en effet suivre le modèle italien en exigeant la transparence sur les dépenses consacrées à la recherche et au développement par les industriels, mais aussi sur les contributions publiques et caritatives reçues, ainsi que sur les coûts de production.

Notre amendement, qui s'appuie sur les travaux de l'observatoire de la transparence dans les politiques du médicament, fait partie d'une série qui tend à aller au-delà de l'amendement adopté en décembre 2019 dans le cadre du PLFSS 2020. Nous demandons que les firmes détaillent au moment de la fixation du prix les informations sur le financement et toutes les informations sur les contributions publiques à la recherche et au développement concernant le médicament ou le produit de santé.

M. le rapporteur général. L'amendement aboutirait à ce qu'un médicament qui a reçu un soutien public important en R&D soit moins bien remboursé que les autres : cela pénaliserait injustement les patients. Je doute que ce soit votre objectif.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS1174 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. En 2014, de nouveaux médicaments utilisés contre l'hépatite C arrivaient sur le marché français à un niveau de prix inédit. Plus récemment, un médicament utilisé contre l'atrophie musculaire spinale était délivré dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation pour 2 millions d'euros le traitement. La dynamique d'explosion du prix des innovations thérapeutiques n'est pas tenable pour notre système de santé. La transparence représente donc une urgence absolue.

Pour ces raisons, nous proposons d'améliorer la transparence en matière de prix du médicament en clarifiant certains termes de la loi. Le CEPS est chargé de lutter contre le « surcoût non justifié pour l'assurance maladie » d'un médicament, mais comment estimer ce surcoût sans disposer d'informations telles que la provenance des principes actifs ou leur prix d'achat ? Ces informations, que demande notre amendement en s'appuyant sur les travaux de l'observatoire de la transparence dans les politiques du médicament, devront être analysées au regard d'autres estimations de chercheurs indépendants sur les coûts réels de production de certains produits de santé.

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

Elle examine ensuite l'amendement AS1207 de M. Michel Larive.

Mme Caroline Fiat. Malgré le manque de transparence qui entoure le versement d'aides massives aux entreprises telles que le CIR, nous savons désormais que l'industrie

pharmaceutique, en raison de ses activités de recherche et développement, est l'un des principaux secteurs à en bénéficier. Ce qui ne l'empêche pas de détruire des emplois en France, comme le fait allègrement Sanofi, pourtant grand bénéficiaire du CIR.

Non seulement le CIR n'a pour l'instant aucun effet significatif sur l'emploi mais, pour ce qui nous occupe ici, il ne semble pas non plus infléchir de quelque manière que ce soit la politique tarifaire pour le moins agressive des industriels vis-à-vis de l'assurance maladie. Il serait pourtant tout à fait cohérent que soit intégré dans le calcul du chiffre d'affaires l'ensemble des ressources perçues par l'entreprise.

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

Elle en vient à l'amendement AS140 de M. Bernard Perrut.

M. Bernard Perrut. Il s'agit d'aller vers un nouveau mode d'évaluation en substituant à la politique traditionnelle de fixation d'un prix de référence par le CEPS la détermination d'un prix différencié sur le fondement de l'efficacité constatée en vie réelle, grâce au Health Data Hub – celui-ci peut être contesté ou critiqué, mais le but de notre amendement est de susciter la réflexion et de connaître votre avis sur le sujet, monsieur le rapporteur général.

M. le rapporteur général. Il me semble très prématuré de refonder entièrement notre politique de fixation du prix du médicament sur la seule notion de données de santé en vie réelle. La fixation du prix doit rester liée avant tout au service médical rendu tel qu'apprécié par la HAS. Commençons par utiliser systématiquement ces données en vie réelle pour les médicaments en accès précoce, ainsi que le prévoit le texte.

Demande de retrait ou avis défavorable.

*L'amendement est **retiré**.*

La commission examine, en discussion commune, l'amendement AS171 de M. Pierre Dharréville, les amendements identiques AS316 de M. Stéphane Viry, AS592 de Mme Isabelle Valentin, AS613 de Mme Annie Chapelier et AS749 de M. Joël Aviragnet, les amendements identiques AS317 de M. Stéphane Viry et AS593 de Mme Isabelle Valentin ainsi que l'amendement AS380 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Pierre Dharréville. M. Perrut a soulevé à l'instant une question importante en abordant le mode de fixation des prix, même si je ne suis pas nécessairement d'accord avec sa proposition. La décorrélation totale entre les prix et les coûts de production et de recherche n'est pas le moindre des problèmes en la matière ; ce point mériterait une discussion plus approfondie.

Reprenant une recommandation de la Cour des comptes, notre amendement vise à instaurer une obligation de révision périodique des prix des médicaments par le CEPS afin de diminuer les rentes de l'industrie pharmaceutique. J'appelle d'ailleurs votre attention sur la faiblesse des moyens dont le CEPS dispose pour assurer ses missions. Quoi qu'il en soit, il est absolument nécessaire que les prix soient régulièrement révisés ; nous l'avons constaté au sujet des dispositifs médicaux dans le cadre d'une récente mission d'information.

Mme Isabelle Valentin. Reprenant une recommandation de la Cour des comptes, les amendements AS316 et AS592 visent à déterminer légalement les conditions de déclenchement de la révision des prix dans trois cas : au bout de cinq ans pour les

médicaments les plus innovants soumis à la garantie de prix européen, au bout de trois ans pour les autres, et en cas d'extension de l'indication thérapeutique.

Mme Delphine Bagarry. Je défends l'amendement AS613. Nous nous félicitons la semaine dernière des travaux de la Cour des comptes ; quand celle-ci nous adresse des recommandations, il serait bon que nous les suivions.

Mme Isabelle Valentin. Les amendements AS317 et AS593 sont des amendements de repli qui visent à déterminer légalement les conditions de déclenchement de la révision des prix au bout de cinq ans au plus tard.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Aux termes de mon amendement, la fixation des prix doit être repensée et tenir compte de certains paramètres. Il y a urgence : la France est passée en dix ans du premier au quatrième rang des producteurs européens de médicaments et, sur les 315 nouveaux médicaments autorisés en Europe entre 2016 et 2019, 25 seulement étaient produits sur le territoire français.

M. le rapporteur général. Bien qu'ils s'inspirent d'une recommandation de la Cour des comptes, les amendements ne me convainquent pas. D'abord, la loi prévoit déjà la possibilité de réviser le prix des médicaments et, en pratique, le CEPS le renégocie très fréquemment, notamment, bien sûr, en cas d'extension de l'indication thérapeutique : si la population visée s'étend, le prix doit évidemment baisser.

Dans le tableau d'économies annexé au PLFSS, sur les 3,9 milliards d'euros d'économies prévus, 640 millions portent sur le prix du médicament. Pour atteindre cet objectif, le CEPS sera obligé de renégocier une partie des prix, surtout ceux des médicaments les moins innovants et les plus anciens. En introduisant des délais dans la loi, on pourrait, de manière contre-productive, donner des arguments juridiques aux entreprises qui ne souhaitent pas voir le prix révisé avant l'échéance : elles risquent de demander que le délai de cinq ans soit inscrit dans l'accord-cadre avec le CEPS, qui perdrait alors des marges de négociation.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Dans mon amendement, par exemple, il s'agit d'un délai de trois ans « au plus tard ». Cela devrait suffire à répondre à votre objection, monsieur le rapporteur général.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Et le mien ne parle pas du tout de cela !

M. le rapporteur général. Pardonnez-moi, madame Firmin Le Bodo. Mon avis sur votre amendement est également défavorable, car le CEPS doit se concentrer sur l'évaluation du service médical rendu lorsqu'il fixe le prix.

La commission rejette successivement les amendements.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette ensuite l'amendement AS318 de M. Stéphane Viry.

