

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

Mercredi
13 octobre 2021
Séance de 15 heures

Compte rendu n° 6

SESSION ORDINAIRE DE 2021-2022

**Présidence de
Mme Fadila Khattabi,
présidente,
puis de
Mme Audrey Dufeu,
*vice-présidente***

- Suite de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 (n° 4523) (M. Thomas Mesnier, rapporteur général, Mmes Caroline Janvier et Monique Limon, MM. Cyrille Isaac-Sibille et Paul Christophe, rapporteurs) 2
- Présences en réunion 68



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 13 octobre 2021

La séance est ouverte à quinze heures.

La commission poursuit l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 (n° 4523) (M. Thomas Mesnier, rapporteur général, Mmes Caroline Janvier et Monique Limon, MM. Cyrille Isaac-Sibille et Paul Christophe, rapporteurs).

Mme la présidente Fadila Khattabi. Nous poursuivons l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022. Nous avons examiné 54 amendements ce matin : il ne nous en reste plus que 395... Je nous souhaite donc beaucoup de courage !

Après l'article 12 (suite)

Amendement AS766 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. La transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) en allègement de cotisations patronales devait permettre de réduire le coût du travail des salariés les moins qualifiés. Or ce dispositif est en réalité bien plus étendu et constitue une trappe à bas salaires. La stagnation des salaires trouve ainsi une explication : si une entreprise augmente de 1 % le salaire brut d'un employé proche du SMIC, les cotisations sociales et les charges totales augmentent de plus de 1 %.

Les employés à bas salaires sont deux fois plus souvent en contrat court que la moyenne, ont de faibles durées de travail hebdomadaire, connaissent plus souvent le chômage, ont peu d'opportunités de carrière et travaillent dans des conditions difficiles – ils ont, en effet, deux fois plus de risques d'accident professionnel.

Le travail n'a pas qu'un coût, il a aussi un prix, et il est grand temps de supprimer les allègements généraux de cotisations patronales sur les bas salaires.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général, rapporteur pour l'équilibre général, les recettes et la santé. Votre amendement augmenterait les cotisations des entreprises, dans deux mois et demi, à hauteur de 20 milliards d'euros. Cette augmentation, plus radicale encore que vos propositions précédentes, toucherait plus de 12 millions de personnes – c'est le nombre de salariés concernés par le dispositif actuel. Pour une grande partie d'entre eux, cela signifierait la disparition de leur emploi.

Avis très défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis du rapporteur général, elle rejette successivement les amendements AS667 et AS765 de Mme Caroline Fiat.

Amendement AS688 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Vous serez forcément d'accord avec cet amendement qui tend à supprimer les exonérations de cotisations patronales des entreprises qui ne respectent pas leurs obligations en matière d'égalité salariale : c'est la priorité du quinquennat.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. On arrive à la fin du quinquennat : il faut vous bouger !

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis du rapporteur général, elle rejette l'amendement AS690 de Mme Caroline Fiat.

Amendement AS229 de M. Pierre Dharréville, amendements identiques AS228 de M. Pierre Dharréville et AS539 de Mme Delphine Bagarry, amendement AS376 de M. Joël Aviragnet (discussion commune).

M. Pierre Dharréville. L'amendement AS229 vise à limiter le champ d'application de l'allègement de cotisations patronales familiales issu du pacte de responsabilité aux seuls bas salaires, c'est-à-dire aux rémunérations inférieures à 1,6 fois le SMIC. Le Conseil d'analyse économique indiquait dans une note de janvier 2019 que ce dispositif, actuellement applicable jusqu'à 3,5 fois le SMIC, était inefficace en matière de création d'emplois et de compétitivité.

L'amendement AS228, de repli, prévoit de limiter le champ d'application de l'allègement de cotisations aux salaires ne dépassant pas 2,5 fois le SMIC.

Mme Albane Gaillot. L'amendement AS539 est défendu.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement AS376 porterait la limite à 2 fois le SMIC.

M. le rapporteur général. Nous avons déjà largement débattu de cette question les années précédentes ; je n'y reviens donc pas pour le moment. Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. J'espérais justement que l'idée avait eu le temps de faire son chemin...

La commission rejette successivement les amendements.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement AS239 de M. Pierre Dharréville.

Amendement AS439 de Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. La désertification médicale doit être l'une de nos principales préoccupations. Pour le groupe UDI et Indépendants, en tout cas, elle l'est. Dans notre pays, 10 % de la population n'a pas de médecin traitant et plus de 40 % des médecins généralistes ne prennent plus de nouveaux patients. Les inégalités se creusent à mesure que l'offre de soins s'appauvrit dans les territoires ruraux. Elles sont telles que l'espérance de vie d'un habitant d'une zone rurale est, en moyenne, inférieure de deux ans à celle d'une personne

résidant dans une zone urbaine. Ces inégalités sont en totale contradiction avec le principe posé par le onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, aux termes duquel la Nation « *garantit à tous [...] la protection de la santé* ».

Le Gouvernement a supprimé, il est vrai, le *numerus clausus*, et la formation des médecins prend du temps, il ne faut pas se voiler la face. Néanmoins, la formation de nouveaux médecins n'est pas suffisante : cela ne garantit pas une juste répartition sur l'ensemble du territoire. C'est pourquoi nous vous proposons d'instaurer des zones franches médicales sur le modèle des zones franches urbaines. Ce dispositif s'appliquerait dans des zones sous-denses identifiées par les agences régionales de santé (ARS) et reposerait sur des exonérations pour les généralistes et les spécialistes qui s'y installeraient. Une telle mesure incitative constituerait une solution complémentaire pour assurer une meilleure répartition de l'offre de soins dans l'ensemble du territoire.

M. le rapporteur général. Je comprends l'idée mais ce que vous proposez existe déjà. Le code de la santé publique identifie des zones « *caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins* », et ce zonage, régulièrement revu par les ARS, est associé à des aides versées par l'État et les collectivités territoriales ou à des exonérations fiscales. Ajouter un dispositif similaire pourrait produire des difficultés, notamment d'articulation.

Je vous propose de retirer l'amendement ; sinon, avis défavorable.

M. Thibault Bazin. Un des problèmes de ce zonage est qu'il prend en compte la situation existante et non future. Des départs à la retraite sont parfois sur le point de se produire, et un territoire aujourd'hui non carencé – ou faiblement – peut le devenir vraiment demain. Or dans une telle situation on ne stimule pas les installations.

La seconde difficulté est l'incohérence avec d'autres zonages, notamment pour les professionnels paramédicaux, comme les kinésithérapeutes. Or tout est lié si l'on veut qu'il y ait des parcours de soins et un travail coordonné.

Il faut faire un travail sur le zonage d'ici à la séance. Je vous appelle à en parler avec le ministre, monsieur le rapporteur général.

M. Philippe Vigier. Je comprends ce que propose notre collègue Valérie Six, mais j'ai été confronté à des effets de bord : quatre praticiens ont déménagé de l'autre côté de la rue parce qu'ils n'étaient pas dans la bonne zone. Je ne suis donc pas persuadé qu'une solution de ce type soit la meilleure.

En revanche, je souscris complètement à ce qu'a dit Thibault Bazin. Il faut plutôt raisonner à l'échelle des communautés professionnelles territoriales de santé et des bassins de vie.

J'invite également Valérie Six à regarder les travaux réalisés par la Cour des comptes à propos de l'empilement des mesures de défiscalisation : le résultat n'a jamais été très performant. C'est une piste qui est certes à creuser, mais pas à privilégier pour le moment. La réflexion doit être plus large.

M. le rapporteur général. La démographie d'une profession de santé ne colle pas nécessairement à celle d'une autre. Il est donc utile d'avoir des zonages différents.

Vous avez tout à fait raison, monsieur Bazin, en ce qui concerne la nécessité d'une réévaluation régulière – on fige la situation pour une durée de trois ans. On ne peut pas tout anticiper, notamment les déménagements potentiels, mais c'est possible pour les départs à la retraite. J'ai déjà interrogé la direction générale de l'offre de soins (DGOS) lors de son audition, et je crois que cela fait partie des travaux qui pourront être engagés. En tout cas, j'incite très vivement à parler de ces questions dans le cadre des conseils territoriaux de santé.

M. Thibault Bazin. Quelle a été la réponse de la DGOS ? Les ARS peuvent-elles inclure dans les zones déficitaires des territoires qui le seront prochainement ?

M. le rapporteur général. J'ai demandé qu'on travaille sur ce sujet.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS956 de M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. La croissance est au rendez-vous. Le ministre Bruno Le Maire a évoqué, lors de sa présentation du projet de loi de finances, un taux de 6,2 % pour cette année, ce qui est formidable après la dépression liée à la pandémie, et on annonce 4 % pour 2022. Nous souhaitons un meilleur partage des fruits de cette croissance.

Nous avons toujours estimé que l'intéressement et la participation, qui existent déjà pour certains salariés, devaient être encore plus encouragés, et nous faisons, par cet amendement, une proposition concrète en ce sens. Je rappelle que le Président de la République est lui-même à l'origine d'une prime de 1 000 euros défiscalisée, la prime « Macron ». La redistribution suscite la confiance et doit nous emmener dans la même direction, celle du redressement du pays.

M. le rapporteur général. Comme vous l'avez vous-même souligné, la majorité a largement encouragé le recours à l'intéressement. La loi relative à la croissance et la transformation des entreprises (« PACTE ») a notamment supprimé le forfait social pour les sommes versées dans ce cadre au sein des entreprises de moins de 250 salariés, a étendu les bénéficiaires de l'intéressement au conjoint collaborateur ou associé et a établi un moratoire de cinq ans quand une entreprise franchit un cap d'effectifs de salariés, pour prolonger le bénéfice de l'exonération de forfait social. Nous avons également conditionné le bénéfice de la première prime exceptionnelle de pouvoir d'achat à la signature de plans d'intéressement. L'ensemble de ces dispositions a abouti à une exemption d'assiette de 10 milliards d'euros en 2020, partiellement compensée par le forfait social. L'exonération que vous proposez coûterait 1 milliard d'euros supplémentaires, sans compensation pour la sécurité sociale. Je ne peux donc y être favorable.

M. Philippe Vigier. Il faut apporter une réponse pour les petites et moyennes entreprises (PME) et les très petites entreprises (TPE), où l'intéressement est moins au rendez-vous alors qu'elles représentent des millions d'emplois. Il reste vraiment un effort à faire.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS445 de Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. Il s'agit de repousser la suppression de l'exonération de charges patronales pour l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE), en

réponse aux inquiétudes du secteur agricole. Un tel report est justifié par l'impact de la crise sanitaire sur la compétitivité des entreprises de ce secteur mais aussi, plus généralement, par les difficultés auxquelles les producteurs agricoles sont confrontés pour recruter des travailleurs saisonniers et par la concurrence exercée par d'autres pays européens, qui rémunèrent leurs saisonniers en deçà du SMIC français. Cette mesure est un moyen de lutter contre le dumping social dans les filières de la viticulture, de l'arboriculture, du maraîchage, de l'horticulture ou encore de l'ostréiculture. Cela fait des années que ces filières alertent les pouvoirs publics sur leur situation économique. La production de fruits et légumes, par exemple, recule face à nos concurrents, qui pratiquent des prix bas. La France doit absolument maintenir la compétitivité de son agriculture.

M. le rapporteur général. C'est presque un exercice incontournable lors de l'examen du PLFSS. Cette exonération a déjà été prolongée pour permettre aux exploitants agricoles de s'adapter en vue du remplacement du dispositif par les allègements généraux, qui permettent d'exonérer les mêmes catégories de salaires. Le dispositif TO-DE s'applique encore jusqu'au 1^{er} janvier 2023.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin. Je soutiens pleinement la proposition de notre collègue, d'autant que des membres de mon groupe avaient déposé des amendements identiques. Il n'existe pas encore de solution et il n'y en aura pas d'ici au 1^{er} janvier 2023. Nous avons encore échangé avec la filière à ce sujet.

C'est une question essentielle pour les producteurs de fruits et légumes, qui sont notamment engagés dans la transition écologique, pour laquelle certains efforts leur sont demandés. Il est important qu'ils soient compétitifs par rapport à leurs concurrents étrangers. Le dispositif TO-DE doit donc être pérennisé.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS244, AS245 et AS246 de M. Fabrice Le Vigoureux.

M. Fabrice Le Vigoureux. Nous souhaitons mettre fin à une bizarrerie de notre droit qui a un très fort impact sur le développement des soixante-quatorze laboratoires départementaux d'analyse vétérinaire, dont vous savez qu'ils ont été très précieux en plein cœur de la pandémie pour l'analyse de millions de tests PCR.

Certains départements ont, dans le passé, regroupé les laboratoires en constituant des groupements d'intérêt public (GIP) pour atteindre, dans un cadre de plus en plus concurrentiel, une plus grande efficacité économique. C'est le cas, notamment, en Bretagne et en Normandie. Certaines structures ont utilisé les réductions de cotisations patronales qui existent depuis la « loi Fillon » pour améliorer leur compétitivité. Or la loi, ce qui est très bizarre, ne fait pas de distinction entre les GIP qui exercent une activité de nature administrative et ceux qui développent une activité industrielle ou commerciale. La Cour de cassation a remis en cause en 2019, par une lecture littérale des textes, l'application de ces déductions, non en raison de la réalité de l'activité mais du seul statut juridique. Cela affecte très fortement l'équilibre économique de ces structures et compromet gravement leur développement.

Ce que je vous propose permettrait de clarifier, enfin, le cadre juridique pour éviter des distorsions de concurrence majeures entre des laboratoires qui exercent la même activité et dont la seule différence est leur statut juridique. Je rappelle que les chambres régionales des comptes soulignent régulièrement que ces laboratoires doivent relever d'une comptabilité privée et qu'ils entrent dans le champ concurrentiel. De même, les directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ont reconnu que les GIP avaient droit au dispositif du chômage partiel pour leurs salariés de droit privé. Mes amendements visent simplement à tenir compte de la réalité des activités des laboratoires.

M. le rapporteur général. S'agissant des GIP assurant un service public administratif, leur exclusion des allègements généraux s'explique par le fait que ces acteurs ne sont pas engagés dans un secteur concurrentiel et ont d'autres modalités de financement. Quant aux autres GIP, qui ont des activités industrielles ou commerciales, je saisis la difficulté dans laquelle ils se trouvent du fait de leur situation hybride et de leur proximité avec les établissements publics industriels et commerciaux (EPIC). En l'absence de données concrètes sur le montant que représenterait cette exonération et compte tenu du contexte compliqué des finances sociales, je ne peux donner un avis favorable, mais c'est un sujet sur lequel je propose de travailler d'ici à la séance. Je vous suggère donc de retirer vos trois amendements.

M. Fabrice Le Vigoureux. Avant de les retirer, j'aimerais citer un exemple local : 280 des 400 personnes qui travaillent dans le laboratoire de ce type en Normandie relèvent de contrats privés, alors que les autres sont des fonctionnaires détachés, et les réductions de charges « Fillon » représentent 10 % de la masse salariale – soit 1,5 million d'euros – ce qui est absolument colossal.

Les amendements sont retirés.

Amendement AS791 de Mme Sylvia Pinel, amendements identiques AS1095 du rapporteur général et AS1040 de M. Fabien Matras (discussion commune).

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS791 vise à supprimer la part salariale de la surcotisation versée par les sapeurs-pompiers à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL).

Cette surcotisation a été instituée par la loi du 28 novembre 1990 relative à la fonction publique territoriale pour permettre le financement de l'intégration progressive de la prime de feu dans la pension de retraite des sapeurs-pompiers professionnels. La loi disposait que cette intégration serait réalisée progressivement du 1^{er} janvier 1991 au 1^{er} janvier 2003. Toutefois, la surcotisation a été maintenue par la suite. Depuis plusieurs années, les sapeurs-pompiers et les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) demandent la suppression de cette mesure, qu'ils estiment injustifiée et qui représente en moyenne 55 euros par mois sur les fiches de paie.

M. le rapporteur général. Je propose également de supprimer la surcotisation salariale sur la prime de feu des sapeurs-pompiers.

L'année dernière, avec le Gouvernement, nous avons déjà augmenté de 100 euros par mois, en moyenne, le pouvoir d'achat des sapeurs-pompiers professionnels. Le taux de la prime de feu a, en effet, été porté de 19 à 25 % du salaire, et les départements ont bénéficié d'une compensation de la part de l'État par l'intermédiaire de la suppression de la

surcotation patronale. La question de la surcotation salariale s'est introduite d'une façon un peu brouillonne dans les débats, et nous avons repoussé une évolution en la matière pour pouvoir y travailler davantage.

Mon amendement est en quelque sorte en miroir de ce que nous avons fait l'an dernier, puisqu'il tend à supprimer désormais une surcotation salariale qui n'a effectivement plus lieu d'être. Cela permettra aux pompiers de bénéficier d'une revalorisation supplémentaire d'environ 50 euros. Au total, si cet amendement est adopté, les deux derniers PLFSS auront permis d'augmenter la rémunération des sapeurs-pompiers professionnels de 150 euros par mois sans altérer leurs droits sociaux ou le montant de leur pension.

Mme Patricia Mirallès. La part patronale a disparu l'année dernière, l'amendement AS1040 supprime la part salariale. Cette surcotation n'a plus de justification légale, elle ne devrait plus être perçue depuis 2003.

M. le rapporteur général. Votre amendement, madame Dubié, est moins précis que le mien et celui de M. Matras, qui disposent que la mesure prendra effet dès le 1^{er} janvier 2022. Je vous propose de retirer votre amendement ; sinon, avis défavorable.

Mme Jeanine Dubié. J'avais déjà déposé cet amendement l'année dernière mais je ne pense pas, monsieur le rapporteur général, travailler d'une façon brouillonne.

M. le rapporteur général. Ce n'est pas ce que je voulais dire !

Mme Jeanine Dubié. Nous sommes plusieurs à avoir soulevé ce sujet l'année dernière. Le Gouvernement, le rapporteur général et la majorité nous ont entendus et, entre-temps, nous avons examiné la proposition de loi de M. Matras. Je pense que c'est le bon moment pour prendre une décision.

Je peux tout à fait comprendre que la rédaction proposée par le rapporteur général et la majorité soit meilleure que la nôtre. Je vais retirer l'amendement AS791 au profit des deux autres, mais je considère que nous sommes largement à leur origine.

M. Stéphane Viry. Tout vient à point à qui sait attendre. Cette mesure correspond à des amendements déposés assez régulièrement par différents groupes, relevant plutôt de l'opposition. Le groupe Les Républicains avait déjà souligné l'an dernier qu'il était injustifié de maintenir la part salariale de la surcotation depuis 1990 et d'abonder ainsi depuis trente ans la CNRACL. Il est temps que justice soit faite. Je soutiens donc les amendements restant en discussion, Mme Dubié ayant eu l'élégance de retirer le sien.