Puis elle est saisie de l'amendement AS172 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Cet amendement reprend une proposition d'un rapport d'information de Julien Borowczyk et de moi-même, datant de mars 2019 et relatif aux

dispositifs médicaux. Nous avons en évidence des défaillances dans le fonctionnement de la liste « en sus », qui concerne les dispositifs médicaux innovants. Faute d'une actualisation régulière de la liste, certains dispositifs médicaux devenus d'utilisation commune continuent d'être pris en charge à des tarifs d'exception. Nous demandons que la liste soit actualisée chaque année.

M. le rapporteur général. Nous avons déjà examiné cet amendement l'année dernière. Même si je partage, en partie, votre raisonnement, l'actualisation de la liste en sus, pour radier les produits anciens et peu innovants, doit aussi se faire à la lumière de la capacité des établissements à absorber le coût de ces dispositifs médicaux. Votre amendement conduirait à la situation suivante si de tels produits sont rayés de la liste en sus : soit l'établissement a assez de marge de manœuvre pour les prendre en charge dans le cadre des tarifs groupes homogènes de séjours, soit il risque de ne plus les fournir, et c'est alors le patient qui pourrait y perdre. Une question de continuité des soins se pose donc.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Une actualisation annuelle ne conduirait pas automatiquement à la disparition des dispositifs médicaux de la liste. Par ailleurs, si les budgets des hôpitaux ne sont pas suffisants pour assurer une bonne prise en charge, c'est un autre problème que nous avons déjà abordé : celui des moyens de l'hôpital public, qui doivent permettre de prendre en charge les soins dans leur globalité, y compris les dispositifs médicaux. On ne peut pas utiliser votre argument pour renoncer à mettre à jour la liste – s'il y a un dysfonctionnement, ce n'est pas la bonne manière de le traiter.

La commission rejette l'amendement.

Mme Audrey Dufeu, présidente. Chers collègues, nous avons examiné 73 amendements en deux heures. Il nous en reste donc 97. Si nous continuons au rythme actuel, nous pouvons espérer finir nos travaux sur ce texte vers 2 heures du matin. Nous pourrions accélérer un peu sur certains amendements. Je vous propose de refaire un point dans une demi-heure.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement AS931 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Elle examine ensuite les amendements AS1173 de Mme Caroline Fiat et AS1175 de M. Michel Larive.

Mme Caroline Fiat. Par l'amendement AS1173, inspiré des travaux de l'observatoire de la transparence dans les politiques du médicament, nous demandons que le mécanisme de la licence d'office soit automatiquement enclenché en cas d'informations insuffisantes. Il ne s'agit pas, comme le rapporteur général l'avait mal compris l'année dernière, d'inscrire dans la loi ce dispositif puisqu'il existe déjà dans notre droit, mais de l'utiliser automatiquement en cas de manque de transparence de la part des industriels.

Je présente également l'amendement AS1175. Les États membres de l'OMS, dont la France, se sont engagés en mai 2019 à assurer de la transparence sur les différents aspects des politiques du médicament. L'absence de transparence a, en effet, des conséquences néfastes sur la recherche et le développement : soumis à des logiques de marché, d'offre et de demande, les médicaments et les produits de santé dont nous avons besoin peinent à arriver. L'opacité a également des conséquences sur notre système de santé : l'explosion des prix des

médicaments et des produits de santé met en danger l'assurance maladie, fondée sur la solidarité et l'accès universel aux soins.

M. le rapporteur général. Comme vous l'avez souligné, le mécanisme auquel fait référence l'amendement AS1173 est déjà prévu par la loi. Il n'est pas nécessaire de l'inscrire dans le code de la sécurité sociale.

L'amendement AS1175 est satisfait. Le droit en vigueur va même plus loin que ce que vous demandez : le CEPS – et donc la puissance publique – a la main sur la fixation des prix.

J'émetts donc un avis défavorable à ces deux amendements.

Mme Caroline Fiat. Afin de ne pas retarder nos travaux, je rappelle seulement, en vue de la séance, que je vous avais demandé de ne pas faire la même erreur que celle commise l'année dernière en me répondant que cela figure déjà dans la loi.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle examine en discussion commune les amendements identiques AS113 de M. Vincent Descoeur, AS669 de Mme Josiane Corneloup et AS840 de M. Bernard Perrut ainsi que les amendements AS96 de M. Yves Daniel et AS934 de M. Pierre Dharréville.

Mme Isabelle Valentin. Le parcours de soins des Français change et se diversifie. D'une médecine excessivement curative, hospitalo-centrée et fondée principalement sur les traitements médicamenteux, la société française voit poindre une nouvelle vision de la santé, bien plus préventive, qui englobe des activités paramédicales et complémentaires aux traitements – sport-santé, comportements alimentaires vertueux mais aussi méditation et thérapies de gestion du stress et des troubles de l'anxiété – et qui donne pleinement sa place au patient, dans le cadre d'une automédication responsable ou encore de la pharmacovigilance. Le patient verra son rôle s'accroître dans les années à venir dans la mesure où la digitalisation du suivi médical renforcera la place de ses « retours » dans le dialogue entre professionnels de santé.

Qu'il s'agisse d'anticiper des maladies chroniques ou de compléter leur traitement, de mieux préparer certains dépistages, comme celui du cancer du sein, d'améliorer les soins de suite, d'accompagner le grand âge ou d'atténuer des souffrances certes non invalidantes mais pénalisantes pour la vie sociale qui sont de plus en plus fréquentes chez les actifs, des traitements plus ou moins récents occupent une place qui doit être reconnue par l'assurance maladie.

C'est d'autant plus nécessaire que des flux d'informations de plus en plus nombreux et souvent contradictoires instillent une confusion certaine chez nos concitoyens, conduisant au rejet des expertises scientifiques, à la contestation de soins tels que la vaccination ou les traitements anticancéreux, à l'émergence de thérapies paramédicales peu voire pas contrôlées ou encore, dernièrement, au refus du port du masque au motif qu'il serait contre-productif. L'insertion des médecines complémentaires, et plus spécifiquement des médicaments non conventionnels, dans les nomenclatures de l'assurance maladie permettrait de mieux orienter les patients. C'est pourquoi nous avons déposé les amendements AS113 et AS669.

M. Bernard Perrut. L'amendement AS840 n'est pas anodin : il tend à créer un organisme chargé d'évaluer les médecines complémentaires et alternatives, dont l'homéopathie, et de se prononcer sur un taux de remboursement afin de tenir compte des traitements adoptés par un nombre croissant de patients, dès lors qu'il existe un bénéfice

médico-social reconnu. Le parcours de santé des Français évolue – cela vient d’être dit : d’une médecine exclusivement curative, on passe de plus en plus à une nouvelle vision de la santé, bien plus préventive. Nous attendons des réponses, en particulier sur la prise en compte de certains médicaments qui ne sont plus remboursés.

M. Yves Daniel. Mon amendement demande au Gouvernement de remettre un rapport sur l’usage de l’homéopathie, la pertinence de son remboursement au regard de son efficacité thérapeutique et préventive réelle et des coûts pour la sécurité sociale.

Le Gouvernement a décidé, en juillet 2019, de procéder à un déremboursement intégral des traitements homéopathiques à compter du 1^{er} janvier 2021. Pourtant, l’homéopathie contribue à diminuer la consommation de médicaments et donc à combattre l’antibiorésistance, qui est reconnue au niveau national comme un problème majeur en matière de santé humaine et animale. Par ailleurs, l’homéopathie participe pleinement à la lutte contre la polymédication.

Chaque jour, environ 4 000 médecins prescrivent en première intention des traitements homéopathiques, d’une façon experte. Un médecin généraliste sur trois affirme prescrire quotidiennement des médicaments homéopathiques et 74 % de leurs utilisateurs les jugent efficaces.

Le déremboursement intégral de l’homéopathie entraînera, de fait, un fort pourcentage de report vers la médecine traditionnelle, qui est plus coûteuse et présente davantage de risques d’effets secondaires indésirables, et cela pénalisera l’équilibre des comptes de la sécurité sociale.

Enfin, il est intéressant de noter qu’un de nos proches voisins européens, reconnu entre autres pour la rigueur de la gestion de ses finances et pour le sérieux de son système de santé et de soins, l’Allemagne, a décidé après avoir eu des débats similaires au nôtre de maintenir le remboursement de l’homéopathie. Il en est de même en Suisse, où a été réalisée une étude qui apporte des éléments intéressants quant à l’intérêt de l’homéopathie.

Ne me parlez pas, s’il vous plaît, de placebo. Je soigne moi-même des animaux d’élevage grâce à l’homéopathie depuis vingt-cinq ans. Si ce n’était pas efficace, il y a longtemps que j’aurais arrêté.

M. Pierre Dharréville. Mon amendement demande la remise d’un rapport sur la pertinence du déremboursement des médicaments homéopathiques.

M. le rapporteur général. J’aimerais pouvoir m’exprimer longuement sur ce sujet, car il y aurait beaucoup à dire, mais je vais tâcher d’être concis.

Vous souhaitez qu’un organe indépendant, dont les membres seraient notamment choisis en raison de leurs compétences scientifiques, évalue les bienfaits des thérapeutiques alternatives, notamment l’homéopathie. C’est précisément le rôle de la HAS, en qui j’ai pleine confiance et dont le modèle est envié par d’autres pays.

Par ailleurs, le Gouvernement a proposé le déremboursement de l’homéopathie pour des raisons extrêmement claires et très étayées scientifiquement, par des centaines d’études. Dérembourser les médicaments qui n’ont aucune efficacité prouvée permet de donner à l’assurance maladie davantage de marges de manœuvre pour rembourser des médicaments innovants.

Par conséquent, avis défavorable.

M. Yves Daniel. Nous aurions aussi beaucoup de choses à dire, monsieur le rapporteur général. S'il n'y a pas de preuve scientifique de l'efficacité de l'homéopathie, il n'en existe pas du contraire non plus. C'est pourquoi nous proposons de poursuivre les recherches et d'évaluer l'intérêt général de cette médecine complémentaire.

La commission rejette successivement les amendements.

Article 39 : Renforcer la qualité des prestations de soins à domicile

La commission examine en discussion commune les amendements identiques AS788 de M. Bernard Perrut et AS930 de Mme Agnès Firmin Le Bodo ainsi que l'amendement AS865 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Bernard Perrut. L'article 39 mettra en place une certification obligatoire des prestataires de santé à domicile sur la base d'un référentiel des bonnes pratiques professionnelles de ces acteurs et des distributeurs de matériels, qui sera rendu public par la HAS au plus tard le 31 décembre 2021. Une telle certification est utile car elle renforcera la qualité de la prestation de distribution de matériel et conditionnera la prise en charge par l'assurance maladie des prestations et des produits concernés. Cela correspond à une des recommandations formulées par l'IGAS dans un rapport sur ce secteur. Celui-ci, composé d'environ 2 500 entreprises, est indispensable pour les patients.

Un délai d'un an n'est pas suffisant pour permettre la mise en œuvre de la certification de l'ensemble des entreprises de prestation de service et de distribution de matériel d'une manière satisfaisante. Elles ne sont pas opposées à l'évolution qui est prévue, bien évidemment, mais il faut leur donner un peu plus de temps. C'est pourquoi je propose, par l'amendement AS788, que le dispositif entre en vigueur le 31 janvier 2024. Nous pourrions peut-être adopter une date intermédiaire, mais il faut faire en sorte que la certification soit bien mise en œuvre, pour rassurer l'ensemble de nos concitoyens qui font appel à ces entreprises.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. La certification est un gage de qualité. Les acteurs concernés ne sont absolument pas opposés à cette démarche, mais un délai d'un an paraît trop court sachant qu'il y a 2 500 entreprises dans ce secteur et dix entreprises de certification. L'amendement AS930, identique au précédent, tend donc à décaler l'entrée en vigueur du dispositif au 31 décembre 2024 – et non au 31 janvier comme l'a dit M. Perrut.

Nous avons déposé l'amendement AS865 en guise de repli. L'entrée en vigueur aurait lieu dix-huit mois après la publication du référentiel des bonnes pratiques professionnelles.

M. le rapporteur général. Je comprends vos préoccupations. Je pense néanmoins que l'amélioration de la qualité des prestations de soins à domicile doit constituer une priorité et qu'il faut responsabiliser dès maintenant l'ensemble des acteurs. Je précise que l'IGAS n'a pas préconisé une entrée en vigueur en 2024 mais au plus tard à cette date – et en 2023 pour certaines prestations.

Avis défavorable à l'ensemble de ces amendements.

M. Philippe Vigier. Personne ici ne peut être opposé à l'idée d'exiger des prestataires de services qu'ils respectent des bonnes pratiques professionnelles. Je voudrais simplement

rappeler les difficultés que nous avons connues il y a quelques années lorsque nous avons lancé l'accréditation des laboratoires de biologie médicale, et poser au rapporteur général les questions suivantes. Quel sera l'organisme habilité à contrôler le processus et quels seront ses moyens ? Si l'on impose la certification des prestataires, il y aura des audits : dans quelles conditions auront-ils lieu, et a-t-on une idée du coût que cela représentera ? Par ailleurs, les référentiels seront-ils les mêmes pour toutes les entreprises ? Ils sont différents en ce qui concerne la biologie médicale.

La précaution que M. Perrut et Mme Firmin Le Bodo proposent de prendre, en fixant un délai plus long, permettrait de répondre à ces questions en amont et non comme nous l'avons fait précédemment : nous avons dit qu'il fallait accréditer, mais nous avons laissé ouverte la question de l'organisme compétent. Celui-ci est complètement débordé, incapable de travailler de bonnes conditions. Il a demandé des moyens complémentaires, qui n'ont pas toujours été accordés, et les réponses sont disparates selon les territoires. Si nous voulons de la qualité, cela doit être pour tout le monde, et il faut se donner du temps. C'est une question extraordinairement importante. Le projet de loi va dans le bon sens, mais nous devons prendre quelques précautions.

M. le rapporteur général. Vos questions sont bonnes : je les ai moi-même posées au Gouvernement, mais je n'ai pas encore eu l'ensemble des réponses. Je vous propose de revenir sur ce sujet en séance publique, avec le ministre.

La commission rejette successivement les amendements.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS64 de Mme Marine Brenier.

Mme Isabelle Valentin. Les prestataires de services à domicile assurent aux patients en situation de dépendance, de handicap ou de maladie la mise à disposition de dispositifs médicaux et de services nécessaires à leur prise en charge médicale ou paramédicale. Des prestations variées, allant d'une simple livraison au suivi d'un traitement, peuvent être assurées.

Le travail de ces acteurs a permis de libérer des lits, en particulier pendant la crise du covid-19, en assurant un retour à domicile anticipé de patients hospitalisés. La continuité des soins à domicile a également été maintenue. Ces prestataires joueront un rôle encore plus vital dans l'avenir, compte tenu de l'augmentation du nombre des affections de longue durée et de l'espérance de vie.

L'absence de reconnaissance claire du statut de ces acteurs conduit à oublier leur rôle-clé dans l'organisation du système de soins. Nous devons clarifier leur positionnement et leur statut dans le paysage de la santé. Tel est l'objet de notre amendement, qui vise à intégrer les prestataires de santé à domicile dans le code de la santé publique.

M. le rapporteur général. Votre amendement n'a pas de réelle portée législative. Nous débattons du périmètre des missions des prestataires de soins à domicile lorsque nous examinerons – dans quelques mois – le projet de loi relatif à l'autonomie. Je vous suggère de retirer l'amendement, sans quoi j'émettrai un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 39 sans modification.