M. Paul Christophe. Le groupe Agir ensemble soutient également ces amendements. C'est un sujet dont nous avons débattu l'année dernière sans aboutir à un résultat, mais l'engagement avait été pris d'y revenir. C'est chose faite. Il est vrai que cette surcotation aurait dû expirer en 2003. Il manque des explications concernant ces dix-huit années supplémentaires, mais nous n'allons pas moins réaliser une avancée.

J'ai une question, monsieur le rapporteur général. Les amendements sont gagés : avez-vous connaissance des modalités de compensation pour la CNRACL ? Le montant devrait tout de même s'élever à 22 millions d'euros, ce qui n'est pas rien !

M. Jean-Pierre Door. C'est une demande expresse des sapeurs-pompiers professionnels, comme nous avons pu le constater dans les SDIS. L'amendement du

rapporteur général nous convient, car il s'inscrit dans la continuité de ceux que nous avons déposés les années précédentes. Une fois n'est pas coutume, nous le soutiendrons.

M. Philippe Vigier. Le groupe Mouvement démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés soutiendra naturellement ces amendements, attendus depuis si longtemps.

S'agissant d'une aussi belle cause, l'élégance absolue serait que tout le monde soit signataire du même amendement en séance. Il ne doit y avoir ni gagnants ni perdants. La mesure que nous allons adopter est le fruit du travail parlementaire : elle ne figure pas dans le projet de loi. Ce sont les députés qui font en sorte que ce problème soit réglé. Que nous soyons tous cosignataires du même amendement honorerait le Parlement.

M. le rapporteur général. Si cet amendement est adopté, il deviendra celui de la commission.

Je redis, si ce n'était pas clair, qu'il s'agit d'une préoccupation partagée sur la plupart des bancs. Je m'étais engagé à retravailler sur ce sujet, et je l'ai fait.

Il faudra effectivement voir avec le Gouvernement la question que vous avez évoquée, monsieur Christophe. Nous aurons l'occasion d'en discuter en séance.

L'amendement AS791 est retiré.

*La commission **adopte** les amendements identiques AS1095 et AS1040.*

Amendement AS640 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. Par cet amendement, nous souhaitons instaurer une expérimentation nommée « Objectif 32 heures », qui reposerait sur une exonération de cotisations pour les salariés ayant signé un contrat de 32 heures de travail payées 35 heures.

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

Amendements identiques AS213 de M. Pierre Dharréville et AS369 de M. Joël Aviragnet.

M. Pierre Dharréville. Dans le rapport sur les maladies professionnelles dans l'industrie que nous avons commis, Julien Borowczyk et moi, nous avons formulé une proposition qui a été reprise par M. Didier Migaud, alors premier président de la Cour des comptes, lors de son audition par notre commission le 10 octobre 2018. Il s'agit de relever les taux de cotisation au titre des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) des entreprises présentant une sinistralité anormalement élevée. La tarification des risques professionnels permettrait de dégager des fonds pour la réparation, l'évaluation et la prévention et participerait à la promotion de la santé au travail.

Mme Gisèle Biémouret. Par l'amendement AS369, nous souhaitons, pour les mêmes raisons, l'instauration d'un mécanisme de prévention permettant de lutter efficacement contre les maladies professionnelles, en particulier le burn-out, l'épuisement au travail, qui a fait l'objet d'un rapport d'information de Gérard Sebaoun et d'Yves Censi durant la précédente législature.

M. le rapporteur général. Ces deux amendements, qui visent à augmenter le taux de la cotisation AT-MP lorsque l'employeur ne prend pas les mesures nécessaires pour éliminer

un risque avéré de maladie professionnelle, me semblent moins-disants que le dispositif en vigueur. Des mécanismes de majoration des cotisations AT-MP en fonction de la sinistralité existent déjà : outre des majorations forfaitaires communes à l'ensemble des entreprises, on applique un « taux brut » calculé en fonction du nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles sur la période triennale de référence, à savoir de $n - 4$ à $n - 2$.

Ces mécanismes seront renforcés à compter de 2023 par l'entrée en vigueur du dispositif « prime-signal », qui majorera, dans la limite de 10 %, le taux de cotisation des entreprises de dix à dix-neuf salariés connaissant des accidents du travail récurrents ; à l'inverse, les entreprises de même taille ayant une démarche positive en matière de prévention seront récompensées par une réduction forfaitaire des cotisations, également de 10 %.

Ces règles de tarification sont différentes pour les entreprises de moins de vingt salariés, dont le taux brut est lié non à leur sinistralité propre, mais à celle de leur secteur d'activité.

Je vous propose de retirer votre amendement ; sinon, avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Je suis presque tenté de retirer mon amendement pour travailler d'ici à la séance à une proposition qui vous correspondrait peut-être mieux, monsieur le rapporteur général.

Le constat qui a été fait, par nous mais aussi par la Cour des comptes, était que la différence entre les entreprises vertueuses et celles qui le sont moins était trop peu significative pour avoir des effets, et je crois que nous en sommes toujours là. Nous souhaitons des mesures un peu plus fortes.

Vous avez parlé de bonus et de malus, mais je ne suis pas sûr que des bonus soient nécessaires quand on respecte la santé des travailleurs dans son entreprise – c'est plutôt dans l'ordre des choses. Lorsqu'on ne le fait pas, en revanche, une action vigoureuse est nécessaire, car la vie et la santé des personnes sont mises en danger.

M. Julien Borowczyk. Nous avons en effet travaillé ensemble sur cette question, M. Dharréville et moi. J'entends les arguments du rapporteur général, et je voudrais également évoquer les problèmes de sous-déclaration que pourraient entraîner de telles dispositions. Il existe déjà un réel problème de sous-déclaration, ainsi que de reconnaissance et de prise en charge des maladies professionnelles. Il faut faire attention aux effets pervers.

M. Stéphane Viry. C'est la vieille question de la reconnaissance et de la prise en charge de certaines pathologies du travail, notamment le burn-out, qui revient. Vous avez ouvert une porte, monsieur le rapporteur général. J'espère qu'il se passera quelque chose dans les jours qui viennent, car il serait bon d'avancer concrètement pendant cette législature.

La commission rejette les amendements.

Amendements identiques AS659 de M. Adrien Quatennens et AS692 de M. François Ruffin.

Mme Caroline Fiat. Nous proposons, par ces amendements, de faire davantage contribuer les entreprises de plus de cinquante salariés où la proportion d'arrêts maladie pour burn-out est supérieure à un certain seuil. Les entreprises qui mettent à ce point leurs salariés sous pression doivent contribuer davantage au financement de la branche AT-MP.

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

Amendement AS753 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. Il s'agit de faire davantage contribuer les entreprises de plus de cinquante salariés qui pratiquent des licenciements dits « boursiers ».

M. le rapporteur général. Je partage votre attention à l'égard des bouleversements liés aux licenciements économiques et à la transformation des entreprises, qui doivent faire l'objet d'une démarche particulièrement attentive, elle aussi, des services des ressources humaines concernés.

Là encore – et je veux saluer nos collègues Charlotte Parmentier-Lecocq et Carole Grandjean pour leur travail – nous avons amélioré la situation grâce à la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail : nous avons prévu que les médecins du travail accompagnent l'employeur, les travailleurs et leurs représentants dans l'analyse des effets sur les conditions de santé et de sécurité des travailleurs des changements organisationnels importants dans l'entreprise.

Une distorsion sur le fondement du seul critère de sinistralité aurait pour conséquence de diminuer l'impact relatif des majorations de cotisations pesant sur les entreprises peu vertueuses en matière de santé au travail. Par conséquent, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS644 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Nous défendons cet amendement chaque année, parce qu'il nous tient vraiment à cœur. Nous souhaitons que le taux des cotisations AT-MP soit modulé en fonction des pratiques pathogènes et accidentogènes. Différentes études médicales prouvent que le travail de nuit favorise les problèmes cardiovasculaires, le diabète, l'obésité ou le cancer du sein. Certes, il existe des métiers qui doivent s'exercer la nuit, mais est-il bien nécessaire de pouvoir acheter un parfum à 22 heures ou d'être livré à toute heure ? Nous pouvons nous passer de certaines choses la nuit – elle est faite pour dormir ! Je compte bien que cet amendement sera adopté avant la fin de cette législature.

M. le rapporteur général. La loi du 2 août 2021 vise à diminuer fortement les pratiques pathogènes et accidentogènes au sein des entreprises par deux biais principaux : la mise en œuvre d'une logique de prévention primaire dans les entreprises, telle que l'ont souhaitée les organisations syndicales et patronales dans l'accord national interprofessionnel du 9 décembre 2020 ; l'identification et la prévention des risques dans toutes les entreprises par la formalisation d'un document unique d'évaluation des risques et de prévention, associant le comité social et économique dans les entreprises de plus de cinquante salariés, pour identifier collectivement et régulièrement les principales pratiques susceptibles d'entraîner des risques pour les salariés.

Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Entre l'ambition de diminuer fortement les risques auxquels sont exposés les salariés et l'ambition de les protéger pour qu'ils n'y soient plus exposés, il y a une différence. Si on tape au portefeuille, si faire travailler ses salariés la nuit coûte plus à

l'employeur et s'il doit faire payer très cher le parfum à 22 heures, il n'ouvrira pas sa boutique. Il faut savoir taper là où ça fait mal. Il faut savoir taper du poing sur la table !

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS974 de M. Christophe Blanchet.

M. Philippe Vigier. Il s'agit de s'attaquer au problème de l'employabilité des seniors, notamment ceux qui ont plus de 50 ans, et plus précisément ceux qui ont plus de 55 ans, dont les maladies professionnelles induisent, pour les entreprises, des taux de cotisation accrus.

En matière d'employabilité des seniors, notre pays est le dernier de la classe européenne. Les constats ont été dressés, et les propositions mises sur la table. Leur proposer une solution dans les entreprises est déjà très difficile. Si de surcroît ils souffrent, en raison des conditions de travail dans lesquelles s'est déroulée leur vie professionnelle, de maladies professionnelles chroniques, les futurs employeurs sont pénalisés. Il ne s'agit pas d'exonérer les employeurs de cotisations sociales, mais de ne pas surenchérir le coût du travail.

M. le rapporteur général. Cher collègue, votre amendement pose plusieurs problèmes, au premier rang desquels le risque de diminuer l'attention des entreprises employant des travailleurs expérimentés aux maladies professionnelles et aux accidents du travail. Certes, ceux-ci peuvent subir davantage d'accidents de travail que les autres actifs, mais il incombe aux entreprises d'adapter leurs méthodes de travail à cette catégorie particulière de travailleurs.

Je vous renvoie aux travaux de nos collègues Valérie Six, Didier Martin et Stéphane Viry au sujet de l'emploi des travailleurs expérimentés, dont les conclusions ont été présentées devant notre commission il y a un mois. Afin de diminuer les risques d'usure et de désinsertion professionnelle, le compte professionnel de prévention pourrait être généralisé aux fonctionnaires et aux salariés des régimes spéciaux. Par ailleurs, l'entretien de mi-carrière, prévu par la loi du 2 août 2021, permet d'identifier les risques auxquels peuvent être exposés, dans la seconde partie de leur carrière, les travailleurs expérimentés.

Demande de retrait ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS643 de Mme Caroline Fiat.

M. Jean-Hugues Ratenon. Le Gouvernement n'a pas cessé, pendant ce quinquennat, d'encourager les formes de travail dites atypiques, ce qui a abouti à la constitution de fait d'un précarariat massif – ordonnances travail, sanctification de la prétendue indépendance des travailleurs des plateformes, durcissement de l'indemnisation du chômage. Par cet amendement, nous souhaitons décourager l'embauche en intérim pour refaire du contrat à durée indéterminée le contrat de base et permettre au plus grand nombre d'accéder à un contrat de travail stable et pérenne. Nous voulons faire en sorte que le taux de recours à l'intérim soit un vecteur de fluctuation des cotisations patronales à la branche AT-MP. L'objectif est de renforcer la sécurité sanitaire des intérimaires et d'éviter que leur embauche ne constitue une aubaine en matière de gestion des risques.

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

Chapitre II Améliorer les droits sociaux des travailleurs indépendants

Article 13 : *Élargissement de l'expérimentation de l'auto-liquidation et suppression des pénalités en cas d'erreur d'estimation du revenu*

La commission adopte l'article 13 non modifié.

Après l'article 13

Amendement AS1097 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. En 2021, le Printemps social de l'évaluation a permis d'identifier plusieurs dysfonctionnements ayant lourdement affecté les artistes-auteurs lors du transfert du recouvrement des cotisations de l'Association pour la gestion de la sécurité sociale des auteurs d'œuvres cinématographiques, musicales, photographiques, télévisuelles et littéraires et de la Maison des artistes au réseau de recouvrement des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF). Souvent, les artistes-auteurs ne bénéficient que très tardivement du remboursement des cotisations versées indûment. Ces retards dans le remboursement du trop-perçu entraînent une charge de trésorerie injustifiée pour les cotisants. L'URSSAF chargé des artistes-auteurs a récemment accompli des progrès. Le présent amendement vise à prévoir un délai de quatre mois, applicable à compter de la demande du cotisant, pour le remboursement du trop-perçu.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS1096 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Il s'agit également de donner suite aux travaux que j'ai menés sur les cotisations des artistes-auteurs dans le cadre du dernier Printemps social de l'évaluation.

L'article 20 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 a engagé une première modernisation du recouvrement des cotisations des artistes-auteurs en permettant la mise en place, au plus tard au 1^{er} janvier 2019, d'un système de précompte en vertu duquel les diffuseurs versent directement les contributions et les cotisations aux organismes de recouvrement. Ce système peut être amélioré. Les personnes auditionnées à ce sujet ont fait part de la nécessité de mener à son terme la réforme, en limitant autant que possible la redondance des démarches engagées par les artistes-auteurs. La remise automatique du précompte éviterait à l'artiste-auteur d'en faire la demande auprès des diffuseurs, ce qui bloque parfois leur capacité déclarative. Cette remise automatique, telle que la prévoit le présent amendement, entrerait en vigueur au 1^{er} janvier 2023, afin de permettre aux URSSAF de s'adapter.

La commission adopte l'amendement.

Article 14 : *Réforme du régime social du conjoint collaborateur*

Amendements AS85 de M. Stéphane Viry et AS571 de M. Thibault Bazin (discussion commune).

M. Stéphane Viry. S'agissant de la réforme du régime social du conjoint collaborateur, entré en vigueur en 2005, nous proposons d'aller plus loin que le présent projet de loi. L'article 14 dispose que nul ne peut conserver le statut de conjoint collaborateur pendant une durée supérieure à cinq ans. Nous proposons d'insérer une exception permettant à celles et ceux qui le souhaitent de le conserver en cotisant soit à hauteur d'une assiette forfaitaire du tiers du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), soit à hauteur de la moitié du revenu du chef d'entreprise s'il est supérieur au tiers du PASS.

Cette possibilité peut intéresser, par exemple, un conjoint collaborateur qui, tout en exerçant une activité professionnelle régulière avec son conjoint, bénéficie d'un statut distinct dans une autre entreprise auquel il ne souhaite pas renoncer. Par ailleurs, cette souplesse permettrait de satisfaire le besoin de protection sociale d'une population d'assurés très majoritairement féminine, et d'éviter de compliquer des procédures administratives parfois lourdes pour les travailleurs indépendants. L'amendement ne modifie pas la maquette de l'article 14. Au contraire, il lui donne, me semble-t-il, une autre profondeur et une envergure supplémentaire.

M. le rapporteur général. Monsieur Viry, je fais de votre amendement et de celui de M. Bazin une lecture distincte de la vôtre. Ils me semblent contraires à l'esprit même de l'article 14.

À l'heure actuelle, les conjoints collaborateurs, qui sont très majoritairement des femmes, dans le secteur indépendant comme dans le secteur agricole, cotisent sur la base d'assiettes forfaitaires ou proportionnelles qui ne leur permettent pas d'ouvrir suffisamment de droits, notamment au moment de la liquidation de leurs droits à la retraite. L'article 14 vise donc à limiter à cinq ans la durée du statut de conjoint collaborateur, notamment pour les petites entreprises qui démarrent ou les personnes qui en bénéficient à l'heure actuelle, avant qu'elles ne basculent dans un régime plus protecteur de leurs droits, reposant sur le statut de conjoint associé et plus généralement sur celui de conjoint salarié. Votre amendement vise à maintenir tel quel le statut de conjoint collaborateur, avec des assiettes inchangées, au risque d'enfermer certaines personnes dans des statuts insuffisamment protecteurs à long terme.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin. Monsieur le rapporteur général, vous craignez que nous n'enfermions les personnes dans leur situation, alors même que nous voulons leur ouvrir des possibilités. Il existe des femmes qui ne veulent renoncer ni au statut de conjoint collaborateur ni à celui dont elles bénéficient dans une autre entreprise que celle de leur époux. Il faut entendre le choix de ces femmes, qui veulent les deux statuts en même temps, et cotiser à l'avenant. L'article 14, qui vise à sécuriser les parcours professionnels des travailleurs indépendants, va globalement dans le bon sens, mais il faut tenir compte du parcours de celles qui choisissent de conserver deux statuts, et cotisent.

M. Stéphane Viry. L'article 14 introduit un plafond, pour ne pas dire un blocage, alors même que la majorité et le Gouvernement cherchent à promouvoir le travail indépendant, dont l'existence de conjoints collaborateurs est un effet collatéral. Il faut aller au-delà d'une limitation de ce statut à cinq ans. Comme l'a dit Thibault Bazin, nous ne cherchons pas à enfermer les gens dans leur situation, mais à leur offrir plusieurs possibilités et à leur laisser le choix. Monsieur le rapporteur général, votre vision des choses me semble restrictive à l'aune de l'ambition de la majorité en matière de travail indépendant. Je ne saisis pas l'argument technique motivant le rejet de nos amendements.

M. Jean-Pierre Door. Monsieur le rapporteur général, je ne comprends pas pourquoi le texte limite à cinq ans la durée du statut de conjoint collaborateur. Dans la vraie vie, les conjoints collaborateurs sont souvent soit l'épouse soit le mari de quelqu'un exerçant une profession indépendante, par exemple un médecin ou un dentiste. Pourquoi cesseraient-ils de l'être au bout de cinq ans ? Pour cause de séparation ? Dans la vraie vie, l'époux ou l'épouse souhaite souvent continuer à travailler sous ce statut pour toute la durée d'existence du cabinet professionnel. Pourquoi les obliger à changer de statut au bout de cinq ans ?

Mme Annie Vidal. En obligeant les conjoints collaborateurs à opter, au bout de cinq ans, pour le statut de conjoint salarié ou pour celui de conjoint associé, nous cherchons à éviter qu'ils ne tombent dans la dépendance pérenne du conjoint chef d'entreprise. Le statut de conjoint salarié, qui offre davantage de droits, est plus protecteur.

La commission rejette successivement les amendements.

La commission adopte l'article 14 non modifié.