Après l'article 39

La commission examine l'amendement AS484 de Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. Nous proposons une expérimentation relative aux dialyses à domicile pour le traitement des maladies rénales chroniques et de l'insuffisance rénale chronique terminale. Un nombre croissant de patients sont concernés, notamment du fait du vieillissement de la population. L'insuffisance rénale est principalement causée par l'hypertension et le diabète.

Les modes de dialyse dans les centres et les unités de dialyse médicalisés sont les plus lourds et les plus contraignants pour les patients, ainsi que les plus coûteux selon un rapport de la Cour des comptes publié en février dernier – les patients bénéficient d'une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie des dépenses se rapportant à cette pathologie, classée parmi les affections de longue durée.

Dans son rapport de 2015 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour a recommandé le développement de la dialyse à domicile, mais moins de 8 % des patients en bénéficient. Par cet amendement, mon groupe demande une expérimentation d'une durée de cinq ans dans des territoires volontaires, afin d'inciter à la réalisation de dialyses à domicile. C'est d'autant plus utile que cela permet de préserver une meilleure qualité de vie – on peut ainsi mieux concilier le traitement avec sa vie familiale et professionnelle.

M. le rapporteur général. Je ne comprends pas bien l'objectif de l'expérimentation que vous proposez. La dialyse à domicile est déjà un mode de prise en charge autorisé. Je vous propose donc de retirer l'amendement.

Mme Valérie Six. Je le représenterai autrement en séance.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie de l'amendement AS415 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Je propose, en m'inspirant des recommandations de la Cour des comptes et pour faire plaisir au rapporteur général, qu'un rapport sur l'évolution des dépenses et des prescriptions de dispositifs médicaux nous soit remis. La Cour a demandé qu'on envisage une réforme de la régulation dans ce domaine, notamment par l'élaboration d'une trajectoire pluriannuelle.

Un rapport permettrait d'avoir un diagnostic plus précis. Je rappelle que l'assurance maladie finance tout un ensemble de dispositifs médicaux, à hauteur de 15 milliards d'euros. Ce montant connaît une augmentation rapide, ce qui ne va pas sans susciter des inquiétudes, d'autant que les modes de régulation ne sont pas toujours complets.

M. le rapporteur général. Je partage le souhait de mieux réguler les dépenses et les prescriptions en la matière, mais je pense que tout dépend du contexte, en particulier l'évolution des volumes, la régulation antérieure et les innovations. J'ajoute que des collègues se sont intéressés aux dispositifs médicaux ces derniers mois. Je vous suggère de retirer cet amendement d'appel et de le redéposer en séance pour interroger le ministre.

L'amendement est retiré.

Mme Audrey Dufeu, présidente. Chers collègues, il nous reste 82 amendements à examiner. J'appelle les chefs de file des différents groupes politiques à me rejoindre pour faire le point sur la suite de nos travaux.

La réunion, suspendue à minuit, est reprise à minuit cinq.

Mme Audrey Dufeu, présidente. Nous avons convenu de terminer l'examen du texte ce soir.

Article 40 : *Simplification du pilotage de la complémentaire santé solidaire*

La commission examine en discussion commune l'amendement AS608 de Mme Michèle de Vaucouleurs ainsi que les amendements identiques AS90 de M. Bernard Perrut, AS224 de M. Thibault Bazin, AS860 de Mme Gisèle Biémouret et AS924 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Cet amendement vise à créer un comité consultatif sur la complémentaire santé solidaire afin d'associer des personnes intéressées à la prise en charge des publics.

La gouvernance actuelle du fonds, géré par un établissement public administratif, permet d'associer différents acteurs dans le cadre du conseil de surveillance – notamment des membres du Parlement et des représentants d'associations œuvrant dans le domaine de la lutte contre l'exclusion, des régimes obligatoires d'assurance maladie et de fédérations d'organismes complémentaires. Les partenaires ainsi associés à la gouvernance peuvent faire les propositions qui leur paraissent pertinentes quant aux orientations à prendre afin d'améliorer l'accès à la santé des bénéficiaires.

Il est important que l'assurance maladie et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui géreront désormais le dispositif, préservent cette richesse de vues grâce à un comité consultatif intégrant notamment des représentants des usagers, des associations de lutte contre l'exclusion et des fédérations de complémentaire santé qui sont parties prenantes sur le plan budgétaire.

M. Bernard Perrut. Mon amendement vise à réintégrer dans la loi un espace de communication et de concertation, tout en restant prudent : le but est de simplifier le fonctionnement.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

M. Philippe Vigier. Le rapporteur général peut-il nous donner une explication ?

M. le rapporteur général. Oui, en restant concis : il n'est pas nécessaire de passer par la loi pour créer un comité de suivi et prévoir sa composition.

La commission rejette successivement les amendements.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS996 de Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Une des missions du fonds de la complémentaire santé solidaire, tel qu'il a été créé en 1999, était de suivre et d'analyser le fonctionnement des dispositifs existants et de formuler des propositions d'amélioration.

Au-delà des évaluations périodiques sur l'activité du fonds, sur le prix et le contenu des contrats ainsi que sur les dépenses moyennes des bénéficiaires, de très nombreuses études ont été réalisées sur les bénéficiaires, le non-recours, les discriminations, la situation des étudiants, l'accès aux soins et à la santé, ou encore la fin de vie et la grande précarité. Ces travaux ont associé des acteurs aussi variés que le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie, l'IGAS, l'Union nationale des centres communaux d'action sociale, l'École nationale supérieure de sécurité sociale, les universités, l'Agence nationale de lutte contre l'illettrisme et la Croix-Rouge française.

Les travaux qui ont ainsi été publiés ont apporté une réelle plus-value. Nous proposons que le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur les bonnes pratiques du fonds en la matière, dans la perspective de poursuivre, éventuellement, la même dynamique dans le cadre de la nouvelle entité gestionnaire.

M. le rapporteur général. Il est utile de s'inspirer des bonnes pratiques pour la nouvelle gouvernance. Néanmoins, je ne pense pas qu'un rapport sur ce sujet soit utile : les échanges de bonnes pratiques peuvent se faire d'une manière informelle ; par ailleurs, les rapports d'activité du fonds, très détaillés, décrivent un certain nombre de bonnes pratiques. Je vous suggère de retirer votre amendement, sans quoi j'émettrai un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 40 sans modification.

Après l'article 40

La commission examine l'amendement AS610 de Mme Isabelle Valentin.

Mme Isabelle Valentin. Cet amendement a pour objectif de simplifier l'accès à la couverture complémentaire santé et son renouvellement en ce qui concerne les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), au moyen d'une étude automatique. Cette disposition s'inspire de ce qui est déjà prévu pour les bénéficiaires du RSA.

M. le rapporteur général. Je vous propose de retirer votre amendement ; sinon, j'émettrai un avis défavorable. Un renouvellement systématique poserait une difficulté sur le plan opérationnel. S'il est possible de présumer de l'éligibilité des bénéficiaires du RSA à la complémentaire santé solidaire, car les bases des ressources sont très proches, c'est moins évident pour les bénéficiaires de l'AAH : les bases des ressources présentent plus de différences. En outre, il est possible de cumuler l'AAH avec des revenus d'activité : le fait qu'une personne bénéficie de cette allocation ne garantit pas que le plafond de ressources applicable à la complémentaire santé solidaire n'est pas dépassé.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS597 de Mme Fiona Lazaar.

Mme Fiona Lazaar. La crise que traverse notre pays est particulièrement difficile pour les plus vulnérables. Cette situation exige, plus que jamais, que nos mécanismes de solidarité nationale soient effectifs et pleinement utilisés par les personnes qui ont le droit d'y recourir. La lutte contre le non-recours, qui fait partie de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté, doit être une priorité absolue de la relance. Il s'agit, pour reprendre les mots du Président de la République, de passer de « droits formels » à des « droits réels ».

La complémentaire santé solidaire, qui donne droit à une prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé, y compris à l'hôpital, est accessible sous conditions de ressources, et les bénéficiaires du RSA y sont éligibles. En pratique, toutefois, beaucoup de bénéficiaires du RSA et plus largement beaucoup de personnes en situation de précarité qui sont éligibles n'engagent pas les démarches nécessaires. Le non-recours est intrinsèquement lié au caractère « quérable » du dispositif, et peut s'expliquer par un manque de connaissance des dispositifs existants, par des difficultés à entreprendre les démarches ou même, parfois, par la honte que peuvent ressentir certaines personnes en situation de pauvreté à l'idée de demander à bénéficier de leurs droits.

Le présent amendement vise à créer des droits effectifs grâce à une automatisation de l'attribution de la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires du RSA, conformément aux recommandations du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

M. le rapporteur général. Les allocataires du RSA ont droit à bénéficier de la complémentaire santé solidaire sans être redevables d'une participation financière. Depuis le 1^{er} avril 2019, le renouvellement de la complémentaire santé solidaire a été automatisé pour ces personnes : elles sont dispensées d'effectuer une demande spécifique chaque année, mais doivent néanmoins faire une première demande. Il me semble compliqué de prévoir une attribution automatique car les assurés doivent choisir l'organisme gestionnaire. Je vous propose donc de retirer votre amendement.

L'amendement est retiré.

Article 41 : Modernisation du financement des syndicats des professionnels de santé libéraux

La commission examine les amendements identiques AS34 de Mme Valérie Six, AS405 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS671 de Mme Josiane Corneloup.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Une contribution versée à une union régionale des professionnels de santé doit rester entre ses mains et il n'y a pas lieu de syndiquer des personnes à leur insu.

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

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette ensuite les amendements identiques AS311 de M. Stéphane Viry et AS675 de Mme Josiane Corneloup.

Puis la commission adopte l'article 41 sans modification.

Article 42 : Isolement et contention

La commission examine l'amendement AS1242 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. L'article 42 précise que la durée initiale d'une mesure d'isolement ou de contention est de douze ou de six heures : il doit évidemment s'agir d'une durée maximale. Mon amendement est pratiquement rédactionnel.

La commission adopte l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS538 de Mme Delphine Bagarry.

Mme Fiona Lazaar. Par parallélisme des formes avec les mesures de contention, nous proposons de plafonner à vingt-quatre heures la durée des mesures d'isolement qui pourraient être prises sans saisine du juge des libertés et de la détention.

M. le rapporteur général. La rédaction du projet de loi me paraît atteindre un juste équilibre entre les droits fondamentaux des patients et la réalité du quotidien à l'hôpital psychiatrique. Il faut garantir les droits des patients sans empêcher les médecins psychiatres de faire leur travail et de prendre parfois de telles mesures, en dernier recours, quand elles sont nécessaires, étant entendu qu'elles concernent des patients en hospitalisation complète sans consentement. J'émet donc un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1243 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Le devoir de saisir le juge des libertés et de la détention, dévolu au médecin, devrait être transféré au directeur de l'établissement, préalablement informé par le médecin.

La commission adopte l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS115 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. La réécriture de cette disposition affaiblit le contrôle du juge des libertés et de la détention (JLD) sur les mesures d'isolement et de contention – par nature attentatoires aux libertés –, puisqu'il faudra désormais que le patient ou ses proches saisissent le juge pour contester le maintien en isolement, avec ou sans contention.

Seul un contrôle systématique du juge judiciaire peut permettre de garantir les droits de la défense et les libertés. Cet amendement prévoit donc de rendre automatique la saisine du JLD, dès lors qu'une mesure de renouvellement de la contention est décidée par le médecin.

M. le rapporteur général. Il est faux de dire que l'article affaiblit le contrôle sur les mesures d'isolement et de contention puisque, précisément, il crée ce contrôle.

Cette question a donné lieu à des jurisprudences divergentes, mais la Cour de cassation a fini par juger en 2019 que les mesures d'isolement et de contention constituaient des modalités de soins, et qu'elles ne relevaient pas de l'office du JLD. Le contrôle par le juge judiciaire des mesures de contention et d'isolement, prévu par l'article 42, vient combler une lacune.

M. Pierre Dharréville. J'ai été saisi par des avocats de cette question importante. La nouvelle faculté créée par l'article 42 ne règle en rien le problème : la saisine doit être automatique.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1244 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. L'article 42 prévoit que l'audition par des procédés audiovisuels du patient ou du demandeur – un proche ou le procureur de la République –, ne peut être réalisée que si un avis médical atteste que son état mental n'y fait pas obstacle. Je vous propose de corriger cette erreur et de préciser que l'avis médical ne concerne, évidemment, que le patient hospitalisé.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 42 modifié.

Avant l'article 43

La commission examine les amendements identiques AS465 de M. Pascal Brindeau et AS489 de M. Patrick Hetzel.

M. Thibault Bazin. Cet amendement, comme les suivants, est issu des recommandations du rapport de la commission d'enquête relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales. Il vise à conférer aux agents des organismes de protection sociale des prérogatives d'officiers de police judiciaire, afin de leur permettre de procéder à l'audition libre de suspects.

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

Puis elle est saisie des amendements identiques AS466 de M. Pascal Brindeau et AS490 de M. Patrick Hetzel.

Mme Valérie Six. Le répertoire national commun de la protection sociale devrait permettre de retracer, par le numéro d'inscription au répertoire (NIR), l'ensemble des prestations sociales perçues tout au long de la vie du bénéficiaire.

Cet amendement AS466, issu de la recommandation n° 28 du rapport de la commission d'enquête, propose de faire remonter à cinq ans l'historique des prestations. Cette disposition permettrait de renforcer efficacement la lutte contre la fraude.

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

Elle examine ensuite les amendements identiques AS1 de M. Pascal Brindeau et AS884 de M. Patrick Hetzel.

Mme Valérie Six. Les demandeurs de prestations se voient attribuer un numéro d'identification d'attente (NIA) ; une fois qu'ils ont présenté les pièces justifiant de leur identité, un NIR leur est attribué. Si la dématérialisation a permis d'alléger la procédure pour les assurés, elle facilite la fraude documentaire ; dans certaines situations, le NIA peut devenir NIR, même si l'assuré n'a pas produit tous les documents demandés. Ces situations sont à l'origine de fraudes aux prestations sociales sans que le contrôle *a posteriori*, insuffisant, permette de les éviter.

Par cet amendement AS1, inspiré de la recommandation n° 4 du rapport de la commission d'enquête, nous proposons que les prestations versées à un bénéficiaire qui ne détiendrait pas de NIR, faute d'avoir pu produire les pièces justificatives, soient considérées comme indues.

M. le rapporteur général. Les personnes qui bénéficient d'une prise en charge par la sécurité sociale doivent pouvoir être identifiées ; les travaux de la Cour des comptes vont en ce sens.

Avis favorable.

La commission adopte les amendements identiques.

Puis elle en vient à l'amendement AS13 de M. Pascal Brindeau.

Mme Valérie Six. Dans le cadre de leur mission parlementaire sur la fraude sociale, Nathalie Goulet et Carole Grandjean ont estimé à 2,6 millions le nombre de cartes vitale actives surnuméraires. Une carte active est une carte sur laquelle des droits à remboursement sont ouverts, mais qui n'a pas été désactivée ou mise en opposition.

La durée de validité de la carte Vitale n'est pas coordonnée avec la durée des droits du porteur, la durée de séjour ne figurant pas toujours dans les bases de données de l'assurance maladie.