Chapitre III

Poursuivre les actions de lutte contre la fraude

Article 15 : *Modification du droit de communication pour optimiser les investigations*

La commission adopte l'article 15 non modifié.

Après l'article 15

Amendement AS646 de Mme Caroline Fiat.

M. Jean-Hugues Ratenon. Depuis le début de la législature, les membres du groupe La France insoumise s'attachent à démontrer que, en matière de lutte contre la fraude, le volontarisme affiché du Gouvernement devrait se concentrer sur la fraude aux cotisations sociales patronales. Or le Gouvernement a fait le choix de se concentrer sur la fraude aux allocations chômage, alors même que, d'après Pôle emploi, 0,4 % seulement des demandeurs d'emploi s'y adonnent, pour un coût d'environ 60 millions d'euros. Celui de la fraude patronale aux cotisations sociales, quant à lui, dépasse chaque année 20 milliards d'euros et peut atteindre, d'après certaines estimations, 25 milliards d'euros.

En février 2020, la Cour des comptes a relevé le laxisme des pouvoirs publics dans la lutte contre la fraude aux cotisations patronales. La nature et le montant des sanctions en vigueur ne permettent pas de la combattre efficacement. Les auteurs du présent amendement proposent donc de renforcer les sanctions applicables aux patrons délinquants, afin de les rendre réellement dissuasives.

M. le rapporteur général. Notre majorité, comme d'autres avant elle, est pleinement engagée dans la lutte contre la fraude. Nous avons maintenu et accéléré le travail de lutte contre la fraude, tant sociale que fiscale. Au demeurant, il s'agit d'un objectif à valeur constitutionnelle. S'agissant de la fraude sociale, notre majorité combat la fraude aux prestations sociales et celle aux cotisations sociales. En 2019, 725 millions d'euros de fraude aux cotisations sociales et 703 millions d'euros de fraude aux prestations sociales ont été détectés.

Monsieur Ratenon, vous proposez d'augmenter les sanctions en cas de récidive. Je ne suis pas convaincu que cela dissuadera les fraudeurs de récidiver. Par ailleurs, il ne me semble pas opportun d'avancer des généralités. Il faut donner davantage de moyens aux enquêteurs pour lutter contre les fraudes, qui sont de plus en plus complexes et difficiles à détecter. Nous avons installé l'an dernier la mission interministérielle de coordination anti-fraude, chargée de coordonner les actions anti-fraude et d'animer des groupes opérationnels travaillant sur des questions transversales. Cette évolution permettra de donner une nouvelle impulsion à la lutte contre la fraude.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Chapitre IV

Harmoniser les règles relatives aux contributions pharmaceutiques

Article 16 : *Mise en cohérence des contributions sur le champ des produits de santé*

Amendement AS167 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Paul Christophe. L'allègement de la fiscalité des médicaments génériques, hybrides et biosimilaires, lesquels contribuent très largement, par essence, à la maîtrise des dépenses de santé, est une urgence. Il faut les exclure de la clause de sauvegarde. Les conséquences financières de cette contribution sont alarmantes. D'après les prévisions pour l'année 2021, les laboratoires exploitant ces médicaments devront s'acquitter d'un montant historique, ce qui met en péril l'offre multi-source ayant permis de traverser la crise de la covid.

Ce niveau de taxation, dont le poids s'ajoute à celui des autres contributions, menace grandement la pérennité de l'approvisionnement en médicaments matures. Près de 70 % des médicaments commercialisés par les laboratoires de médicaments génériques sont des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur. La mobilisation de cette offre multi-source a permis, pendant la pandémie, de répondre aux besoins. Les médicaments à bas prix, puis les médicaments génériques, ont toujours été exonérés de la clause de sauvegarde, conçue dès l'origine comme un dispositif de régulation financière destiné à peser sur les médicaments les plus coûteux pour l'assurance maladie et provoquant la croissance des dépenses de santé.

Leur exemption de la clause de sauvegarde constitue une urgence économique, fiscale et industrielle pour les laboratoires qui commercialisent des médicaments matures. Il convient d'y répondre pour préserver notre sécurité sanitaire.

M. le rapporteur général. La clause de sauvegarde a vocation à reproduire fidèlement la dépense remboursable de médicaments, ce qui explique que les remises sont exclues de son calcul. Retirer de son assiette les médicaments génériques, hybrides et biosimilaires, en exonérant certaines entreprises plutôt que d'autres, sans tenir compte de leur poids dans la dépense de médicaments, l'amoindrirait considérablement et la fragiliserait sur le plan juridique. La clause demeure un outil incitatif pour la négociation des prix.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS738 de Mme Caroline Fiat.

M. Jean-Hugues Ratenon. Défendu.

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

La commission adopte l'article 16 non modifié.

Après l'article 16

Amendement AS1072 de Mme Audrey Dufeu.

Mme Audrey Dufeu. Certains grossistes-répartiteurs concentrent leur activité, très lucrative, sur la vente directe d'un petit nombre de références à forte marge et sur l'export. Les sanctions financières, malheureusement, ne les empêchent pas de récidiver. L'amendement vise à instaurer une amende pouvant atteindre 4 % du chiffre d'affaires mondial, afin de dissuader toute récidive en matière de manquement à leurs obligations d'intérêt général.

M. le rapporteur général. Chère collègue, cet amendement est issu du rapport de la mission d'information sur les médicaments, travail pour lequel j'ai déjà eu l'occasion de vous féliciter. Sur le fond, j'y suis favorable. Toutefois, je nourris une réserve sur le quantum de la sanction proposée. Après une première étude de cet amendement, le taux de 4 % du chiffre d'affaires mondial constitue un barème trop élevé, et court comme tel un risque d'inconstitutionnalité. Je suggère le retrait de l'amendement en vue de le retravailler ensemble d'ici l'examen du texte en séance publique, afin qu'il soit adopté.

Mme Audrey Dufeu. Heureusement, vous n'avez pas pris connaissance de la première version de l'amendement, qui prévoyait un taux supérieur à 4 % ! Je retire l'amendement en vue de le retravailler. J'ajoute que le produit de cette nouvelle amende serait versé à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). J'ai bon espoir qu'il sera adopté, quel que soit le taux retenu. Il importe de dénoncer, fût-ce symboliquement, cet état de fait de manquement à la règle.

L'amendement est retiré.

Amendement AS996 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Comme le précédent, l'amendement s'inspire de l'une des recommandations de la mission d'information sur les médicaments.

Le code de la sécurité sociale prévoit que les entreprises pharmaceutiques dont le chiffre d'affaires est égal ou supérieur à 15 millions d'euros sont redevables d'une contribution sur les dépenses de promotion des médicaments, visant à faire participer les industriels à l'objectif de maîtrise des dépenses de médicaments.

Cette contribution a des effets négatifs sur les PME. En raison de son mode de calcul, elle exerce une pression plus forte sur elles que sur les grandes entreprises. À dépenses de promotion égales, les PME sont imposées plus fortement en raison d'un chiffre d'affaires moins élevé. Par ailleurs, cette contribution a un effet désincitatif sur l'innovation, car le lancement d'un produit innovant augmente les coûts de promotion.

Sans viser à la suppression de cette taxe, qui est légitime, l'amendement a pour objet de réformer son mode de calcul, sans perte de recettes, afin que la contribution soit proportionnelle aux dépenses de rémunération des personnels chargés de la promotion des médicaments. Ainsi, elle pénaliserait bien moins les PME et serait plus juste. L'amendement conserve les abattements et les exonérations accordés au titre des médicaments orphelins et des médicaments génériques ainsi qu'aux TPE.

M. le rapporteur général. L'amendement supprime la contribution en vigueur et la remplace par une contribution assise sur les rémunérations des personnels chargés de la promotion des médicaments. L'assiette serait considérablement réduite, ce qui n'est pas souhaitable compte tenu de la diversité des formes que peut prendre la promotion des médicaments. Pourquoi certaines d'entre elles, pourtant fréquentes, seraient-elles complètement exclues de cette contribution, au détriment des seules rémunérations ?

Par ailleurs, l'amendement conserve le seuil d'abattement de 2,5 millions d'euros, ce qui semble indiquer qu'il a une certaine vertu pour distinguer les petites structures des plus grandes. Je ne suis pas certain que le changement proposé, qui consiste à retirer du calcul de la contribution les frais de repas, de transport, d'hébergement, de publication ou d'achats publicitaires et de congrès, favorise particulièrement les PME. En tout état de cause, il gagnerait à faire l'objet d'une concertation détaillée et à être documenté d'une analyse de son impact financier la plus précise possible. Un débat à ce sujet en séance publique, en présence du Gouvernement, contribuerait à éclairer davantage notre commission.

Je suggère donc le retrait de l'amendement.

M. Jean-Louis Touraine. Les PME sont très demandeuses d'une correction de cette surpénalisation. Je donnerai des chiffres démontrant que l'amendement ne modifie pas globalement la redevance, mais en rend la répartition plus juste. Je retire l'amendement.

M. Jean-Carles Grelier. Monsieur le rapporteur général, j'appelle votre attention sur le message que nous envoyons à l'industrie du médicament. Je suis parfaitement conscient qu'on ne fait jamais pleurer dans les chaumières en parlant de la situation des laboratoires pharmaceutiques. Toutefois, les difficultés d'approvisionnement en médicaments que la France a rencontrés lors de la crise sanitaire ont posé avec acuité la question de sa souveraineté en la matière. Le Président de la République a tenu des propos sans équivoque à ce sujet devant le monde de l'industrie du médicament, dans le cadre du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS).

Il me semble que ces débats sur le renforcement des sanctions financières et sur l'exclusion de la clause de sauvegarde des médicaments génériques, hybrides et biosimilaires, que vous avez repoussée, alors même qu'ils contribuent de façon significative aux économies et à la maîtrise des dépenses de santé, envoient de très mauvais signaux à l'industrie du médicament. Si nous voulons que, demain, des entreprises du médicament acceptent de revenir produire en France, d'y faire autoriser leurs molécules et fixer leurs tarifs, nous devons être bien plus vigilants que nous le sommes. Taper sur les labos en permanence fait plaisir à beaucoup de gens, parfois à juste raison. En l'espèce, il me semble que ce discours devient dangereux, et que le message que nous envoyons à l'industrie du médicament risque d'être très contreproductif, à terme, pour notre souveraineté d'approvisionnement.

M. Julien Borowczyk. Je m'inscris en faux contre ce qui vient d'être dit. Les récentes annonces présidentielles prouvent qu'une véritable volonté d'innovation nous anime

s'agissant des laboratoires producteurs de médicaments et de dispositifs médicaux. Nous avons profondément la volonté d'inverser le rapport de force.

Il ne s'agit pas de savoir si nous les taxons ou non, mais de savoir dès le début si une molécule est intéressante, si nous pourrions l'accompagner du point de vue administratif, en déterminer l'intérêt et en fixer le prix. De surcroît, être d'emblée associés à l'Agence de l'innovation en santé, dont la création est imminente, est une attente des fabricants de médicaments et de dispositifs médicaux. Il s'agit de les accompagner dès le début, en s'inscrivant non dans un rapport de force, mais dans une véritable volonté de travailler ensemble, au profit de notre souveraineté de surcroît. Nous ne nous inscrivons pas dans la perspective d'un laboratoire machine. Nous voulons faire venir les laboratoires en France pour qu'ils y travaillent et y investissent.

M. Philippe Vigier. Je souscris aux propos de M. Grelier. Les LFSS adoptées au cours des quinze dernières années montrent que nous nous sommes acharnés sur les laboratoires pharmaceutiques. Nul ne peut dire le contraire.

L'effort que nous consentons ne doit pas être limité aux médicaments innovants, à l'heure où nous déplorons 2 500 ruptures de stock par an, contre 200 il y a dix ans. Je ne conteste pas la nécessité de placer les laboratoires devant leurs responsabilités, mais la seule question qui mérite d'être traitée est celle du *sourcing* : sommes-nous capables de produire chez nous ? Au demeurant, le Président de la République ne s'y est pas trompé, si j'ai bien lu le compte rendu de ce qu'il a dit hier. J'étais à ses côtés lorsque Pfizer a ouvert une usine de production de vaccins dans mon département. Je n'ai pas oublié les propos qu'il a tenus ce jour-là : il est essentiel que nous ayons, en France et en Europe, une capacité de production. Soyons prudents !

M. le rapporteur général. Ce PLFSS est un excellent message adressé aux laboratoires : il grave dans le marbre de la loi les annonces et les promesses présidentielles détaillées dans le cadre du CSIS et les laboratoires ont salué certaines de ses dispositions très favorables. Je suis d'accord avec vous, monsieur Grelier : il est très facile de critiquer les laboratoires, mais nous étions bien heureux qu'ils produisent, dans des délais qui semblaient impossibles à tenir, un vaccin contre un virus encore inconnu il y a peu de temps. Je salue le retrait de l'amendement, en invitant chacun à la vigilance pour maintenir l'équilibre du texte.

L'amendement est retiré.

Amendements identiques AS305 de M. Bernard Perrut, AS570 de M. Thibault Bazin et AS997 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Bernard Perrut. Certains médicaments dérivés du sang font partie des spécialités exclues de l'assiette de la contribution sur le chiffre d'affaires versée par les entreprises pharmaceutiques au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM). Cette spécificité est justifiée par les difficultés d'approvisionnement du marché français et les risques de pénurie en médicaments dérivés du sang, que la crise sanitaire de la covid-19 a renforcés, à tel point que la situation est devenue intenable pour les patients et pour les professionnels qui les accompagnent.

Les produits ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché selon la procédure centralisée européenne ne sont pas concernés. En conséquence, une grande partie des médicaments dérivés du sang disponibles sur le marché français est assujettie à cette

contribution de façon discriminatoire, alors même qu'ils sont tout aussi essentiels à la couverture des besoins des patients que les médicaments exonérés. Le présent amendement vise à exonérer l'ensemble des médicaments dérivés du sang, afin de renforcer l'attractivité du marché français et de favoriser l'accès aux soins.

M. Jean-Louis Touraine. Le recueil de plasma en France est insuffisant, et la production de ses dérivés largement déficitaire, ce qui nous oblige à nous fournir sur les marchés étrangers, auprès de pays où l'obtention du sang n'est pas toujours soumise aux conditions éthiques en vigueur en France. Il s'agit de donateurs rétribués, dont le sang est prélevé dans des conditions différentes de celles qu'imposent nos règles aux industriels français.

Il faut corriger cette absence d'équité entre les médicaments dérivés du sang bénéficiant de l'exonération précitée et les autres. Le sang et ses dérivés sont essentiels pour notre pays. Les quantités disponibles sont insuffisantes, comme le montre l'exemple des immunoglobulines. Il nous semble souhaitable et même nécessaire que l'exonération porte sur la totalité des produits concernés et pas seulement sur une partie d'entre eux.

M. le rapporteur général. Nous avons régulièrement ce débat et mes arguments ne varient pas.

Il importe de maintenir la spécificité française en matière d'éthique. En supprimant toute condition relative au respect du cadre éthique fixé par la France, nous affaiblirions notre propre filière au profit d'autres pays et d'autres pratiques. Par ailleurs, la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques a vocation à s'appliquer à tous les produits, à de rares exceptions près. Élargir toujours plus le cercle des exceptions affaiblit le principe.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin. Monsieur le rapporteur général, nous souffrons d'une pénurie de médicaments dérivés du sang. En outre, nos entreprises sont pénalisées par la contribution sur le chiffre d'affaires. Nous proposons de les rendre plus compétitives face à leurs concurrents étrangers, auprès desquels nous sommes contraints de nous fournir à des prix élevés. Je ne comprends pas votre argumentaire. J'espère que les nuits à venir vous porteront conseil, et que vous réviserez votre avis d'ici l'examen du texte en séance publique.

La commission rejette les amendements.

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 17 : *Transferts financiers pour 2022*

Amendement de suppression AS694 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Par cet amendement, nous appelons à nouveau l'attention du Gouvernement sur la taxe sur les salaires versée par les hôpitaux publics. En 2018, la Cour des comptes estimait que son recouvrement était peu performant et qu'elle présentait une circularité importante. Elle proposait d'explorer une piste de simplification consistant à

exclure de son champ les établissements publics nationaux sans activité lucrative et les organismes de sécurité sociale.

Chaque année, les hôpitaux versent 4 milliards d'euros au titre de cette taxe, ce qui est beaucoup trop lourd dans le contexte « austéritaire » entretenu par le Gouvernement depuis le début du quinquennat. Pour ne pas fragiliser le budget de la sécurité sociale – argument que vous m'opposez chaque année, monsieur le rapporteur général –, déjà asphyxié par les baisses de recettes provoquées par des années d'austérité forcenée, la suppression de cette taxe devra être compensée à l'euro près par l'État. Par cet amendement, nous appelons le Gouvernement à envisager une nouvelle recette destinée à remplacer la taxe sur les salaires.

M. le rapporteur général. Nous avons eu ce débat lors de l'examen de l'article 11. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Nous avons appris ce midi qu'une épidémie de bronchiolite arrive. Tous les services de pédiatrie nous alertent sur le manque de lits et de personnels pour accueillir les nourrissons. Ce n'est pas rien ! Je disais ce matin que nous allons dans le mur, on y est ! La suppression de la taxe sur les salaires permettrait d'ouvrir des lits et de recevoir les patients autant que nécessaire. Je vous invite à réviser votre avis.

M. le rapporteur général. Sans donner un avis favorable à la suppression d'un article de tuyauterie obligatoire dans un PLFSS, je saisis l'occasion que vous m'offrez pour rappeler l'importance des gestes barrières, au premier rang desquels le port du masque. Ils sont la meilleure prévention possible contre les maladies infectieuses. Si le nombre de cas de bronchiolites a été plus bas que d'habitude l'année dernière, ce n'est pas par hasard. J'invite les membres de la commission et les Français qui nous regardent à maintenir cette vigilance, face au SARS-CoV-2 comme aux autres virus.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS800 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. L'amendement propose de revenir sur la ponction effectuée sur la branche famille par ce PLFSS, avec notamment le transfert de 0,44 point de taxe sur les salaires de la branche famille vers la branche autonomie.

Cela crée une forme désagréable de tuyauterie, même si je reconnais que cela a déjà été fait dans le passé. Les effets de ce type de mesure nuisent au suivi du financement des différentes branches. Nous nous opposons à ce tour de passe-passe qui témoigne d'une défiance envers les familles et fragilise la politique familiale.

Rappelons que la natalité a baissé. L'indicateur de fécondité est passé sous le seuil de deux enfants par femme, alors que la France était jusqu'à présent championne d'Europe dans ce domaine. Le phénomène est grave puisque cela représente 100 000 naissances de moins par an.

M. le rapporteur général. Le Gouvernement a proposé ce transfert pour deux raisons.

La première, c'est la nature des prestations financées. S'il était plus simple, dans l'urgence, de confier le financement des indemnités journalières (IJ) dérogatoires à la branche qui les finance habituellement, il est difficile de contester que la garde d'enfants est une politique relevant davantage de la branche famille que de la branche maladie. D'ailleurs, bien

souvent, personne n'est malade mais il faut faire face à une fermeture de classe. Ces gardes d'enfants par les parents en IJ se sont traduites par des économies pour la branche famille, qui n'a pas eu à financer des assistantes maternelles ou des crèches.

On aurait pu passer outre cette discordance avec les missions respectives des branches si leur situation financière avait été équivalente. Tel n'est pas du tout le cas en 2022, et c'est la seconde raison qui justifie la mesure proposée. La branche maladie reste très marquée par le coût de la crise sanitaire, alors que la branche famille a déjà renoué avec les excédents. Il ne serait pas logique de laisser les choses en l'état et de ne pas faire jouer la solidarité entre branches. Je précise par ailleurs que le transfert n'est pas pérenne : l'article prévoit que la branche famille retrouvera ses recettes habituelles dès 2023.

Avis défavorable.

M. Jean-Pierre Door. Le dispositif des IJ dérogatoires a été mis en place en 2020 et devait normalement s'éteindre au 30 septembre 2021. Dès lors, pourquoi prévoir un tel transfert de recettes en 2022, alors que le fait générateur de cette importante dépense aura disparu ?

Si l'Union nationale des associations familiales s'est abstenue sur cette mesure lors des votes des conseils d'administration de la sécurité sociale sur le PLFSS, elle n'est pas du tout favorable à ce transfert de recettes entre branches.

M. le rapporteur général. Il y a en effet un décalage d'un an entre les dépenses réalisées et le transfert de recettes destiné à les compenser. Mais je le répète : cette mesure est transitoire et justifiée.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 17 non modifié.

Article 18 : *Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 5*

Amendement AS630 de M. Adrien Quatennens.

M. Jean-Hugues Ratenon. Nous proposons que les conséquences sociales et sanitaires des exonérations de cotisations sociales soient expliquées de manière pédagogique sur les bulletins de salaires.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Il est important que chacun sache à quoi correspondent ces différentes exonérations de cotisations sociales.

Vous ne cessez de dire que ces exonérations ont permis d'augmenter les salaires nets ; mais il faut que les gens voient sur leur fiche de paie les sommes qu'ils ne paient plus et les services qui ne sont plus financés de ce fait. Disposer d'une telle information est essentiel.

Avoir connaissance des annexes 2, 3, 4, 5, 6, 7 et 8 au PLFSS l'est également pour nos débats. Savez-vous quand nous pourrions les obtenir, monsieur le rapporteur général ?

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS647 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. Défendu.

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

La commission adopte l'article 18 non modifié.

Après l'article 18

Amendement AS649 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. Cet amendement reprend la proposition du groupe de la Gauche démocrate et républicaine consistant à compenser toute nouvelle exonération de cotisation sociale par la suppression d'une autre exonération équivalente, de manière à ne pas affaiblir la sécurité sociale.

Une grande partie des amendements en la matière est jugée irrecevable en vertu de l'article 40 de la Constitution. Aucun gage n'est possible et le parlementaire est obligé de passer par des voies détournées – telles que des demandes de rapport ou des expérimentations – s'il ne veut pas renoncer à sa proposition. Ce souci de l'équilibre budgétaire de la sécurité sociale disparaît étonnamment lorsqu'il s'agit de faire disparaître des recettes puisque sont jugés recevables les amendements aggravant la situation financière de la sécurité sociale par des exonérations de cotisations sociales.

M. le rapporteur général. Je vous invite à soutenir la proposition de loi organique relative aux LFSS, dont je suis l'auteur. Elle propose une limitation à trois ans de la durée des exonérations sociales qui sont votées en dehors d'une LFSS et un renforcement de l'évaluation de ces mesures dans l'annexe 5. Les modifications relatives au calendrier des lois de financement permettront également un examen parlementaire dans de meilleures conditions.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 19 : *Approbation des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse pour 2022*

Amendement de suppression AS583 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Par-delà les questions de tuyauterie financière, je voudrais soumettre quelques chiffres à votre réflexion. Depuis 2014, la France enregistre 100 000 naissances de moins chaque année, ce qui équivaut à 3 840 classes de maternelle ! Ce déclin démographique est dû aux coups de rabot budgétaire sur la politique familiale. L'indicateur de fécondité a chuté à 1,8 enfant par femme, sans lien avec le désir d'enfant, qui est de 2,32 enfants par femme.

Or vous envisagez de prélever 1,7 milliard d'euros à la branche famille, notamment pour combler le déficit de la branche vieillesse. On peut aussi s'interroger sur les 440 millions

d'euros qui sont orientés vers la branche autonomie. L'accueil dans des établissements spécialisés, notamment belges, représente un coût, mais est-ce à la branche famille de le supporter ? Cette somme de 1,7 milliard d'euros devrait au contraire servir à rétablir une politique familiale digne de ce nom.

M. le rapporteur général. Je rappelle que la France reste le premier pays d'Europe s'agissant de la natalité.

Le transfert de recettes issues de la taxe sur les salaires représente 1 milliard d'euros, non pas 1,7 milliard d'euros. En outre, ce transfert est prévu au profit de la branche maladie, pas de la branche vieillesse.

Avis défavorable.

M. Boris Vallaud. La baisse de la natalité est aussi liée à l'évolution des cohortes de femmes en âge de procréer, monsieur Bazin. Il faudrait donc se reporter aux années de naissance de ces dernières pour évaluer précisément les conséquences des mesures prises en matière de politique familiale.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS683 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. Défendu.

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

Puis elle adopte l'article 19 non modifié.

Article 20 : *Approbation des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse pour 2022*

Amendement AS631 de M. Adrien Quatennens.

M. Jean-Hugues Ratenon. Cet amendement propose de créer une cotisation spécifique sur les revenus dépassant 5 PASS afin de contribuer au financement de la sécurité sociale.

L'État organise la faillite de la sécurité sociale en réduisant l'ensemble des cotisations qui la financent. Il est fondamental de permettre un financement pérenne en supprimant l'ensemble des exonérations de cotisations qui ont des visées incitatives. Si l'État souhaite inciter les entreprises à être vertueuses, ne dispose-t-il pas de son propre budget ?

De nombreux leviers existent pour permettre à la sécurité sociale de retrouver une bonne santé, sans contraindre les budgets des établissements publics.

M. le rapporteur général. J'ignore ce que signifie « soutenir la dette sociale ». Si vous entendez par là financer notamment la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), cette proposition n'est pas conforme à la jurisprudence du Conseil constitutionnel. Celui-ci exige que le remboursement de cette dette pèse sur une assiette large et proscrit la progressivité des cotisations sociales, en raison de leur nature même.

En outre, j'avais cru comprendre que vous étiez contre le remboursement de la dette sociale, puisque je me souviens parfaitement que vous vous êtes opposé à son transfert à la CADES l'année dernière.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 20 non modifié.

Article 21 : *Approbation de l'annexe C, de l'objectif d'amortissement de la dette sociale ainsi que des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et de mises en réserve au Fonds de solidarité vieillesse*

Amendement AS727 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Les Français sont en droit de savoir à quels créanciers et à quelles opérations profite la dette sociale, et comment sont utilisés leurs impôts. C'est pourquoi nous demandons un rapport au Gouvernement, en prévision d'un audit citoyen sur la gestion de la dette sociale par la CADES. Cette demande a pour but d'améliorer l'information et le contrôle du Parlement sur l'application des LFSS.

L'amendement trouve son origine dans un rapport de l'Association pour la taxation des transactions financières et pour l'action citoyenne du 16 septembre 2017, qui montrait que la CADES était autorisée à spéculer sur les taux de change, les monnaies et les marchés à terme.

M. le rapporteur général. Ce rapport d'audit sur la CADES est inutilement suspicieux. Le président de la CADES est auditionné chaque année dans le cadre de l'examen du PLFSS et se prête aux exercices de transparence que le Parlement lui demande. Libre à vous de lui poser toutes les questions que vous voulez ! Les comptes de la CADES sont présentés en détail sur son site, dans les rapports à la Commission des comptes de la sécurité sociale et dans l'annexe 8 du PLFSS.

Il est exact que la Caisse emprunte sur les marchés internationaux, mais c'est tout simplement pour bénéficier des meilleures conditions de financement, dans l'intérêt des assurés sociaux. Elle ne s'en cache d'ailleurs pas et son président a présenté les modalités de l'emprunt le plus récent lors de sa dernière audition.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 21 non modifié.

Article 22 : *Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt*

La commission adopte l'article 22 non modifié.

Article 23 : *Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)*

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement AS663 de Mme Caroline Fiat.*

Amendement AS632 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Nous condamnons le sous financement de la branche autonomie et sa dépendance à la contribution sociale généralisée (CSG).

L'annexe B précise les recettes et dépenses du régime général branche par branche d'ici à 2025. Deux éléments sont à relever en ce qui concerne la branche autonomie, nouvellement créée à partir de fonds déjà existants. D'une part, elle concentre la quasi-totalité des recettes de CSG, l'un des impôts qui réduit le moins les inégalités. D'autre part, cette branche est sous-financée, avec des recettes qui s'élèvent à 31,8 milliards d'euros.

En choisissant de ne pas augmenter les moyens destinés aux personnes en perte d'autonomie, le Gouvernement se rend complice d'une offre publique indigente. Cela fait la part belle au secteur privé, avec toutes les inégalités qui en découlent.

Cet amendement d'appel permet de dénoncer ces manœuvres.

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

*Puis elle **adopte** l'article 23 **non modifié**.*

*Elle **adopte** ensuite la troisième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 **modifiée**.*

QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022

TITRE I^{er} DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

Chapitre I^{er} Poursuivre la transformation du système de santé

Article 24 : *Prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun*

Amendement AS908 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Cet article particulièrement intéressant intègre la télésurveillance dans le droit commun, alors qu'il s'agissait jusqu'à présent d'un dispositif expérimental.

C'est le moment de préciser les termes, car mal nommer les choses peut ajouter du malheur à cet article, qui est très positif. L'amendement propose donc de remplacer les termes « télésurveillance médicale » par ceux de « télésuivi médical ». Lors de plusieurs tables rondes récentes, l'ensemble des acteurs – professionnels et patients – ont estimé que le mot

« télésurveillance » n'était pas adapté, la notion de surveillance étant impropre et pouvant avoir un effet de repoussoir. Il s'agit en fait de mieux accompagner les patients, ce qui correspond au terme « télésuivi », plus positif.

M. le rapporteur général. Avis défavorable car la notion de télésurveillance repose sur une définition juridique, contrairement à celle de télésuivi. Elle fait partie des cinq catégories d'actes composant la télémédecine.

M. Cyrille Isaac-Sibille. C'est dommage. Il me semble que ce n'est que la première fois que le terme « télésurveillance » apparaît dans le code de la santé publique. Il est regrettable de mal nommer les choses : de ce fait, cette mesure importante pourrait avoir moins de succès.

M. le rapporteur général. « Surveillance » est un beau terme médical. Celui de « télésurveillance » peut être mal interprété, mais il ne présente pas de difficulté majeure. La télésurveillance est définie à l'article R. 6316-1 du code de la santé publique, alors que le télésuivi n'a pas de définition juridique.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je maintiens l'amendement pour sensibiliser la commission. Je travaillerai à nouveau sur cette question pour déposer un amendement en séance.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS168 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Paul Christophe. Cet amendement vise à imposer l'interopérabilité sémantique, qui permet un accès à un volet téléchargeable des données structurées. Il faut éviter l'utilisation de fichiers en format PDF car ils empêchent toute exploitation statistique des données, pourtant propice à une meilleure gestion du diabète.

M. le rapporteur général. L'interopérabilité sera en effet essentielle pour le développement de la télésurveillance.

Il reviendra néanmoins aux textes réglementaires de préciser les caractéristiques des référentiels d'interopérabilité en matière de télésurveillance. Je vous propose de demander au ministre, en séance, si l'objectif est bien de prévoir des systèmes interopérables par la sémantique.

Demande de retrait.

L'amendement est retiré.

Amendement AS591 de Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. Cet amendement vise à permettre une évaluation de la pérennisation de l'expérimentation de télésurveillance sur l'ensemble du territoire national, dans un délai de dix-huit mois après l'entrée en vigueur de la loi.

En effet, la fracture numérique qui touche certains territoires, comme celui de la Guadeloupe, risque de créer des inégalités d'accès à ce dispositif censé pallier les conséquences de la désertification médicale. De plus, comme l'indique l'étude d'impact, il y aura un effet conséquent sur la charge de travail des équipes de l'administration centrale

responsables de la mise en œuvre du dispositif, de la validation des dossiers, de la mise à jour des référentiels et de la communication associée. Le budget des caisses de sécurité sociale sera lui aussi affecté.

Il apparaît donc important d'informer le Parlement sur l'effectivité et l'efficacité de ce dispositif de télésurveillance.

M. le rapporteur général. Le Parlement pourrait réaliser lui-même cette évaluation, dans le cadre d'un prochain Printemps social de l'évaluation, par exemple. Demande de retrait.

Mme Justine Benin. La fracture numérique est réelle dans les outre-mer. Je fais confiance au rapporteur général lorsqu'il me dit qu'on se saisira de cette question. Je me ferai entendre si ce n'est pas le cas.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 24 non modifié.

Après l'article 24

Amendements identiques AS892 de Mme Isabelle Valentin et AS934 de Mme Josiane Corneloup.

Mme Isabelle Valentin. Un meilleur encadrement permettra d'apporter la stabilité dont la télémédecine a besoin pour répondre aux attentes des patients et des médecins, conformément aux engagements du Ségur de la santé.

Mme Josiane Corneloup. Le prolongement du remboursement des téléconsultations à 100 % par la sécurité sociale est une bonne chose. Toutefois, il faut encadrer cette mesure si on veut éviter des effets contre-productifs.

Cette téléconsultation est nécessaire en raison du manque de praticiens. Mais téléconsulter directement depuis un smartphone n'offre pas les garanties nécessaires. Ces actes devraient plutôt être réalisés par le biais d'une maison de santé pluridisciplinaire, d'une officine ou d'une collectivité, afin de s'assurer d'un véritable accompagnement.

M. le rapporteur général. L'encadrement des conditions de réalisation de la téléconsultation ne relève pas du domaine de la loi mais des négociations conventionnelles.

L'avenant n° 9 de la convention médicale, signé cet été, prévoit un certain nombre de dispositions pour mieux encadrer les téléconsultations. Ainsi, la télémédecine ne pourra pas représenter plus de 20 % de l'activité d'un médecin. C'est un point fondamental pour éviter que l'essentiel de ces téléconsultations soient réalisées par des plateformes, sans lien avec l'organisation territoriale du système de santé, que nous défendons tous.

Avis défavorable.

M. Jean-Pierre Door. J'avais déposé un amendement sur cet article, qui a été jugé irrecevable au titre de l'article 40 sans que je comprenne pourquoi.

L'excellent avenant n° 9 conclu entre les médecins libéraux et la CNAM a essentiellement pour objet de résoudre les problèmes liés aux téléconsultations.

Intégrer la télémédecine dans le droit commun est une bonne chose. Mais je suis étonné du choix de fixer les tarifs par la voie réglementaire, et non par le biais du système conventionnel. Il est regrettable que les relations conventionnelles entre les syndicats de médecins et l'assurance maladie soient mises à mal par cette intervention directe de l'État sur les tarifs.

La commission rejette les amendements.

Article 25 : *Mise en œuvre des réformes de financement des établissements de santé*

Amendements identiques AS802 de M. Jean-Pierre Door et AS838 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, amendement AS103 de Mme Marine Brenier (discussion commune).

M. Jean-Pierre Door. La réforme du ticket modérateur pour les établissements d'hospitalisation privés est nécessaire. Mais sa mise en œuvre a pris du retard et les tarifs n'ont toujours pas été fixés pour le secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR) et pour le secteur psychiatrique – ce dernier faisant plus loin l'objet d'un amendement AS803 similaire.

Cette situation empêche des centaines d'établissements de santé privés opérant dans ces deux secteurs d'avoir une visibilité sur leur financement futur, alors que l'application de la réforme doit intervenir dès le 1^{er} janvier 2022. C'est la raison pour laquelle, comme l'a souhaité la Fédération de l'hospitalisation privée, cet amendement vise à maintenir les modalités actuelles de financement du ticket modérateur en 2022.

M. Paul Christophe. Si nous avons soutenu cette réforme justifiée, le calendrier d'application qui est proposé n'est pas soutenable. L'amendement AS838 vise à alerter sur ces difficultés de mise en œuvre. La proposition de report d'un an de l'application de cette réforme mérite donc un examen bienveillant.

Mme Marine Brenier. Il faut répondre à l'inquiétude des fédérations hospitalières. Le décret sur les tarifs n'est pas encore paru, ce qui empêche toute simulation des effets de la réforme du ticket modérateur. Il est essentiel que son application soit reportée d'un an pour les secteurs concernés par ce retard.

Mme Audrey Dufeu, présidente. Je salue à cette occasion l'ensemble des soignants des centres de SSR, qui ont été pleinement mobilisés pendant la crise sanitaire et ont effectué un travail essentiel.

M. le rapporteur général. Je comprends les inquiétudes à propos de l'entrée en vigueur de la réforme du ticket modérateur à l'hôpital, dont nous savons qu'elle entraînera des effets sur les revenus de certains hôpitaux.

Vous souhaitez en décaler l'application une nouvelle fois, alors que ce sujet est en suspens depuis 2004. Nous l'avons déjà fait l'année dernière, afin de permettre le déroulement des travaux techniques nécessaires. L'article prévoit que pour les secteurs médecine-chirurgie-obstétrique, psychiatrie et SSR un coefficient de transition sera mis en place. Il permettra de lisser les effets sur les revenus.

Comme vous le soulignez, il est nécessaire que ces nouvelles règles entrent en vigueur en même temps que les réformes du financement de la psychiatrie et du SSR. Je suis défavorable à un nouveau report de la réforme.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements identiques AS882 de Mme Isabelle Valentin et AS924 de Mme Josiane Corneloup.

Mme Isabelle Valentin. L'amendement vise aussi à maintenir en 2022 les modalités actuelles de financement du ticket modérateur, le temps d'appréhender efficacement les nouvelles règles applicables, de manière synchronisée avec la réforme du financement des établissements SSR et de psychiatrie.

La réforme du ticket modérateur doit prendre effet le 1^{er} janvier 2022, mais le projet de décret détaillant ses modalités d'application n'a toujours pas été soumis à la concertation avec les fédérations hospitalières. Il devait pourtant être publié avant l'été 2021.

M. le rapporteur général. Avis défavorable, pour les mêmes raisons.

La commission rejette les amendements.

Amendements identiques AS98 de Mme Marine Brenier, AS301 de M. Bernard Perrut, AS475 de Mme Valérie Six, AS565 de M. Thibault Bazin, AS803 de M. Jean-Pierre Door et AS836 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Bernard Perrut. Je dirais volontiers qu'il est défendu mais je me permets d'insister sur cet amendement. S'il a été déposé par autant de députés, c'est bien parce que la situation est très complexe. Les acteurs privés n'ont aucune visibilité sur leur financement futur, alors que la date d'application de la réforme est toute proche.