Cet amendement, inspiré de la recommandation n° 4 du rapport de la commission d'enquête, vise à préciser que la carte Vitale est valable durant la durée des droits de son porteur.

M. le rapporteur général. Les cartes vitales n'ont pas de durée de validité car elles ne sont que le support de droits ouverts à l'assurance maladie. Toutefois, il est vrai que des cartes auxquelles sont associés des droits ouverts peuvent être usurpées. C'est pourquoi, en particulier depuis l'intégration du Régime social des indépendants au régime général, l'assurance maladie s'est engagée dans un processus de fiabilisation des cartes. Ce travail consistant à réduire le nombre de cartes surnuméraires en circulation porte ses fruits ; il convient de le poursuivre.

Avis favorable.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS885 de M. Patrick Hetzel.

M. Thibault Bazin. Nous proposons que les caisses nationales élaborent des évaluations triennales sur les prestations indûment versées.

M. le rapporteur général. Je suis plus réservé sur cet amendement. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'examen des amendements identiques AS469 de M. Pascal Brindeau et AS495 de M. Patrick Hetzel.

Mme Valérie Six. Il est surprenant de constater que certains professionnels de santé peuvent bénéficier de remboursements de l'assurance maladie sans être inscrits à l'ordre dont ils dépendent. Par cet amendement AS469, inspiré de la recommandation n° 39 du rapport de la commission d'enquête, nous proposons de conditionner les remboursements à une inscription à l'ordre.

M. le rapporteur général. À vrai dire, je pensais que c'était déjà le cas. On m'a dit, depuis, que le président de l'ordre des infirmiers avait affirmé le contraire lors de son audition.

Avis favorable.

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

Puis elle examine l'amendement AS603 de M. Frédéric Petit.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Les certificats d'existence permettent aux citoyens établis à l'étranger, percevant une retraite de source française, de toucher leur pension chaque mois. La transmission du certificat en dehors des délais fixés – jugés trop courts par les intéressés – entraîne l'interruption du versement de la retraite.

L'article 83 de la LFSS 2013 permet aux caisses de retraite de mutualiser la gestion des certificats d'existence. De son côté, le GIP Union Retraite a enclenché un processus de dématérialisation et de centralisation des envois et réceptions de certificats. Toutefois, la mutualisation demeure insuffisante et les difficultés administratives persistent.

Cet amendement propose de rendre obligatoire la mutualisation de la gestion des certificats d'existence.

M. le rapporteur général. Cette mutualisation est, depuis 2019, une réalité pour les caisses qui font partie du GIP Union Retraite. Prévoir une obligation dans la loi risquerait de créer des effets de bord pour les caisses qui n'ont pas encore rejoint le groupement. Je vous suggère de retirer cet amendement.

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

Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS474 de M. Pascal Brindeau et AS500 de M. Patrick Hetzel.

M. Thibault Bazin. Il convient de vérifier l'identité et l'existence des bénéficiaires de prestations sociales résidant à l'étranger.

Cet amendement AS500, inspiré de la recommandation n° 55 du rapport de la commission d'enquête, vise à préciser que les prestations délivrées par les organismes de sécurité sociale sont versées sur des comptes bancaires domiciliés en France ou, à défaut, dans un État membre de l'Union européenne.

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

Puis elle examine les amendements identiques AS468 de M. Pascal Brindeau et AS493 de M. Patrick Hetzel.

Mme Valérie Six. Alors que la dématérialisation permettrait de bloquer de nombreux mécanismes de fraude, notamment le trafic d'ordonnances et de médicaments, ce chantier, engagé il y a une dizaine d'années, n'a pas encore abouti. Il convient de veiller à la bonne application des dispositions de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Cet amendement AS468, inspiré de la recommandation n° 38 du rapport de la commission d'enquête, prévoit que la dématérialisation sera effective au 31 décembre 2021.

M. le rapporteur général. La loi de 2019 prévoit en effet que cette dématérialisation sera réalisée à l'horizon 2022. Ces amendements étant satisfaits, je vous propose de les retirer.

Les amendements identiques sont retirés.

La commission en vient à l'amendement AS464 de M. Pascal Brindeau.

Mme Valérie Six. Les travaux de la CNAF pour lutter contre la fraude devraient être accessibles aux citoyens, en toute transparence.

Cet amendement, inspiré des recommandations n° 14 et n° 15 du rapport de la commission d'enquête, prévoit que les organismes nationaux des différents régimes de sécurité sociale publient un rapport annuel sur la fraude aux prestations sociales.

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

Elle examine ensuite l'amendement AS473 M. Pascal Brindeau.

Mme Valérie Six. Le versement des prestations sur un compte étranger peut soulever plusieurs difficultés, car il n'est pas toujours possible de vérifier que le compte appartient bien au bénéficiaire. Cela rend difficile la lutte contre le phénomène des « comptes collecteurs ».

La Cour des comptes précise d'ailleurs que les vérifications de coordonnées des comptes domiciliés à l'étranger sont très rares, alors que près de 4 milliards d'euros de retraites sont versés à des bénéficiaires installés hors de France chaque année.

Par cet amendement, inspiré des recommandations n°s 52 à 54 du rapport de la commission d'enquête, nous proposons que le Gouvernement remette un rapport évaluant la fraude aux prestations sociales versées aux personnes résidant à l'étranger et étudiant les mesures pour la combattre.

M. le rapporteur général. Certes, les fraudes existent à l'étranger, mais je doute que ce phénomène constitue une question prioritaire, compte tenu du volume des prestations. Cependant, je suis certain que les administrations prendront en compte les remarques de la Cour des comptes. Pour éviter que la LFSS 2021 ne ressemble à une encyclopédie en plusieurs volumes de demandes de rapports, j'é mets un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Chapitre V

Dotations et objectifs de dépenses des branches et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 43 : *Dotation de l'assurance maladie au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (fonds pour la modernisation et l'investissement en santé) et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux et dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux agences régionales de santé*

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

Article 44 : *Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès*

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

Après l'article 44

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission **rejette** successivement les amendements AS293 et AS362 de M. Stéphane Viry.*

Puis elle est saisie des amendements identiques AS121 de M. Pierre Dharréville, AS295 de M. Stéphane Viry et AS425 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Il s'agit d'introduire un mécanisme de régulation au sein du sous-objectif des soins de ville. En effet, les augmentations de tarifs pour l'exercice en ville ne sont pas soumises aux mêmes règles que les dépenses des établissements hospitaliers, aucun mécanisme de gel ne permettant de les contenir. Cette maîtrise insuffisante conduit à une mobilisation des mises en réserve des dépenses des établissements de santé, ce qui est injuste. Le sous-objectif n'est pas respecté et l'enveloppe des soins de ville profite chaque année de transferts de l'enveloppe des établissements hospitaliers. Il convient de rétablir l'équilibre entre les deux activités et d'interdire des dépassements excessifs, d'un côté comme de l'autre.

M. le rapporteur général. En effet, il existe depuis 2019 un mécanisme associant la médecine de ville à la régulation infra-annuelle des dépenses. Une réserve prudentielle pour les soins de ville, telle que vous souhaitez la créer, ne me paraît pas opportune, étant donné la spécificité du secteur.

Avis défavorable.

M. Jean-Louis Touraine. La Cour des comptes a dénoncé ce système, soulignant qu'il n'existait pas de contrôle de l'évolution des dépenses de santé en ville. Il conviendrait d'instaurer un mécanisme comparable à celui qui existe pour les dépenses des établissements de santé, et qui a fait ses preuves.

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

Elle examine ensuite les amendements identiques AS417 de M. Jean-Louis Touraine et AS485 de Mme Valérie Six.