En outre, le dispositif de financement par dotation pour la période transitoire de 2022 n'intègre pas les établissements créés, les nouvelles autorisations délivrées, les extensions et les nouveaux tarifs fixés par les ARS pour la période allant de 2019 à 2022, ce qui concerne plus d'un tiers des établissements de santé privés commerciaux.

Il faut par conséquent maintenir en 2022, de manière transitoire et dérogatoire, leurs modalités historiques de financement, en leur laissant le temps d'appréhender efficacement les nouvelles règles.

Mme Valérie Six. La réforme du financement des activités de psychiatrie doit entrer en vigueur dans moins de trois mois. Le secteur n'est pas opposé à toute réforme. Mais une réforme doit être acceptée par les acteurs qui l'appliqueront si l'on veut qu'elle soit efficace.

Or aucun des textes nécessaires à la mise en œuvre de la réforme n'a été publié et les simulations d'impact fournies par le ministère ne sont pas satisfaisantes.

M. Jean-Pierre Door. Monsieur le rapporteur général, ce n'est pas un problème financier, c'est un problème de méthode.

Il faut donner aux établissements concernés de la lisibilité et du temps, pour qu'ils se préparent sereinement. Ils doivent régler des problèmes de logiciels, d'investissement et de

gestion des équipes. Donnons-leur satisfaction en leur accordant quelques mois supplémentaires, jusqu'à la fin de l'année 2022.

M. Paul Christophe. Avec cet amendement AS836, on voit bien qu'il est urgent de rassurer les établissements de psychiatrie et de SSR. Il ne s'agit pas de remettre en question la réforme, bien au contraire. Mais on a besoin de davantage de garanties sur la parution des textes réglementaires qui vont conditionner le fonctionnement de ces établissements.

Il serait bienvenu que des éclaircissements soient apportés sur ce point d'ici à la séance.

M. le rapporteur général. Les derniers éléments relatifs au financement de la psychiatrie ont été publiés en septembre. Nous attendons tous avec impatience cette réforme, qui permettra de sortir les établissements de psychiatrie du carcan financier dans lequel ils sont enfermés, et de mettre enfin en valeur toute l'offre de soins qu'ils proposent. Ils seront désormais financés par une dotation populationnelle, ainsi que par des financements complémentaires prenant en compte le développement de nouvelles activités, l'activité estimée au travers de la taille et de l'évolution des files actives, la qualité des prises en charge proposées et la recherche. La dotation populationnelle doit également permettre de résorber les inégalités territoriales, très fortes en ce qui concerne la psychiatrie hospitalière.

Enfin, cette réforme doit permettre d'unifier les modalités de financement des acteurs publics et privés de la psychiatrie. Des entrées en vigueur différées selon les secteurs ôteraient toute cohérence à la réforme. Nous avons déjà repoussé cette réforme d'un an, lors de la précédente LFSS, pour nous donner le temps d'y travailler : il convient maintenant d'y aller.

Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Amendements identiques AS476 de Mme Valérie Six, AS566 de M. Thibault Bazin, AS804 de M. Jean-Pierre Door et AS837 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Valérie Six. Il s'agit cette fois de repousser la réforme du financement des SSR, qui doit entrer en vigueur dans moins de trois mois. En l'absence de simulation d'impact et de texte réglementaire d'application, les acteurs du secteur n'ont aucune visibilité quant aux modalités de la réforme et à l'impact de celle-ci sur leur activité.

M. Thibault Bazin. Si nous voulons que les SSR se modernisent et rénovent leurs bâtiments, répondant ainsi aux exigences de qualité et de pertinence qu'on leur assigne, il faut leur donner une lisibilité budgétaire. Or ils sont dans le flou, ce qui les inquiète profondément. Les SSR peuvent être publics mais aussi privés, comme ceux tenus par des associations – la Croix-Rouge tient ainsi des SSR pédiatriques. Il est donc important de les rassurer en prenant le temps nécessaire pour caler la réforme.

M. Jean-Pierre Door. Il convient de reporter de quelques mois l'entrée en vigueur de cette réforme, car les 650 établissements de SSR du secteur privé ont des soucis de lisibilité dans beaucoup de domaines – personnels, investissements, etc. Il faut les soutenir !

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Parfois, il faut aller vite, mais parfois il faut laisser un peu de temps : c'est le sens de cet amendement. Il faut que la réforme soit bien assimilée par ceux qui devront l'appliquer.

M. le rapporteur général. La Croix-Rouge, monsieur Bazin, n'est pas concernée par cette réforme.

Je comprends les inquiétudes du secteur privé mais cette réforme est attendue depuis 2016. En 2022, le montant de la dotation de sécurisation sera ajusté en $n + 1$ en fonction de l'atteinte de l'objectif de dépenses SSR et des marges de manœuvre financières restantes. Il s'agit de valoriser les établissements pour qui l'application du nouveau modèle aurait été plus avantageuse que la mise en place de la dotation de sécurisation ; ainsi, l'entrée en vigueur progressive ne les pénalisera pas. Cela concernera beaucoup d'établissements privés. Le système proposé semble être la meilleure manière de s'assurer qu'aucun établissement ne sera perdant au moment de l'entrée en vigueur de la réforme.

L'entrée en vigueur du modèle cible doit être une priorité. En revanche, je ne comprends pas pourquoi vous considérez que les revalorisations salariales des soignants liées au Ségur de la santé ainsi qu'une importante part des recettes ne seraient pas prises en compte : ce n'est pas ce que je comprends du texte, mais nous pourrions demander les précisions nécessaires au Gouvernement en séance.

Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement AS62 de M. Stéphane Viry.

Amendements AS699 et AS754 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Il s'agit de deux demandes de rapport, la première portant sur le manque de moyens en psychiatrie, dont la conséquence est une augmentation des procédures d'internement pour péril imminent, la seconde portant sur les dangers de la tarification à l'activité (T2A) en psychiatrie.

M. le rapporteur général. Madame la députée, vous avez déjà commis un excellent rapport sur la situation de la psychiatrie : en quoi un rapport du Gouvernement pourrait-il mieux nous éclairer ?

Par ailleurs, 2,3 % des financements supplémentaires du sous-objectif « Établissements de santé » seront fléchés en faveur de l'offre de soutien psychiatrique et psychologique. Ils seront notamment consacrés à la poursuite du renforcement de la pédopsychiatrie et à la structuration de la recherche et de l'innovation en santé mentale.

Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Je n'ai pas d'autre solution que de demander un rapport pour pouvoir mettre le sujet sur le tapis.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle adopte l'article 25 non modifié.

Après l'article 25

Amendement AS784 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Nous souhaitons vous alerter sur les dépassements d'honoraires dans les hôpitaux publics. En 2016, les médecins ayant exercé une activité privée dans les hôpitaux publics ont facturé 70 millions d'euros de dépassement d'honoraires. L'abus est manifeste pour les 7 % de médecins représentant 55 % du total des dépassements d'honoraires. Sept d'entre eux ont même facturé plus de 450 000 euros ! Cette tendance, peu en adéquation avec les exigences du service public, ne disparaît pas et gagne désormais les hôpitaux de proximité. Renforcer la régulation de l'exercice libéral dans les établissements de santé publics est donc nécessaire.

M. le rapporteur général. Parmi les praticiens pouvant exercer en libéral à l'hôpital public, seulement 10 % le font, et moins de la moitié d'entre eux exercent en secteur 2. En tout, ils ne représentent que 7 % de l'ensemble des médecins en secteur 2 : le problème est donc ailleurs.

Le taux moyen de dépassement d'honoraires des praticiens hospitaliers a déjà fortement diminué au cours des dernières années. Notre priorité est avant tout de favoriser l'attractivité des carrières à l'hôpital public, ce que nous avons fait avec le Ségur de la santé.

Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Nous avons exactement les mêmes chiffres : il nous arrive parfois d'être d'accord ! Cela étant, nous trouvons que 7 %, pour un service public, c'est encore trop.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS668 de M. François Ruffin.

Mme Caroline Fiat. Défendu.

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

Article 26 : Réforme du financement des urgences : honoraires des praticiens libéraux exerçant dans les structures d'urgence des établissements de santé ex-objectif quantifié national et report de l'entrée en vigueur du forfait patient urgence au 1^{er} janvier 2022

Amendement AS751 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Nous sommes opposés au forfait patient urgences, une participation forfaitaire à la charge des patients qui passent aux urgences sans être hospitalisés.

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

Amendement AS634 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Il s'agit de maintenir la prise en charge complète, sans avance de frais, des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME) passant aux urgences. La création

d'un forfait unique remplaçant les différents tickets modérateurs existants ne peut avoir pour conséquence un recul du droit aux soins des personnes vulnérables. Cet amendement est proposé par le collectif Inter-LGBT.

M. le rapporteur général. Votre amendement est satisfait, le forfait patient urgences étant entièrement couvert par la complémentaire santé solidaire pour les plus précaires ainsi que pour les patients bénéficiant de l'AME.

Demande de retrait.

L'amendement est retiré.

Amendement AS1094 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. L'amendement vise à appliquer les ajustements relatifs aux différents cas d'exonération du forfait patient urgences dès que celui-ci sera appliqué, afin d'éviter une entrée en vigueur en deux temps. Je propose donc de fixer cette date au 1^{er} janvier 2022.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS541 de Mme Delphine Bagarry.

Mme Albane Gaillot. Cet article prolonge d'un an l'expérimentation sur la réforme des transports sanitaires urgents pré-hospitaliers. Nous proposons de mettre fin à cette expérimentation ; maintenir l'organisation actuelle permettra de préserver le système de transports sanitaires urgents dans les territoires.

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

Amendements identiques AS428 de Mme Jeanine Dubié, AS849 de M. Thibault Bazin et AS1024 de Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Jeanine Dubié. L'article 66 de la LFSS 2012, qui organise l'expérimentation, prévoit des évaluations. Nous proposons qu'elles mesurent aussi l'impact sur le reste à charge des patients.

M. Thibault Bazin. Je saisis cette occasion pour lancer un appel sur les transports bariatriques. La sévérité de l'examen de recevabilité nous a interdit d'examiner les amendements qui proposaient leur prise en charge par l'assurance maladie, pourtant nécessaire : de nombreuses personnes ne peuvent en bénéficier alors qu'elles en ont besoin.

Mme Michèle de Vaucouleurs. L'amendement a très bien été défendu par ma collègue Jeanine Dubié.

M. le rapporteur général. Nous avons adopté l'année dernière, dans la LFSS, une demande de rapport sur les transports bariatriques. Nous l'attendons toujours. J'ai posé la question lors de l'audition de la CNAM et de la DGOS, nous pourrions à nouveau interroger le ministre en séance.

Sur les amendements identiques, je m'en remets à votre sagesse.

La commission adopte les amendements.

Puis elle adopte l'article 26 modifié.

Article 27 : *Évolution des activités des hôpitaux des armées*

La commission adopte l'article 27 non modifié.

Après l'article 27

Amendement AS345 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. L'amendement vise à créer un seuil plafond de financement à l'activité à hauteur de 50 % des ressources de chaque établissement de santé, afin de lutter contre les effets inflationnistes de la T2A.

M. le rapporteur général. Depuis que nous sommes arrivés au pouvoir, nous œuvrons pour sortir du « tout T2A » en réformant la tarification des urgences et le financement de la psychiatrie, et en expérimentant de nouveaux modes de financement au forfait – par exemple sur l'insuffisance rénale chronique – et de nouveaux modèles de financement des activités de médecine.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS407 et AS406 de Mme Hélène Vainqueur-Christophe.

Mme Hélène Vainqueur-Christophe. Le premier amendement vise à inscrire dans la loi la révision obligatoire, tous les trois ans, du coefficient géographique pour l'outre-mer afin d'améliorer le financement de nos établissements de santé, qui sont en grande souffrance. Rappelons que nous avons voté une demande de rapport sur cette question dans la LFSS 2020, et que celui-ci n'est toujours pas paru. Il s'agit d'un amendement d'appel – un appel à l'aide !

Le second amendement vise à tenir compte, pour la répartition des dotations des activités de soins psychiatriques, de l'éloignement des établissements situés dans des zones rurales, de montagne ou en outre-mer.

M. le rapporteur général. Concernant l'amendement AS407, je constate comme vous que le rapport sur les coefficients géographiques n'a pas été remis au Parlement. Cela devrait nous faire réfléchir sur l'intérêt des amendements proposant des rapports... Je vous invite à poser directement la question au ministre en séance : en tant que rapporteur général, il avait émis un avis favorable à cette demande. Demande de retrait.

S'agissant de l'amendement AS406, la loi que nous avons votée il y a deux ans prévoit déjà que la dotation populationnelle de psychiatrie doit prendre en compte la démographie, les caractéristiques et les besoins de la population, les caractéristiques de l'offre de soins sur le territoire mais aussi un objectif de péréquation entre régions. Cela répond entièrement à votre demande. Avis défavorable.

La commission rejette successivement les deux amendements.

Amendement AS1079 Mme Annie Vidal.

Mme Annie Vidal. L'amendement vise à intégrer des indicateurs relatifs aux dispositifs créés pour lutter contre les erreurs médicamenteuses dans le calcul de la dotation complémentaire accordée aux établissements de santé relative à l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ). Selon l'ANSM, un événement indésirable grave associé aux soins sur deux est lié à une erreur médicamenteuse, soit entre 10 000 et 30 000 décès évitables chaque année en France. Au-delà du lourd préjudice humain, ces erreurs ont également un coût non négligeable pour le système de soins et les établissements de santé en raison de l'allongement de la durée de séjour à l'hôpital.

M. le rapporteur général. La dotation IFAQ prend déjà en compte des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, dont la sécurité médicamenteuse est l'un des aspects.

Demande de retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement est retiré.

Amendement AS444 de Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. La dialyse à domicile et l'autodialyse offrent au patient une autonomie accrue et une meilleure qualité de vie. L'article 55 de la LFSS 2021 les a intégrées dans les indicateurs utilisés pour mesurer la qualité des soins dans un établissement. Or ces indicateurs n'ont toujours pas été publiés et les deux avant-projets de décret transmis aux acteurs du secteur ne contiennent aucun indicateur sur la dialyse à domicile et l'autodialyse, en contradiction avec la loi. L'amendement vise donc à faire paraître ces indicateurs, intégrant la dialyse et l'autodialyse, avant le 30 juin 2022.

M. le rapporteur général. S'agissant d'un problème d'application de la loi, il me semble plus opportun d'interroger le ministre en séance à ce sujet.

Demande de retrait ou, à défaut, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS29 de Mme Marine Brenier et AS393 de M. Joël Aviragnet, amendements AS721 de M. Éric Coquerel, AS413 de Mme Annie Chapelier et AS581 de Mme Jeanine Dubié (discussion commune).

Mme Marine Brenier. Il s'agit encore une fois d'une demande de rapport, monsieur le rapporteur général, car nos amendements à l'article ont été déclarés irrecevables. Le dispositif « engagement maternité » a été annoncé par Agnès Buzyn mais rien n'a été fait pour le moment. Par ailleurs, les modalités de financement de la profession de sage-femme doivent évoluer. Les revendications des sages-femmes sont tout à fait légitimes, nous devons les entendre.

M. Joël Aviragnet. L'« engagement maternité » doit définir dans chaque territoire les schémas d'accès aux soins, de prévention, les prises en charge pré- et post-partum, la permanence des soins périnataux et les mécanismes de prise en charge des urgences. Il doit permettre de définir des parcours lisibles pour les femmes et leur garantir la liberté de choix. Le rapport que nous demandons doit porter sur l'extension du dispositif à l'ensemble du

territoire, son financement par une dotation populationnelle et le renouvellement des indicateurs de périnatalité nécessaires.

Mme Caroline Fiat. Par l'amendement AS721, une demande de rapport était la seule façon pour nous d'aborder ce sujet, nos autres amendements ayant été jugés irrecevables.

Mme Annie Chapelier. Un état des lieux est absolument indispensable. L'« engagement maternité » est très prometteur et il serait dommage de couper les pattes à un dispositif aussi porteur pour l'offre de soins destinés aux femmes.

Mme Jeanine Dubié. Mon amendement propose que le Gouvernement remette au Parlement un rapport d'évaluation du dispositif « engagement maternité » largement évoqué par les précédentes interventions de mes collègues.

M. le rapporteur général. Nous devons faire le point sur ce dispositif que nous avons voté il y a deux ans. Pour mémoire, cet article propose, pour les femmes enceintes résidant à plus de 45 minutes d'une maternité, la prise en charge d'un hébergement non médicalisé à proximité de la maternité et des transports entre le domicile et la maternité. Nous avons en effet besoin d'éléments sur l'application de cette réforme.

Je vous propose donc de retirer vos amendements pour interpeller le ministre en séance. Il serait également utile de nous saisir de cette mesure lors du prochain Printemps de l'évaluation.

M. Joël Aviragnet. Pourriez-vous préciser quand le prochain aura lieu... ?

Mme la présidente Fadila Khattabi. Ce sera une année particulière...

M. le rapporteur général. Plutôt que de demander des rapports, interrogeons-nous sur ce que nous pouvons faire, par exemple dans le cadre du Printemps de l'évaluation. Je rappelle que nous avons voté, en juillet, son inscription dans la loi organique.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS145 de Mme Albane Gaillot.

Mme Albane Gaillot. Les maisons de naissance sont des lieux où se déroulent des accouchements physiologiques encadrés par des sages-femmes. Aujourd'hui, neuf femmes sur dix souhaitent la multiplication des maisons de naissance. Notre territoire en compte 8, contre 169 en Angleterre et une centaine en Allemagne. La multiplicité des lieux de naissance ne peut être que bénéfique pour les mères et favoriser un meilleur vécu post-partum. Aussi, cet amendement vise à faire un bilan de la généralisation des maisons de naissance et à ouvrir la possibilité de leur multiplication avec la création d'une maison de naissance par département.

M. le rapporteur général. Nous avons adopté l'année dernière un article sur les maisons de naissance, qui entrera en vigueur le 1^{er} novembre prochain. Une demande de rapport me semble donc prématurée.

Demande de retrait, sinon avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 28 : Isolement et contention

Amendements de suppression AS355 de M. Joël Aviragnet et AS701 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Certes, l'article 28 encadre l'isolement, ce qui constitue une avancée. Mais, dans un monde idéal où la psychiatrie aurait suffisamment de moyens, la contention n'aurait plus lieu d'être et l'on n'aurait pas besoin de l'encadrer.

M. le rapporteur général. Malheureusement, dans certaines situations, la contention semble difficilement évitable.

Je partage un certain nombre d'interrogations sur cette mesure et son rattachement à une LFSS. Toutefois, si nous ne faisons rien d'ici le 1^{er} janvier, à la suite de la nouvelle censure du Conseil constitutionnel, les hôpitaux psychiatriques publics seront dans le flou juridique le plus total. Nous leur devons de légiférer rapidement.

Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS704 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Pour répondre au rapporteur général, dans certains pays qui ont décidé de consacrer des moyens à la psychiatrie tels que l'Italie, la contention a disparu. « *L'isolement et la contention sont la pire atteinte à la liberté individuelle* » selon Dominique Simonnot, contrôleure générale des lieux de privation de liberté.

L'amendement de repli vise à limiter à un an l'application de l'article 28, dans l'attente d'une loi mettant fin aux pratiques de contention en psychiatrie.

M. le rapporteur général. Si l'article précise les modalités de saisine par le juge en cas d'isolement ou de contention, notre priorité principale reste d'abandonner ces pratiques au profit d'alternatives thérapeutiques. Il s'agit, non pas de donner un blanc-seing, mais au contraire de limiter au maximum de telles pratiques. Nous ne pouvons pas nous satisfaire de patients isolés ou sous contention et encore moins sur une longue durée, ce qui reste heureusement rare. Néanmoins, pour certains patients, de telles mesures resteront parfois nécessaires. Évidemment, le contrôle du juge ne dispensera pas d'appliquer les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé, très précises sur le sujet.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS703 de Mme Caroline Fiat.

M. Jean-Pierre Door. J'ai été saisi, probablement comme vous, par la présidente de la section éthique et déontologie du Conseil national de l'ordre des médecins. Selon elle, il conviendrait de préciser que l'information des personnes habilitées à saisir le juge incombe au médecin, dans le respect du secret médical.

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

Amendement AS740 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. J'appelle votre attention sur la contention dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Certaines habitudes ont été prises : les pyjamas que l'on ferme à l'arrière, prétendument pour protéger les patients ; les barrières dont l'usage « si besoin » est noté dans le dossier des patients dès leur arrivée. Ce sont autant de moyens de contention. Or la contention n'est pas anodine. Le recours à de tels dispositifs doit être sérieusement encadré, d'autant plus dans les EHPAD. Nous souhaitons réaffirmer le droit fondamental des usagers des établissements et services médico-sociaux à ne pas subir de contentieux.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

Je rappelle que la loi ne permet aujourd'hui l'isolement et la contention que dans les établissements publics pratiquant des soins sans consentement.

La commission rejette l'amendement.

Puis adopte l'article 28 non modifié.

Chapitre II

Renforcer la politique de soutien à la perte d'autonomie

Article 29 : *Revalorisations salariales dans le secteur médico-social*

Mme Jeanine Dubié. Il s'agit d'un article très important sur lequel tous nos amendements ont été déclarés irrecevables.

Je salue la revalorisation salariale d'un montant de 183 euros par mois dont le bénéfice est étendu à deux nouvelles catégories d'agents mais il est question d'agents publics exclusivement. Certains personnels ne percevront donc pas cette revalorisation. Nous avons été saisis par de nombreuses associations d'employeurs, notamment en Occitanie, qui s'inquiètent d'une inégalité de traitement qui risque de les mettre en très grande difficulté.

M. Joël Aviragnet. J'ai également été saisi par de nombreux services qui risquent de se trouver en difficulté faute de personnels, ceux-ci faisant le choix d'aller travailler dans le secteur public pour bénéficier de la revalorisation. Je ne sais pas comment y remédier dans l'immédiat mais il faut trouver un moyen d'éviter ce qui est un effet pervers de la mesure.

Mme Jeanine Dubié. J'ai oublié de vous demander pourquoi, d'après l'exposé des motifs, la mesure s'applique aux salariés exerçant dans les établissements médico-sociaux privés financés par l'assurance-maladie « sans que cette mise en œuvre ne nécessite toutefois de disposition législative » ?

Mme Caroline Janvier, rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Permettez-moi de rappeler ce que contient l'article 29, qui est très important.

Il transpose dans la loi les accords signés entre l'État et les partenaires sociaux le 11 février et le 28 mai derniers à l'issue des travaux de la « mission Laforcade ». Ceux-ci étendent le bénéfice du complément de traitement indiciaire de 183 euros nets mensuel instauré par la LFSS 2021. Désormais les personnels concernés sont : d'une part, les agents publics, à la fois les titulaires et les contractuels de la fonction publique hospitalière, exerçant

au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux rattachés aux établissements publics de santé ou aux EHPAD depuis le 1^{er} juin et, d'autre part, les personnels soignants, les aides médico-psychologiques (AMP), les auxiliaires de vie sociale (AVS) et les accompagnants éducatifs et sociaux (AES) des établissements et services médico-sociaux autonomes financés par l'assurance maladie à compter du 1^{er} octobre – il s'agit notamment des structures prenant en charge des personnes en situation de handicap. Cela représente 140 millions d'euros en année pleine.

À partir du 1^{er} janvier, ces revalorisations concerneront également le secteur privé non lucratif, ce qui permettra de toucher près de 110 000 personnes, pour un montant de 500 millions d'euros par an – c'est considérable. Je tenais à saluer cet effort historique.

Mme Gisèle Biémouret. La semaine dernière, j'ai visité une maison d'accueil spécialisée (MAS) pour des personnes très lourdement handicapées et dépendantes. Il s'agit d'un établissement privé à but lucratif. Les quatre-vingt-dix résidents ne peuvent rester sans soins pendant 48 heures, car ils ne peuvent ni boire ni manger seuls. Or 20 % des salariés ont quitté l'établissement pour aller travailler dans des EHPAD et bénéficier des 183 euros mensuels supplémentaires. Le tarif à la journée étant trop bas, la MAS ne peut financer une augmentation de salaire. Je comprends qu'on ne puisse pas aider des établissements privés mais il faudrait tout de même se pencher sur le problème.

Je suis sortie bouleversée de l'établissement. On n'imagine pas la dépendance de certaines personnes handicapées, dont on ne parle jamais.

M. Joël Aviragnet. Nous ne contestons pas la mesure mais nous sommes interpellés sur le terrain. Si la mesure est étendue à l'ensemble du secteur privé le 1^{er} janvier, le problème sera résolu puisque l'inégalité disparaîtra. Je voulais simplement vous alerter sur les dysfonctionnements et les effets pervers afin que vous puissiez y apporter une réponse d'ici à la séance.

Mme la rapporteure. Les revalorisations vont s'appliquer aux personnels du secteur sanitaire et des EHPAD. Le constat a notamment été dressé par Michel Laforcade, des négociations ont été menées. Les agents publics ont d'ores et déjà bénéficié de la revalorisation. Ensuite, ce seront les AMP, les AVS et les AES à compter du 1^{er} octobre. Quant au secteur privé non lucratif, c'est-à-dire le secteur associatif, les personnels soignants et paramédicaux percevront, à compter du 1^{er} janvier 2022, la même revalorisation que le personnel du secteur sanitaire. Ceux que l'on a qualifiés d'« oubliés du Ségur » sont bien pris en considération. C'est un effort important, qui coûte 500 millions d'euros par an.

Mme Jeanine Dubié. Je souhaiterais une réponse à ma question sur l'extension de la mesure aux établissements médico-sociaux privés qui ne nécessite pas de disposition législative.

Mme la rapporteure. Cela relève de la convention collective.

Nous y reviendrons, mais des rapprochements ont été annoncés par les fédérations d'employeurs, notamment Nexem et la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (FEHAP), qui permettront d'inclure l'ensemble des travailleurs de ces structures, y compris les travailleurs sociaux.

La commission adopte l'article 29 non modifié.

Après l'article 29

Amendement AS333 de M. Joël Aviragnet.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement vise à demander un rapport analysant le droit existant et faisant des propositions pour s'assurer que le complément de traitement indiciaire et l'indemnité équivalant aux compléments de traitement indiciaire sont revalorisés au rythme de l'inflation, et ce dès l'année 2022.

Mme la rapporteure. Ce sujet important relève du dialogue social et s'inscrit dans le cadre plus large de la revalorisation des salaires et du point d'indice dans la fonction publique. Cela nécessite des concertations avec les partenaires sociaux.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS334 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. L'amendement a pour objet de demander au Gouvernement un rapport sur l'application des mesures salariales du Ségur, d'une part, et de l'accord Laforcade, d'autre part, à l'ensemble des professionnels travaillant dans les secteurs de la santé, du médico-social et du social. Il s'agit ainsi de vérifier qu'il y a bien zéro « oublié du Ségur » comme le prétend le Gouvernement, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent.

En outre, le rapport doit évaluer l'impact des mesures sur les inégalités salariales constatées dans ces mêmes secteurs, l'attractivité de leurs métiers et les conséquences sur l'offre de soins, notamment dans les déserts médicaux.

Mme la rapporteure. Les personnels médicaux et paramédicaux bénéficient bien de 183 euros nets supplémentaires par mois à compter de différentes dates selon le secteur concerné – à partir du 1^{er} janvier pour le secteur privé non lucratif. Quant aux autres personnels accompagnants – les éducateurs, les moniteurs les encadrants, les psychologues –, des concertations doivent être menées.

Depuis une trentaine d'années, l'absence de rapprochement des conventions collectives 66 et 51 constitue un obstacle à la revalorisation du point d'indice. Or Nexem et la FEHAP ont annoncé leur intention de travailler sur ce sujet. Il est donc permis d'espérer que dans le cadre de ce rapprochement, la question d'une revalorisation pour l'ensemble des personnels accompagnants soit abordée.

Je le répète, les AMP, les AVS, et les AES sont bien concernés. À compter du 1^{er} janvier, tout le monde gagnera 183 euros nets de plus par mois.

M. Joël Aviragnet. J'ai bien entendu. Cependant, si nous sommes interpellés, c'est bien parce que certaines catégories de salariés ne sont pas concernées pour le moment. Dans certains secteurs, les salariés démissionnent car ils sont mieux payés ailleurs. La mesure est bonne, nous ne la contestons pas, mais il faut s'assurer sur le terrain que toutes les personnes sont traitées de manière égale s'agissant de leur rémunération.

Mme Véronique Hammerer. Si nous avons réussi à revaloriser les salaires des aides à domicile, c'est parce que les syndicats et les fédérations au sein de la branche de l'aide, de

l'accompagnement, des soins et des services à domicile ont su être force de proposition. C'est ce qui a permis de travailler sur les avenants n° 44 et n° 43 de la convention collective.

Pour tous les autres professionnels, tels que les éducateurs spécialisés, nous ne pouvons pas revaloriser les salaires parce qu'il faut revoir les conventions collectives 66 et 51. Je le dis sur le terrain : ce n'est pas que le Gouvernement ne veut pas, les professionnels doivent s'organiser pour être force de proposition.

Ensuite, comme vous le dit la rapporteure, pour les AMP, les AVS et les AES, la revalorisation doit entrer en vigueur à partir du 1^{er} janvier. Je ne vois pas pourquoi cela ne se ferait pas.

Mme la rapporteure. Le directeur de l'Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux de la région Centre me disait hier qu'à la suite du Ségur, certains professionnels, ayant constaté une différence entre leur salaire et celui qu'il pourrait percevoir dans les EHPAD ou dans les hôpitaux, sont partis. Mais cette perte d'attractivité ne va pas durer puisque la revalorisation interviendra pour ce secteur au 1^{er} janvier. Il s'agit d'un phénomène temporaire. Le PLFSS résout le problème pour l'année prochaine.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS263 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS308 de M. Bernard Perrut, AS499 de Mme Valérie Six et AS604 de M. Thibault Bazin.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il s'agit de demander un rapport mettant en parallèle les montants perçus par les EHPAD et les dépenses effectivement supportées à la suite du Ségur.

M. Bernard Perrut. Les EHPAD, tous secteurs confondus, s'accordent sur l'insuffisance des enveloppes budgétaires qui leur sont versées par les ARS afin de financer la revalorisation prévue par le Ségur.

Alors que tous les acteurs ont très vite salué cette mesure phare du quinquennat du Président de la République, il n'en reste pas moins que le coût réel est plus important que les financements publics perçus, laissant un surcoût non négligeable à la charge de structures déjà fragilisées par la crise sanitaire.

Il est donc nécessaire de mener une enquête nationale sur l'année 2021 afin de dresser un état des lieux et de comparer les montants perçus aux montants effectivement supportés par les EHPAD.

Il s'agit d'un amendement de bon sens destiné à prendre en considération les réalités sur le terrain et les attentes des établissements.

Mme Valérie Six. Le Ségur de la santé est un travail nécessaire qui a permis des revalorisations salariales historiques – nous le reconnaissons – mais il est aussi une source de frustrations. Mon collègue Pierre Morel-À-L'Huissier a interrogé le ministre des solidarités et de la santé à ce sujet lors des questions au Gouvernement hier. Il a mis en lumière le flou qui règne autour de l'éligibilité à la « prime Ségur », celle-ci dépendant de multiples critères, ainsi que la concurrence qui en résulte entre les établissements éligibles et ceux qui ne le sont pas.

Plusieurs établissements ont appelé notre attention sur la différence entre la dotation versée par l'État et la dépense effectivement supportée. C'est la raison pour laquelle l'amendement vise à demander au Gouvernement un rapport sur le différentiel constaté entre les crédits versés par l'État pour honorer les engagements du Ségur et les dépenses supportées par les établissements.

M. Thibault Bazin. Il me semble essentiel de s'inscrire dans la démarche de contrôle et d'évaluation qu'a proposée M. Isaac-Sibille dans l'article 6.

Les établissements ne peuvent pas proposer à ceux qui effectuent un remplacement – en contrat à durée indéterminée ou en intérim – une rémunération inférieure à celle des titulaires sinon ils souffriraient d'un problème d'attractivité. Il y a un écart entre les dépenses effectives des EHPAD et les dotations qui leur sont allouées pour assumer les revalorisations prévues par le Ségur.

Mme la rapporteure. Les amendements mettent en lumière une difficulté : les sommes allouées pour les revalorisations liées au Ségur ne correspondent pas aux coûts réels supportés par les établissements.

J'en ai discuté avec les fédérations et le Gouvernement. Deux problèmes se posaient : d'une part, dans certains cas, les cotisations patronales augmentaient du fait du dépassement du plafond d'exonération ; d'autre part, dans d'autres cas, le mode de calcul s'appuyait sur le taux d'encadrement des EHPAD publics, qui ne correspond pas à celui des petits EHPAD. Dans mon département, cela mettait particulièrement en difficulté les petites structures.

Sur ces deux sujets, une enquête a été menée par les ARS. Le premier problème a été résolu par l'instauration de compensations, financées notamment par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Quant au second problème, une enquête est toujours en cours afin de remédier à l'écart entre l'enveloppe allouée et le coût réel.

Avis défavorable car des solutions sont apportées au problème que vous soulevez.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS622 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Les personnels de santé ont cruellement souffert des mesures d'austérité prises ces dernières décennies, notamment du gel du point d'indice depuis 2010. Malgré le Ségur de la santé, la France demeure à la traîne : les infirmiers français se classent encore, selon l'Organisation de coopération et de développement économiques, à la dix-huitième place en matière de rémunération. Les jeunes continuent de quitter l'hôpital et les services et établissements médico-sociaux pour, au mieux, travailler à l'étranger, au pire, se reconvertir.

Pour rattraper la sous-indexation et le gel des pensions des dernières années, l'amendement invite le Gouvernement à réfléchir, à travers un rapport, à une revalorisation des traitements et pensions des soignants et personnels des services et établissements publics de santé et médico-sociaux. En février 2021, M. Véran nous avait promis des chiffres pour confirmer l'arrêt des démissions. Nous ne les avons jamais vus – c'est à croire que nous avons raison.

Mme la rapporteure. Je rappelle quelques chiffres : le PLFSS 2022, ce sont 560 millions d'euros de nouvelles revalorisations salariales, parmi lesquels 160 millions pour les catégories C, dont nous allons revoir les grilles indiciaires, et 120 millions d'euros pour les aides-soignants. Ces mesures s'ajoutent aux revalorisations salariales consécutives au Ségur sur la période 2020-2022. Cela représente près de 10 milliards d'euros de revalorisation pour les métiers de la santé et du médico-social.

Vous le voyez, notre majorité agit et continuera d'agir pour les soignants.

Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Ne nous faites pas dire ce que nous n'avons pas dit. Oui, vous avez agi, vous avez versé les fameux 183 euros, qui correspondent au rattrapage du gel du point d'indice.

Néanmoins, les démissions continuent, l'attractivité a disparu. Demandez à vos directeurs d'hôpitaux combien de places vacantes ils ont ! Il faut trouver une solution, et celle-ci passe par la hausse des salaires.

Vous avez augmenté les salaires, mais pas suffisamment pour restaurer l'attractivité et faire en sorte que nous ne manquions pas de soignants.

Mme Véronique Hammerer. La revalorisation salariale est, certes, un élément de l'attractivité – il y avait matière à rattrapage et nous l'avons fait – mais elle n'est pas le seul. L'attractivité est aujourd'hui minée par la pénurie de personnels. Ainsi, sur une promotion de 183 étudiants, 90 sont diplômés et 50 travaillent mais nous ne savons pas où sont les autres.

Madame Fiat, moi aussi je vais dans les hôpitaux et je ne nie pas l'importance de la revalorisation salariale, mais le problème vient surtout de la pénurie. Dans les MAS, la situation est parfois dramatique. J'ai déjà donné l'alerte à plusieurs reprises, mais que faire ? Nous pourrions peut-être commencer par repérer dans chaque département les établissements les plus en difficulté pour essayer d'apporter des réponses au cas par cas.

Mme Monique Iborra. Demander toujours plus, pourquoi pas ? C'est le rôle de l'opposition !

Pour vous, 500 millions d'euros, ce n'est rien, c'est comme si nous n'avions rien fait ! Il faudrait payer plus les gens pour qu'ils viennent travailler. Mais si c'était vrai, nous n'aurions pas les mêmes problèmes dans d'autres secteurs ! N'oublions pas que nous venons de connaître avec l'épidémie une situation inédite qui a profondément modifié les conditions de travail et la psychologie. Nous ne pouvons pas tout faire en même temps. Aujourd'hui, ce gouvernement fait ce qu'aucun autre n'a pensé à faire avant lui – sinon cela aurait été fait depuis longtemps. Ce n'est pas suffisant à vos yeux, mais il faut tout de même raison garder.

Mme Caroline Fiat. Depuis quatre ans, j'explique qu'il ne faut pas tout miser sur le salaire et qu'il faut donner les moyens financiers, humains, techniques et matériels pour attirer de nouveau. Depuis deux ans, je vous dis que 180 000 infirmiers diplômés d'État ont changé de profession et qu'il faut les auditionner pour savoir à quelles conditions ils reviendraient.

Vous vous demandez où aller chercher du personnel : écoutez les propositions de La France insoumise !

La commission rejette l'amendement.

Article 30 : *Réforme du financement et transformation de l'offre des services à domicile de l'autonomie*

Amendement AS542 de Mme Delphine Bagarry.

Mme Albane Gaillot. L'article 30 instaure une tarification/heure plancher nationale afin de consolider le financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). L'amendement propose que la fixation de ce taux horaire soit arrêtée après un avis non contraignant de la CNSA.

Mme la rapporteure. L'article 30 définit le tarif socle. Aujourd'hui, chaque département fixe son propre tarif de référence pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile. Or on constate des disparités importantes d'un département à l'autre : si le tarif médian de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) s'établit à 21 euros environ de l'heure, dans certains départements, il est encore à 16 euros. La carte de France qui figure dans le rapport de la commission montre à quel point les écarts sont importants.

Le Gouvernement a entendu les demandes que les fédérations formulaient bien avant notre arrivée aux responsabilités. Le Premier ministre a donc annoncé que le tarif socle serait de 22 euros. Je ne saisis pas très bien l'intérêt de demander à la CNSA de se prononcer, d'autant que son avis ne sera pas contraignant. En outre, les membres du conseil de la CNSA ont déjà eu l'occasion de réagir à cette annonce.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS958 de M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. L'article 30 instaure un tarif plancher. Les disparités rappelées par la rapporteure montrent bien que l'effort était nécessaire. Le tarif minimal est désormais fixé à 22 euros – c'est un signe important envoyé aux acteurs du soin à domicile. Mieux payer et mieux former les gens permettrait de lutter contre la pénurie de personnels dans ce secteur.

Je souhaite appeler votre attention sur la répercussion de l'augmentation du tarif : si 80 % de la hausse profite à l'association gestionnaire et 20 % au salarié, ce sera un coup d'épée dans l'eau. Je le dis car j'ai pu constater dans mon territoire combien les situations étaient disparates selon les associations. Il faut une répartition équilibrée afin d'éviter que l'effort financier consenti par le Gouvernement ne soit détourné de son objectif, qui reste de mieux rémunérer les salariés – on ne comprendrait pas que cela finance une hausse des frais de gestion de l'association. C'est l'objet de cet amendement placé sous le signe de l'équité.

Mme la rapporteure. Le virage domiciliaire doit en effet profiter aux aides à domicile. Nous avons agi en ce sens l'année dernière en allouant 200 millions d'euros, ce qui a permis d'agréer l'avenant n° 43 et de procéder à des augmentations allant jusqu'à 15 % sur la fiche de paie des salariés.

Avec le tarif plancher, nous poursuivons des objectifs bien différents. Il s'agit, d'une part, de solvabiliser les services à domicile, dont les coûts de revient sont trop supérieurs aux

tarifs proposés par les départements, et, d'autre part, de garantir l'équité sur l'ensemble du territoire.

Même si je comprends votre intention, mon avis est donc défavorable.

M. François Ruffin. La somme de 240 millions d'euros qui nous est annoncée représente environ 28,5 euros par AVS. Une partie de cette somme ira à l'association, une autre arrivera peut-être dans la poche des salariés. En tout état de cause, il ne s'agit absolument pas d'une mesure d'ampleur.

Ensuite, vous dites avoir entendu les attentes des fédérations. Ces dernières estiment aujourd'hui leur coût de revient à 25 euros ; or vous fixez le tarif plancher à 22 euros. Les associations continueront donc à être sous l'eau avec un tel tarif. Les auxiliaires de vie sociale ne verront vraisemblablement pas la couleur des moyens annoncés puisqu'ils serviront finalement à maintenir les structures à flot et non à leur sortir durablement la tête de l'eau.

Nous sommes dans le bidouillage. Ce sont des mesures cosmétiques, en aucun cas destinées à construire un métier dont on sait qu'il est un métier d'avenir en raison de la pénurie de personnels. Compte tenu des conditions de rémunération et de travail, les mesures que vous proposez n'amèneront pas d'air dans ce métier.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS612 de M. François Ruffin.

M. François Ruffin. Nous commençons une série d'amendements sur les AVS, dont tout le monde répète qu'elles font un travail formidable et qu'elles sont indispensables, mais à quel prix ? Au prix d'un petit bout de contrat le matin, un petit bout de contrat le midi, un petit bout contrat le soir, pour arriver à 53 heures par semaine pour un revenu de seulement 682 euros en moyenne, selon le ministère du travail.

Je réclame pour elles au moins le salaire minimum. Nous n'y parviendrons pas en augmentant leur taux horaire de 2 %, 5 % ou 10 %. Il faut instaurer le travail en tournée, avec une équipe du matin qui travaille de 7 à 14 heures, et une équipe de l'après-midi qui travaille de 14 à 21 heures. C'est l'objet de l'amendement AS691. Avec une telle organisation, elles passeraient d'un temps partiel-salaire partiel à un temps plein-salaire plein. En outre, elles pourraient avoir une vie sociale et familiale, qui est bien compliquée lorsque le travail est découpé en petits bouts tout au long de la journée.

Il faudrait aussi prendre au sérieux l'expression « auxiliaire de vie sociale ». Il n'est pas question d'« auxiliaire de survie ». Il ne s'agit pas d'entrer dans la maison d'un vieux monsieur, d'ouvrir ses volets, de le sortir du lit, de le nettoyer, de l'habiller et de lui donner à manger, certes avec de la tendresse dans les gestes et dans les mots, mais en regardant sa montre, parce qu'on a une demi-heure pour faire tout ça avant de repartir. L'AVS devrait apporter de la vie sociale à la personne en l'accompagnant dans des temps un peu plus creux, pour aller au cinéma, ou déposer une fleur sur la tombe de son mari décédé. Voilà pourquoi la mesure centrale consiste à réorganiser le temps de travail et à aller vers du travail en tournée.

L'amendement AS612 vise à conditionner la hausse du tarif de l'APA à l'établissement d'un diagnostic du lieu d'habitation du bénéficiaire afin de diminuer les accidents du travail. On sait en effet que les AVS ont plus d'accidents du travail que les salariés du secteur du bâtiment et des travaux publics.

Mme la rapporteure. Cet amendement conditionne l'application du tarif socle à un diagnostic, et les suivants posent d'autres conditions qui vous semblent indispensables pour améliorer la qualité de vie des AVS.

Je partage vos constats, en particulier sur les temps de coordination et de formation ou sur la sécurisation du lieu d'intervention. Néanmoins, vous n'utilisez pas le bon outil. L'instauration du tarif socle répond à une demande très ancienne. Les fédérations nous ont fait part de leur satisfaction à l'égard de cette mesure qui permettra non seulement d'améliorer le modèle économique des structures mais aussi d'assurer une équité territoriale.

J'ajoute que la ministre déléguée chargée de l'autonomie nous a annoncé, lors de son audition lundi, le versement d'une dotation complémentaire de 3 euros – portant ainsi le tarif horaire à 25 euros –, qui sera soumis, et cela rejoint votre préoccupation, à divers critères tels que l'éloignement géographique, l'amplitude horaire, le niveau de dépendance de la personne accompagnée, mais aussi la qualité de vie au travail, notamment du point de vue de la coordination.

Avis défavorable, donc.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS691 de M. François Ruffin.

M. François Ruffin. On ne résoudra pas le problème de ces femmes qui, bien qu'elles travaillent, se situent sous le seuil de pauvreté avec des centaines de millions : ce sont des milliards qu'il faut investir, comme on le fait dans le cadre de France 2030 !

Par cet amendement, nous proposons de diminuer l'intensité du travail car, en enchaînant les tâches pénibles toute la journée, ces femmes s'usent physiquement. C'est pourquoi elles sont davantage victimes d'accidents du travail que les salariés du bâtiment et des travaux publics. Nous, députés, ne sommes pas payés à raison du temps que nous passons à parler dans un micro. Ces personnes, en revanche, sont payées uniquement pour le temps de leur intervention. La clef, pour les sortir de la pauvreté et doter leur métier d'un statut et d'un revenu, c'est le décompte de leur temps de travail. Or, à ce jour, je ne perçois pas la volonté du Gouvernement d'agir dans ce domaine. Si on peut gratter 30 ou 50 euros, on les prend, car cela permet de remplir un caddie, mais ce n'est pas ainsi que ces professionnelles passeront au-dessus du seuil de pauvreté.

Mme la rapporteure. Avis défavorable, pour les mêmes raisons que celles que j'ai exposées précédemment. J'ajoute que le Gouvernement travaille à l'élaboration d'un plan national pour l'amélioration des métiers du grand âge, qui reprend certaines des recommandations du rapport El Khomri. De nombreuses actions sont donc en cours, que ce soit en matière de formation, de prévention des risques ou de coordination. Vous avez raison de rappeler ces enjeux : ils sont essentiels. Mais sachez que le Gouvernement travaille, et que les mesures qui nous sont soumises permettent des améliorations substantielles.

M. François Ruffin. Je n'ai pas à ma disposition d'autre véhicule législatif que ces amendements visant à conditionner l'aide, au demeurant insuffisante, versée aux associations. L'an dernier, j'avais déposé les mêmes amendements, issus du rapport que j'ai cosigné avec Bruno Bonnell, et il nous avait été répondu qu'on nous soumettrait un projet de loi relatif à l'autonomie et que ce serait formidable car bien mieux que le petit travail législatif que je

proposais. Ce texte a été annoncé cinq fois, et on y a renoncé cinq fois ! Cette année, vous nous faites le coup du plan national sur les métiers du grand âge. Non : à un moment, il faut agir ! Et nous devons avoir notre mot à dire sur la manière dont on limite le temps partiel contraint, avec des petits bouts de contrat dans tous les sens, et dont on organise le temps de travail, comme il l'est pour les autres professions.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS693 de M. François Ruffin.

M. François Ruffin. La profession d'auxiliaire de vie doit demeurer ouverte : il ne faut pas forcément exiger des personnes qui souhaitent l'exercer un haut niveau de qualification ou un diplôme. En revanche, il faut que, dès qu'elles commencent, elles se voient offrir une formation sérieuse. De fait, écouter des personnes âgées, les soulever, leur donner à manger, c'est un véritable métier, qui ne relève pas seulement de compétences acquises par les femmes dans le cercle familial : il exige la maîtrise de divers savoir-faire. C'est pourquoi les associations et les entreprises du secteur devraient avoir l'obligation d'offrir une formation qualifiante à leurs salariés, dès la première année suivant leur recrutement.

Mme Annie Vidal. Je suis heurtée par certains des propos de M. Ruffin. Certes, il faut permettre à toutes les personnes qui travaillent de se former tout au long de la vie, mais on ne peut pas dire qu'on envoie à domicile des professionnelles qui ne sont pas formées et ne sont pas à l'écoute. Car, dans l'exercice de mon métier et à titre personnel, j'ai rencontré des personnes qui, auprès d'une personne fragile, savent faire les bons gestes, avec l'écoute et la douceur nécessaires. Il est vrai que ces professionnelles peuvent être fatiguées et souffrir de pathologies lombaires notamment, mais cessons de dire que l'on envoie auprès des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap des gens qui ne savent pas écouter ou être tendre, car ce n'est pas vrai !

M. François Ruffin. Je ne peux pas laisser dire cela. Je connais, bien entendu, la capacité d'écoute et de tendresse de ces femmes. Mais, je le dis, beaucoup d'entre elles n'ont pas suivi de formation et cela ne leur facilite pas la tâche. Ne serait-ce que pour porter une personne, il faut connaître un certain nombre de postures si on veut éviter de se blesser. Les troubles provoqués par la maladie d'Alzheimer ne sont pas faciles à gérer pour qui n'y a pas été préparé. Donc, oui, il faut être formé pour pouvoir affronter ces différentes difficultés.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS695 de M. François Ruffin.

M. François Ruffin. Encore une fois, il n'est pas naturel de s'occuper, du jour au lendemain, de personnes âgées. C'est pourquoi il me paraît nécessaire d'instaurer un tutorat assuré par une auxiliaire de vie expérimentée. Du reste, il faudrait réfléchir aux fins de carrière des auxiliaires de vie, car beaucoup finissent en invalidité parce que leur corps est usé ou parce qu'elles ont été victimes d'accidents du travail. Quelles passerelles leur propose-t-on ? Aucune. Or elles pourraient encadrer d'autres auxiliaires de vie, par exemple, devenir formatrices ou aides-soignantes.

Mme la rapporteure. Encore une fois, vos constats sont justes, mais il me semble que le tarif socle n'est pas l'outil adéquat pour résoudre les problèmes que vous soulevez.

Avis défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Monsieur Ruffin, ne généralisez pas : je connais des auxiliaires de vie qui sont devenues aides-soignantes. Je vous poserai une seule question : cet article va-t-il dans le bon sens ?

M. François Ruffin. S'il y a 240 millions à prendre, je les prends ! Mais nous parlons de personnes qui travaillent 53 heures par semaine pour 682 euros par mois. On nous propose d'augmenter leur salaire de 28 euros – dans l'hypothèse optimiste où leur employeur reverserait l'intégralité de l'augmentation –, de sorte qu'il atteindrait 710 euros. Et vous voudriez que j'applaudisse ? La moindre des choses serait de les payer au salaire minimum. Tout le monde a le droit au SMIC ! Pourquoi ces personnes, dont on reconnaît qu'elles font un travail formidable, n'y ont-elles pas droit ?

Vous me dites, madame la rapporteure, que ce n'est ni le lieu ni le moment. Dites-moi quel budget il faut amender, et je le ferai. Pour l'instant, je n'ai toujours pas trouvé. À chaque fois que je suis allé quelque part, on m'a fait la même réponse !

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS696 de M. François Ruffin.

M. François Ruffin. Les spécialistes de l'audit social que nous avons auditionnés avec Bruno Bonnell, et qui ont exercé dans des centres d'appels, dans le bâtiment ou dans l'industrie, nous ont confié que, lorsqu'ils avaient audité pour la première fois le secteur de l'aide à domicile, ils étaient tombés de l'armoire. « *C'était Zola* », nous ont-ils dit. De fait, les auxiliaires de vie cumulent plusieurs difficultés : à la pression de leur employeur concernant leur temps de travail ou leur salaire s'ajoute parfois celle de l'usager, qui n'est pas toujours le meilleur des hommes. Elles peuvent ainsi être victimes d'injures, de harcèlement sexuel... – et elles exercent leur activité dans un domicile privé, où l'inspecteur du travail n'a pas le droit de se rendre. Or elles n'ont pas de lieu où elles peuvent se confier. Il me semble donc que chaque département pourrait nommer un médiateur, qu'elles pourraient appeler ou rencontrer pour qu'il les aide à régler les problèmes qu'elles rencontrent.

Mme la rapporteure. Défavorable, toujours pour les mêmes raisons.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Monsieur Ruffin, croyez-vous que les responsables des associations ou des services ne font pas ce travail ?

M. François Ruffin. Lorsqu'on a des difficultés de cette nature – dont un grand nombre d'AVS nous ont fait part durant leur audition –, ce n'est pas toujours à son supérieur hiérarchique que l'on va spontanément se confier, d'autant que le téléphone portable a réduit les contacts physiques.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS698 de M. François Ruffin.

M. François Ruffin. Auparavant, même si elles étaient isolées, les auxiliaires de vie avaient des contacts avec leur hiérarchie ou leurs collègues, notamment lorsqu'elles se rendaient au siège de l'association pour prendre connaissance de leur planning. Ce n'est plus le cas aujourd'hui : l'utilisation des outils numériques a renforcé leur isolement. Or c'est un métier dans

lequel on encaisse une souffrance psychologique importante, ne serait-ce que parce que les personnes qu'on aide et auxquelles on s'attache vont bien souvent vers la mort. Il est donc nécessaire de disposer d'un lieu où alléger les souffrances accumulées dans son cœur.

L'efficacité de ces lieux est illustrée par l'initiative de la mairie de Dieppe, par exemple, qui organise des groupes de parole hebdomadaires : les participantes se sentent tellement soulagées qu'elles s'y rendent même pendant leurs vacances. Pour casser le sentiment d'isolement et commencer à construire un collectif de travail, il faut à tout le moins organiser ce type de groupes de parole.

Mme la rapporteure. Avis défavorable, pour les mêmes raisons. Mais, là encore, je ne nie pas le besoin de temps de supervision et d'échanges.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS642 M. François Ruffin.

M. François Ruffin. Il s'agit de s'assurer que les auxiliaires de vie ont tous les équipements nécessaires à leur protection si une nouvelle crise sanitaire devait survenir. Faut-il rappeler que, l'an dernier, au cœur de la crise, elles n'avaient accès, n'étant pas reconnues comme des professionnelles du secteur médical ou paramédical, ni aux masques, ni aux surblouses ni au gel hydroalcoolique ? Elles doivent désormais être considérées comme prioritaires.

En conclusion, Christine Erhel, économiste, s'est vu confier par le ministère du travail une mission sur les professions pouvant être considérées comme indispensables. Elle en a recensé quatorze, parmi lesquelles figurent notamment les professions d'agriculteur, de sylviculteur, de maraîcher, de caissier, d'agent de grande distribution et celle d'AVS. Elle montre que les personnes exerçant ces métiers sont sous-payées et se perçoivent comme telles. Quelle conclusion politique le ministère du travail a-t-il tirée de ce rapport académique ? Il fait confiance au dialogue social pour aboutir à quelque chose d'intéressant... Non, la solution ne naîtra pas spontanément du dialogue social ou de la main invisible du marché. Ce qui intéresse les auxiliaires de vie, c'est d'avoir un statut et d'être rémunérées au-dessus du salaire minimum. Or, il faut dire la vérité, ce n'est possible que si la volonté politique d'y consacrer des milliards existe.

Si cette volonté politique s'était manifestée, on aurait pu sortir par le haut, non seulement de la crise sanitaire, mais aussi de celle des « gilets jaunes », car beaucoup des femmes qui se trouvaient sur les ronds-points sont des AVS, des assistantes maternelles ou des aides à domicile. On a manqué l'occasion de redonner de l'espoir aux classes populaires, et je le regrette, même si, encore une fois, tout ce qui peut constituer des petits mieux, je le prends.

Mme la rapporteure. Défavorable.

M. Pierre Dharréville. La situation décrite par François Ruffin mérite une action beaucoup plus vigoureuse que celle que mène le Gouvernement, car le problème, je l'avais dit au sujet des aidants, est à l'évidence d'ordre structurel. Nous nous devons de définir les contours d'une action publique qui soit à la hauteur et permette de respecter non seulement les personnes aidées et leurs familles, mais aussi celles et ceux qui les aident et qui ont besoin d'une véritable reconnaissance. C'est une question dont nous devons nous saisir avec vigueur,

car nous ne pouvons pas laisser perdurer cette situation, dont vous avez admis la réalité, madame la rapporteure.