M. Jean-Louis Touraine. Il s'agit de créer un indice qui tienne compte des spécificités des territoires pour adapter la répartition des fonds d'intervention régionaux en fonction des

besoins des habitants. Les inégalités d'accès aux soins sont connues, ce mécanisme pourrait les corriger en partie.

M. le rapporteur général. Nous avons déjà débattu l'an dernier de cette proposition. J'estime que la voie réglementaire est suffisante, mais si vous pensez que la répartition des dotations n'est pas la bonne, je vous propose de retirer l'amendement et d'interroger le ministre en séance sur l'application de la circulaire.

La commission rejette les amendements identiques.

Puis elle est saisie des amendements identiques AS182 de M. Jean-Pierre Door, AS201 de M. Thibault Bazin, AS290 de M. Stéphane Viry, AS693 de M. Robin Reda et AS769 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Bernard Perrut. Le Ségur de la santé a conclu à la nécessité de revoir profondément la place, la régulation, les objectifs et les responsabilités de chacun dans le cadre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Nous proposons que le comité économique de l'hospitalisation publique et privée consulte les représentants des professionnels de santé en ville et des établissements de santé sur les objectifs stratégiques de l'ONDAM, sur la base des prévisions épidémiologiques et démographiques disponibles.

Conformément à l'esprit du « Ségur », cette discussion traduirait la sortie d'une logique comptable de l'ONDAM et l'adoption d'une logique médicalisée et de santé.

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

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette successivement les amendements identiques AS236 de M. Thibault Bazin, AS324 de M. Stéphane Viry, AS527 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS708 de M. Vincent Rolland, AS1018 de Mme Emmanuelle Anthoine et AS1122 de Mme Valérie Bazin-Malgras ainsi que les amendements AS346 et AS348 de M. Stéphane Viry.

Elle en vient à l'examen de l'amendement AS351 de M. Stéphane Viry.

M. Thibault Bazin. Nous proposons que le comité économique de l'hospitalisation publique et privée remette un rapport proposant des évolutions de l'ONDAM.

M. le rapporteur général. Une mission portant sur le même sujet a été confiée récemment au Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Demande de retrait.

L'amendement est retiré.

Article 45 : *Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et sous-ONDAM*

La commission examine l'amendement AS114 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Il s'agit de critiquer la faiblesse de l'ONDAM en général, et du sous-ONDAM hospitalier en particulier, en faisant une proposition alternative.

M. le rapporteur général. Je ne suis pas favorable à cette proposition alternative. Le sous-ONDAM hospitalier connaît déjà une hausse inédite en 2021, et le montant du sous-ONDAM « soins de ville » ne me semble pas surcalibré.

Mme Perrine Goulet. J'entends la réponse de M. le rapporteur général mais j'appelle son attention sur l'annexe 7 : la partie tendancielle de l'ONDAM fait l'objet de mesures de régulation à hauteur de -4 milliards d'euros. Il serait intéressant de savoir ce qu'elles recouvrent, alors qu'elles financeront les surcoûts liés au covid, évalués à 4,3 milliards.

En outre, en 2020, les surcoûts liés au covid sont estimés à 9,4 milliards d'euros. Je suis donc étonnée que seulement 4,3 milliards aient été budgétés pour 2021. Monsieur le rapporteur général, pourriez-vous éclaircir ce point ? Ce ne sera peut-être pas possible ce soir, mais je suis inquiète : ne va-t-on pas ponctionner ailleurs ?

M. Thibault Bazin. Je suis consterné : si même la majorité est inquiète, vous comprendrez que l'opposition, déjà très inquiète avant ces révélations, l'est encore plus ! En outre, suite aux annonces de ce soir, le budget est à revoir, au niveau tant du PLFSS que du projet de loi de finances...

M. Philippe Vigier. Madame la présidente, je n'imagine pas que le rapporteur général ne nous apporte pas de réponse. Il s'agit d'un trompe-l'œil évident, qui nécessite des explications : 4 milliards, ce n'est pas une peccadille !

M. Pierre Dharréville. Même si j'ai défendu rapidement l'amendement, je partage les propos de mes collègues, qui reprennent l'analyse que j'avais développée lors de mon propos liminaire. Cet article est déterminant : oui, au-delà des dépenses exceptionnelles, la compression tendancielle de l'ONDAM hospitalier est continue. Or c'est pourtant ce qui nous a conduits dans le mur...

M. le rapporteur général. Je ne dispose pas de tous les éléments pour répondre à Mme Goulet. Je vous propose de vous apporter des explications d'ici la séance.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 45 sans modification.

Article 46 : *Dotations au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité*

La commission adopte l'article 46 sans modification.

Après l'article 46

La commission examine l'amendement AS754 de M. Joël Aviragnet.

M. Boris Vallaud. L'amendement propose une meilleure évaluation et prévention du *burn out* ou syndrome d'épuisement professionnel, grâce à un mécanisme de malus pour les employeurs n'ayant pas pris les mesures nécessaires pour éliminer le risque avéré. Le rapport d'information de Gérard Sebaoun et Yves Censi soulignait les carences de la prise en charge

du *burn out* en France et insistait sur la nécessité d'une prévention plus efficace de l'apparition des souffrances liées au travail.

M. Paul Christophe, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. Je vous prierai de bien vouloir retirer votre amendement car il existe déjà des mécanismes de majoration des cotisations accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) en fonction de la sinistralité de l'entreprise. Ces mécanismes seront renforcés à compter de 2022 pour les entreprises de moins de vingt salariés par l'entrée en vigueur du dispositif prime/signal, qui majorera le taux de cotisation de ces entreprises, dans la limite de 10 %, lorsque les accidents du travail y sont récurrents. À l'inverse, les entreprises de même taille ayant une démarche positive en matière de prévention seront récompensées par une réduction forfaitaire de leurs cotisations.

La commission rejette l'amendement.

Elle passe à l'amendement AS1213 de M. Michel Larive.

Mme Caroline Fiat. Nous plaçons pour que le Gouvernement rende un rapport sur la prise en charge des personnes exposées à des pesticides en dehors de leur activité professionnelle. Cet amendement est important : les pesticides sont dangereux.

M. le rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. Je vous demanderai de bien vouloir le retirer car les décrets d'application du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides ne sont pas encore parus. Il serait donc plus sage d'attendre que le fonds soit réellement installé avant de demander un rapport sur son possible élargissement.

En outre, des études de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, de l'INSERM et de Santé publique France sont en cours pour évaluer l'impact de l'exposition environnementale aux pesticides, en particulier chez les enfants. Nous attendons leurs conclusions.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle en vient à l'amendement AS1214 de Mme Caroline Fiat.

M. le rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. Je partage l'intérêt de se pencher sur la question des enfants victimes de malformations congénitales et de cancers pédiatriques. J'ai, encore récemment, proposé un rapport sur le sujet.

Pour autant, et pour les mêmes raisons qu'évoquées précédemment, je vous invite à retirer votre amendement et à le redéposer en séance, afin de demander au Gouvernement où en sont les différentes études évaluant l'impact de l'exposition environnementale aux pesticides, en particulier chez les enfants.

La commission rejette l'amendement.

Article 47 : Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles

La commission adopte l'article 47 sans modification.

Après l'article 47

La commission examine l'amendement AS640 de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Cet amendement vise les pensions de réversion versées au conjoint survivant. Elles sont plafonnées mais, ni au niveau législatif, ni au niveau réglementaire, on ne fait référence aux charges qu'il conviendrait d'exclure des ressources pour diminuer le montant de celles-ci. Ainsi, des exploitants agricoles aux revenus modestes ne bénéficient d'aucune déduction de charge, se retrouvant sans pension de réversion.

Il serait préférable de tenir compte de la perte de chance – absence d'un revenu, voire déficit – pour apprécier les ressources entrant dans le calcul de la pension de réversion.

M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Vous proposez de prendre en compte les déficits des exploitations agricoles pour calculer le montant des pensions de réversion. Je partage votre préoccupation, mais une telle disposition introduirait une rupture d'égalité vis-à-vis des autres indépendants.

Par ailleurs le dispositif de votre amendement prévoit l'inverse de ce que vous souhaitez puisqu'il indique qu'il n'est « pas » tenu compte du déficit de l'exploitation agricole. Je vous propose donc un retrait.

L'amendement est retiré.

La commission en vient à l'amendement AS1227 de M. Adrien Quatennens.

M. le rapporteur pour l'assurance vieillesse. L'article 53 de la LFSS 2016 a interdit la constitution par les travailleurs détachés de droits à retraite. C'est logique dans la mesure où ces personnels ne sont pas affiliés à un régime d'assurance vieillesse français et ne se constituent aucun droit à retraite en France.

Mon avis sera donc défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 48 : Objectif de dépenses de la branche vieillesse

La commission adopte l'article 48 sans modification.

Article 49 : Objectif de dépenses de la branche famille

La commission adopte l'article 49 sans modification.

Après l'article 49

La commission examine les amendements identiques AS269 de Mme Jeanine Dubié et AS831 de Mme Justine Benin.

Mme Caroline Janvier, rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Vos amendements visent à sécuriser le paiement des actes infirmiers pour les services de soins infirmiers à domicile en évitant la multiplication des indus lorsque ceux-ci

sont imputables aux infirmiers libéraux. Je suis d'accord avec vous sur le fond mais, sur la forme, cela relève du pouvoir réglementaire.

Mon avis sera donc défavorable.

La commission rejette les amendements identiques.

Elle passe à l'amendement AS878 de M. Brahim Hammouche.

Mme Michèle de Vaucouleurs. L'amendement propose une expérimentation visant à simplifier et à rendre plus efficace le régime d'autorisation et de financement pour les établissements médico-sociaux proposant des services d'assistance, de soins à domicile ou d'accueil des proches aidants.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. C'est un sujet important. Cela permettrait de simplifier et de fluidifier les accompagnements. J'ai posé la question au cabinet de Mme Brigitte Bourguignon : une expérimentation doit être lancée, qui pourrait ensuite être généralisée dans la loi.

Je vous propose de présenter votre amendement en séance pour que la ministre puisse vous répondre directement. Dans l'attente, je vous demanderai de bien vouloir le retirer. Sinon, mon avis sera défavorable.

Mme Monique Iborra. J'ai déjà eu l'occasion de m'exprimer sur les expérimentations. J'insiste : en l'espèce, ce serait contreproductif car, si des expérimentations sont en cours, on ne retrouvera aucun dispositif dans le projet de loi sur le grand âge et l'autonomie. Or certaines organisations, comme la Croix-Rouge, expérimentent depuis trois ans et nous ont indiqué lors d'un déplacement que, dès que les financements sont épuisés, l'expérimentation s'arrête même si elle fonctionne bien, et qu'aucune évaluation n'est réalisée. Il faudra interroger la ministre à ce sujet.

M. Thibault Bazin. Mme Iborra semble savoir ce que contiendra le projet de loi sur le grand âge et l'autonomie. Il serait intéressant de connaître son contenu car cela aura peut-être un impact sur le PLFSS.

Mme Monique Iborra. S'il n'était pas si tard, j'en parlerais avec plaisir. Mais nous nous reverrons !

Mme Audrey Dufeu. Il y a des tisanes à la buvette !

La commission rejette l'amendement.

Elle passe à l'amendement AS347 de M. Michel Lauzzana.

Mme Véronique Hammerer. J'ai travaillé avec Michel Lauzzana à la rédaction de cet amendement, que je dédie à la famille Segura, issue de ma circonscription. Elle rencontre ce type de problème.

Nous proposons que le Gouvernement transmette un rapport au Parlement sur le nombre de places disponibles dans le secteur médico-social, afin d'accueillir des enfants et des adultes souffrant de handicap. Sur le territoire, les jeunes adultes hébergés dans les établissements pour enfants et adolescents y restent, certes faute de places dans les établissements pour

adultes, mais également parce que leurs parents refusent les places proposées dans ces derniers, les dispositifs y étant moins inclusifs. En effet, l'habitat diffus ou les colocations sont courants pour les enfants et adolescents, mais pas pour les adultes. Certaines propositions en établissements pour adultes constituent un recul en matière d'inclusion, d'où ces refus et par conséquent une saturation des établissements pour enfants et adolescents.

Il conviendrait de dresser un état des lieux des places disponibles en établissements médico-sociaux pour les personnes handicapées, de leur plus jeune âge à l'âge adulte, en s'assurant que l'offre permette aux personnes d'envisager un parcours cohérent tout au long de leur vie.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Vous mettez le doigt sur un problème récurrent, qui avait déjà fait l'objet d'amendements l'an dernier. Mon avis sera donc favorable.

M. Thibault Bazin. Madame la rapporteure, vous avez participé à de nombreuses réunions du groupe d'études sur l'autisme et nous avons réalisé des auditions sur cette thématique. Nous avons la réponse : il n'y a pas de places disponibles. Certaines expérimentations sont menées – notamment dans notre département, madame Fiat. Mais le problème de places est flagrant. Évaluons plutôt les expérimentations en cours afin de voir comment augmenter durablement les autorisations. La rédaction de l'amendement ne convient pas en l'état.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Malgré tout, le système d'information est défectueux : certaines maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) notifient une catégorie d'établissement quand d'autres spécifient le nom de l'établissement. En outre, certains usagers sont inscrits sur liste d'attente dans différents établissements. En conséquence, il est impossible de disposer d'une vision globale du nombre de personnes sur liste d'attente dans chacune des catégories d'établissements. Bien sûr, vous avez raison, cela ne résout pas le problème du manque de places.

M. Pierre Dharréville. Madame la rapporteure l'a parfaitement résumé : ce qui nous intéresserait aussi, c'est de connaître le nombre de places manquantes.

M. Thibault Bazin. Il faudrait sous-amender non pas en visant les places disponibles, mais en recensant les besoins. Je partage votre constat, madame la rapporteure : nous ne disposons pas d'un système d'information centralisant les données des MDPH.

Mme Véronique Hammerer. Je proposerai une nouvelle rédaction pour la séance publique.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS958 de M. Brahim Hammouche.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Il s'agit de proposer une expérimentation qui étend la prescription médicale de l'activité physique adaptée aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. C'est une idée très intéressante. Comme l'indique votre exposé des motifs, l'amendement rejoint des expérimentations lancées dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018. L'une d'entre elles,

intitulée « As du Cœur », porte sur la prescription d'activité physique adaptée pour les patients souffrant de maladies cardiovasculaires. Elle permet en particulier la prise en charge du bilan et des séances d'activité physique adaptée dans le cadre d'un forfait.

D'autres expérimentations sont en cours d'instruction. La ministre pourra sans doute nous en dire plus en séance. À ce stade, je vous propose de retirer votre amendement.

L'amendement est retiré.

Article 50 : Objectif de dépenses de la branche autonomie

La commission adopte l'article 50 sans modification.

Après l'article 50

La commission examine l'amendement AS756 de M. Joël Aviragnet.

M. Boris Vallaud. Cet amendement demande un rapport relatif au nouveau déficit des comptes sociaux relevant directement ou indirectement du covid. Ce rapport s'attacherait également à présenter un dispositif spécifique visant à porter la dette liée au covid.

Mme la rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Nous disposerons de ces éléments dans les documents transmis à l'occasion de l'examen du prochain PLFSS, en particulier dans les annexes. Votre demande est donc satisfaite et mon avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 51 : Prévion des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires en 2021

La commission adopte l'article 51 sans modification.

Puis elle adopte la quatrième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 modifiée.

Enfin, elle adopte l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 modifié.

La réunion s'achève à une heure dix.