Mme Gisèle Biémouret. Les amendements de M. Ruffin sont d'autant plus importants que, Mme la ministre déléguée l'a dit, les personnes sont favorables au maintien à domicile, et que la majorité entend l'encourager. Or, si c'est véritablement ce que l'on veut, il faut tout de même que les AVS bénéficient d'une formation, d'une reconnaissance et d'un meilleur salaire.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS249 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS316 de M. Bernard Perrut, AS490 de Mme Valérie Six, AS584 de M. Thibault Bazin et AS1081 de Mme Annie Vidal.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'article 32 du projet de loi prévoit que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) puissent demander une autorisation de délivrer des prestations d'aide et d'accompagnement afin d'évoluer vers des services autonomie. Nous proposons que les SAAD qui le souhaitent puissent proposer une offre de soins intégrée après autorisation de l'ARS. En bref, il est prévu de permettre aux SSIAD de devenir des SAAD ; nous souhaitons que les SAAD puissent devenir des SSIAD.

M. Bernard Perrut. On parle beaucoup de la réussite du virage domiciliaire, mais celle-ci suppose que les SAAD puissent être un élément central de l'organisation de l'offre globale d'accompagnement et de soins telle que prévue à l'article L. 313-12-0 du code de l'action sociale et des familles. Or, si l'article 30 prévoit que les SSIAD pourront demander une autorisation de délivrer des prestations d'aide et d'accompagnement afin de pouvoir pleinement se transformer en services autonomie, il ne prévoit pas la possibilité pour un SAAD de délivrer des prestations de soin, donc de remplir l'ensemble des prestations des nouveaux services autonomie.

Il est pourtant essentiel de permettre aux SAAD volontaires de se médicaliser en interne au lieu de leur imposer une obligation de conventionnement avec un ou plusieurs services ou professionnels dispensant une activité de soins à domicile. C'est pourquoi nous proposons de permettre à tout SAAD volontaire de développer également une offre de soins intégrée, en lui permettant de demander une autorisation de délivrer des prestations de soin auprès des ARS.

Mme Valérie Six. L'article 30 permet aux services de soins infirmiers à domicile de demander une autorisation de délivrer des prestations d'aide et d'accompagnement. Nous déplorons que les SAAD ne soient pas intégrés au dispositif car, pour réussir le virage domiciliaire, il importe de faire de ces services un élément central de l'organisation de l'offre globale d'accompagnement et de soins. En conséquence, nous proposons que tout SAAD volontaire puisse développer également une offre de soins intégrée, en lui permettant de demander une autorisation de délivrer des prestations de soin auprès des ARS.

M. Thibault Bazin. Les maillages respectifs des SAAD et des SSIAD varient selon les territoires. Il pourrait donc être intéressant, du point de vue de la souplesse et de la flexibilité, d'autoriser les SAAD, éventuellement dans le cadre d'une expérimentation, à servir des prestations susceptibles d'être prises en charge par les organismes d'assurance maladie. Ce dispositif relève en quelque sorte de la couture territoriale, mais – je m'adresse à

l'urgentiste que vous êtes, monsieur le rapporteur général – la situation est véritablement urgente dans certains territoires.

Mme Annie Vidal. En l'état actuel des choses, l'article 30 ne permet pas aux SAAD – la direction de la sécurité sociale (DSS) en convient – de demander directement une autorisation auprès des ARS. Ce qui leur est proposé, c'est de conventionner avec un SSIAD ; or tous ne le pourront pas.

Mme la rapporteure. Je souhaite dissiper ce qui me semble être un malentendu. En effet, un SAAD peut d'ores et déjà solliciter une autorisation pour proposer des prestations de soin, en se transformant en service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Par ailleurs, l'objectif de l'article 30 est de permettre que les 2 000 SSIAD se rapprochent des 8 700 SAAD. Par conséquent, les SAAD volontaires auront tout le loisir de s'associer à des SSIAD ou à des professionnels de santé.

Je vous demande donc de bien vouloir retirer vos amendements ; à défaut, avis défavorable.

Mme Monique Iborra. Ces amendements sont *a priori* justifiés dans la mesure où ils permettraient d'accélérer une évolution que nous attendons depuis plusieurs années. Mais, lorsque nous en avons discuté avec les membres du cabinet de la ministre déléguée – peut-être l'administration centrale a-t-elle dit le contraire mais je me fie davantage aux ministres –, il nous a été clairement dit qu'il suffisait que les SAAD demandent l'autorisation aux ARS, lesquelles ont pour mission, je le rappelle, de contrôler qu'on ne fait pas n'importe quoi.

M. Thibault Bazin. Madame la rapporteure, les choses sont parfois un peu trop subtiles pour nous... Mais, en l'espèce, nous ne proposons pas une évolution jusqu'au SPASAD : l'objet de nos amendements est de permettre la constitution d'un système hybride qui offre une certaine flexibilité. En permettant également aux SAAD de se rapprocher des SSIAD, nous pourrions combler les trous qui peuvent exister dans le maillage territorial de ces derniers. Il faut, me semble-t-il, que nous en discutons en séance publique avec la ministre de manière à connaître son avis.

Mme Annie Vidal. Manifestement, les choses ne sont pas claires. Encore une fois, selon la DSS, un SAAD qui souhaite passer au statut de service autonomie en recrutant du personnel infirmier ne peut pas adresser directement sa demande à l'ARS : il doit conventionner avec un SSIAD.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Mme Iborra vient de nous dire clairement que nous avons raison : écrivons-le dans la loi !

Mme Monique Iborra. Attendons d'avoir la confirmation de la ministre.

Mme Valérie Six. Puisque nous sommes tous d'accord, la commission pourrait émettre un avis en ce sens. Rien n'empêche le Gouvernement de donner le sien en séance publique.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS1009 de M. Thierry Michels.

M. Thierry Michels. Nous débattons avec passion des moyens à mettre en œuvre pour réussir la revalorisation du travail de nos soignants et de celles et ceux qui accompagnent nos aînés et les personnes handicapées. Le financement des SAAD par l'instauration d'un tarif plancher de 22 euros, complété par un montant variable de 3 euros pour valoriser la qualité du service ou sa nature exceptionnelle, est très positif. Mais il convient de prévenir certains effets de bord en évitant que certains départements ne soient incités à geler leur contribution et leur tarif et, à l'inverse, que ceux qui ont trop longtemps serré la vis de la tarification au détriment de la qualité ne soient favorisés.

Notre amendement a donc pour objet de permettre aux citoyens de savoir qui fait quoi et à quel niveau, non pas en publiant un rapport *a posteriori*, mais en mettant à leur disposition en temps réel les informations sous la forme de données ouvertes, dites *open data*. Cela peut paraître ambitieux, mais c'est possible : la CNSA publie déjà ses contributions aux départements concernant certaines prestations pour l'année 2021, au moins à titre prévisionnel, et le baromètre des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) a été créé pour rendre visibles les délais d'attribution des aides ou la mise en place des droits à vie des personnes handicapées.

Grâce à ces informations, nous pourrions nous assurer du respect de notre objectif : la meilleure prise en compte des besoins de nos concitoyens et la lutte contre les inégalités territoriales. On ne peut en effet améliorer que ce que l'on mesure.

Mme la rapporteure. Je partage votre souci de disposer d'un maximum de données sur la répartition des financements. Toutefois, je vous propose de retenir l'amendement suivant, déposé par Monique Iborra, afin que nous disposions d'un bilan consolidé de la mise en place du tarif socle. Je vous demande donc de bien vouloir retirer l'amendement ; à défaut, avis défavorable.

L'amendement est retiré.

Amendement AS1065 de Mme Monique Iborra.

Mme Monique Iborra. Je laisse à M. Michels le soin de le défendre.

M. Thierry Michels. Il s'agit d'un amendement de repli par lequel on propose, plutôt qu'une solution du XXI^e siècle, c'est-à-dire une information en temps réel, une solution du XX^e siècle, c'est-à-dire la publication d'un rapport, tout en étant conscient, monsieur le rapporteur général, madame la rapporteure, de votre peu d'appétence pour les solutions papier.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 30 modifié.

Après l'article 30

Amendement AS796 de Mme Sylvia Pinel.

Mme Jeanine Dubié. Défendu.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette l'amendement.

Article 31 : *Extension des missions des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*

Amendement AS94 de M. Philippe Chalumeau.

M. Philippe Chalumeau. Il s'agit d'alléger les contraintes administratives qui pèsent sur la création d'une mission de centre de ressources territorial. En effet, l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles précise que les projets qui font appel partiellement ou intégralement à des financements publics sont soumis à un appel à projets. Afin que les initiatives fleurissent dans les territoires et que les établissements médico-sociaux puissent se saisir de cette mission, nous proposons de lâcher la bride en ajoutant ces projets à la liste de ceux qui sont dispensés de la procédure d'appel à projets. Le contrôle se fera *a posteriori*.

Mme la rapporteure. Je comprends votre objectif mais, dès lors que tous les EHPAD n'ont pas vocation à devenir des centres de ressources, il faut bien recourir à une procédure qui permette d'évaluer les projets, qu'il s'agisse d'un appel à candidatures ou d'un appel à projets – le texte n'apporte pas de précisions sur ce point.

Je vous propose donc de retirer l'amendement ; à défaut, avis défavorable.

M. Philippe Chalumeau. Je vais retirer l'amendement, mais je tenais à lancer une alerte à ce sujet. Peut-être demanderons-nous ultérieurement un rapport.

L'amendement est retiré.

Amendement AS96 de M. Philippe Chalumeau.

M. Philippe Chalumeau. Cet amendement vise à résoudre la problématique de la gouvernance dans le cadre de la création d'une mission EHPAD centre de ressources territorial, en proposant de la soumettre pour avis au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA).

Le CDCA a remplacé le conseil départemental consultatif des personnes handicapées et le comité départemental des retraités et personnes âgées, en application de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement de la population. Présidé par le président du département, il est composé de plusieurs collèges : représentants des personnes âgées et handicapées, des proches aidants, des institutions, des professionnels de santé... Sa principale mission est de faciliter la coconstruction des politiques territoriales d'autonomie en émettant des avis et des recommandations. Aussi pourrait-on lui soumettre pour avis la création des missions de centre de ressources territorial.

Mme la rapporteure. Je comprends votre préoccupation concernant la gouvernance locale des politiques publiques de soutien à l'autonomie, mais je crains que l'avis du CDCA n'alourdisse le processus et ne complexifie la mise en œuvre de ces nouvelles missions.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS708 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Nous proposons de réserver le bénéfice de l'expérimentation proposée aux EHPAD publics.

Mme la rapporteure. Je ne crois pas qu'il faille utiliser ce dispositif pour favoriser un type d'EHPAD. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS705 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Nous proposons d'exiger des EHPAD participant à l'expérimentation qu'ils atteignent le ratio minimal d'encadrement des résidents préconisé dans le rapport que j'ai cosigné avec Mme Iborra, à savoir un ratio de six professionnels pour dix résidents.

Mme la rapporteure. Là encore, l'adoption de votre amendement aurait pour conséquence de restreindre le dispositif. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. L'expérimentation aurait davantage de valeur si le ratio d'encadrement minimal pour mettre fin à la maltraitance institutionnelle était respecté. Je ne vois pas l'utilité de mener une expérimentation sans personnel soignant.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS732 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Nous proposons que l'expérimentation soit réservée aux EHPAD qui sont habilités à l'aide sociale pour la moitié de leurs places.

Mme la rapporteure. Défavorable, pour les mêmes raisons que précédemment.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1066 de Mme Monique Iborra.

Mme Monique Iborra. Cet amendement du groupe La République en Marche vise à assurer l'équité entre territoires lors du développement des futurs EHPAD. En effet, on induit des inégalités entre territoires par les politiques confiées au conseil départemental, même si celui-ci n'y est pas pour grand-chose. Dès lors que l'on crée un nouveau dispositif, il faut rechercher l'équité en prévoyant au moins un centre de ressources par département.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission adopte l'amendement.

Amendement AS1067 de Mme Monique Iborra.

Mme Monique Iborra. Cet amendement du groupe La République en Marche tend à préciser que les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social avec lesquels l'EHPAD ressource doit faire le lien sont ceux chargés du parcours gériatrique des personnes âgées. Il s'agit de tirer les enseignements de l'épidémie en faisant travailler ensemble le sanitaire et le social dans le cadre du parcours gériatrique.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission adopte l'amendement.

Amendement AS1052 de Mme Annie Vidal.

Mme Annie Vidal. La pandémie de covid-19 a rappelé les conséquences importantes que peuvent avoir les maladies infectieuses chez les personnes âgées. Chaque année, les virus respiratoires et le pneumocoque sont responsables d'un nombre élevé d'hospitalisations et de décès parmi ces personnes. Pourtant, leur couverture vaccinale reste faible. Il existe certes un calendrier vaccinal spécifique aux personnes âgées, mais la complexité du calendrier joue inévitablement un rôle dans cette limitation de la couverture.

Nous proposons d'étendre celle-ci en incluant le suivi de la vaccination parmi les missions des nouveaux centres de ressources.

Mme la rapporteure. Votre amendement est satisfait, dans la mesure où les EHPAD centres de ressources devront contribuer à améliorer la cohérence du parcours de santé des personnes accompagnées. Néanmoins, la précision peut se justifier par les arguments que vous avancez.

Avis de sagesse.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS97 de M. Philippe Chalumeau.

M. Philippe Chalumeau. L'amendement vise à subordonner à l'avis de la CDCA la création d'une mission centre de ressources. Nous alertons sur le pilotage de cette fonction : on a vu le problème au cours de la crise, lors de laquelle sont intervenus des EHPAD à but lucratif, à but non lucratif, appartenant ou non au groupement hospitalier de territoire, des départements faisant plus ou moins le travail, etc. Il faut une gouvernance au plus près du territoire pour pouvoir développer une approche domiciliaire depuis des EHPAD plateformes, avec des missions précises, et éviter un effet de silo. Nous proposons, parmi d'autres possibilités, que cette gouvernance soit confiée à la CDCA.

Mme la rapporteure. Il nous faut en effet développer la gouvernance locale grâce aux outils de démocratie sanitaire et renforcer le rôle des CDCA. Mais votre proposition risque de ralentir l'installation des EHPAD centres de ressources.

Avis défavorable.

Mme Monique Iborra. Il est important d'aborder la gouvernance, qui n'est pas du tout traitée dans le texte que nous examinons. Simplement, la renforcer ne signifie pas multiplier le nombre de ceux qui vont s'en occuper – c'est tout le problème de la gouvernance actuelle de la politique du vieillissement. En l'occurrence, l'ARS sera responsable des centres de ressources, ce qui ne veut pas dire que le président du conseil départemental ne pourra pas être consulté ; mais il faut clarifier qui fait quoi. Ajouter l'avis de la CDCA ne va pas du tout dans le sens de la simplification.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 31 modifié.

Article 32 : *Création d'un système d'information national pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie*

Amendement AS528 de Mme Jeanine Dubié, amendements identiques AS258 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS602 de M. Thibault Bazin, amendement AS1056 de Mme Annie Vidal (discussion commune).

Mme Jeanine Dubié. L'article crée un système d'information unique au niveau national pour la gestion de l'APA par les départements, qui sera développé par la CNSA. Puisqu'il s'agit de faciliter l'accès aux prestations pour les personnes en situation de vulnérabilité, la prestation de compensation du handicap (PCH) devrait également être intégrée dans ce système d'information afin de lui assurer la même qualité de gestion qu'à l'APA.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Profitons en effet de la création du nouveau système informatique pour lui intégrer la gestion de la PCH : ainsi, nous ne regretterons pas dans quelques années d'avoir oublié de le faire.

M. Thibault Bazin. Il faut tenir compte de la situation des personnes handicapées vieillissantes, de plus en plus nombreuses. Si elles étaient éligibles aux deux aides avant 60 ans, elles peuvent opter pour l'une ou pour l'autre. Ce droit d'option est d'autant plus important que le vieillissement peut faire évoluer les besoins de la personne handicapée. Il est donc essentiel d'intégrer la PCH dans le dispositif de suivi national.

Mme Annie Vidal. Mon amendement est défendu car je partage les arguments qui viennent d'être présentés.

Mme la rapporteure. Les amendements sont satisfaits : la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement de la population prévoyait l'harmonisation des systèmes d'information des MDPH en un système, le SI MDPH, qui intègre le pilotage de la PCH.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin. Pour avoir pris part il y a quelques années à des évaluations dans le cadre du groupe d'études sur l'autisme, nous savons que le système d'information des MDPH est en retard, malgré l'intention de lui intégrer la gestion de la PCH. Ici, c'est de l'interaction entre PCH et APA qu'il s'agit. Malgré la complexité technique, il faut intégrer la PCH au nouveau système pour préserver la possibilité d'option entre les deux aides – qui va dans les deux sens – et tenir compte du fait que les bénéficiaires peuvent changer de département, par exemple pour se rapprocher d'aidants. Je propose que nous votions l'amendement pour en débattre avec le Gouvernement en séance.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Si les MDPH ont du mal à faire fonctionner leur système d'information et l'interopérabilité entre elles, c'est parce que l'on n'a pas su, à l'époque, imposer un système unique. Puisque l'on va créer un tel système pour l'APA, intégrons-lui la PCH sans attendre : nous devons de toute façon le faire dans les années à venir.

Mme Jeanine Dubié. Pour donner aux personnes le plus d'autonomie possible par le biais des dispositifs financiers, qu'il s'agisse de l'APA après 60 ans ou de la PCH avant, la CNSA doit se doter d'un outil permettant de piloter les deux prestations – en espérant qu'elles seront fondues à terme en une seule quel que soit l'âge du bénéficiaire.

Mme Véronique Hammerer. Je suis favorable à la mesure proposée, car elle mettrait en évidence le caractère inéquitable de l'attribution de la PCH à l'échelle du territoire,

permettant de voir où en sont les départements à cet égard et de réviser certains critères pour remédier à cette inéquité.

Mme la rapporteure. Je propose aux auteurs des amendements de les présenter à nouveau en séance. J'ajoute à mes précédents arguments que le système d'informatisation de l'APA coûte 45 millions d'euros, nécessitera deux ans de préparation et représente un énorme chantier ; je conviens que le SI MDPH, depuis six ans, n'a pas donné les résultats escomptés, mais conjuguer un chantier complexe et inachevé avec un autre qui débute n'est peut-être pas la meilleure option. Quoi qu'il en soit, la ministre vous répondra beaucoup mieux que moi.

La commission adopte l'amendement AS528.

En conséquence, les amendements AS258, AS602 et AS1056 tombent.

Amendement AS1006 de M. Thierry Michels.

M. Thierry Michels. Je salue la création par le Gouvernement d'un outil commun de gestion de l'APA pour apporter toute la transparence nécessaire s'agissant de l'attribution de cette allocation.

La Cour des comptes a exprimé à de multiples reprises son inquiétude concernant le même problème dans le domaine du handicap. Notre amendement vise donc à permettre davantage de transparence et d'efficience en la matière. On ne peut se satisfaire des incompréhensibles variations selon les départements de la reconnaissance de la qualité de personne handicapée, ni de leurs effets sur la vie de nos concitoyens et de l'inégalité territoriale qui en résulte en matière d'accès au service public du handicap.

Nous demandons donc au Gouvernement un retour d'expérience concernant le nouveau système unifié créé pour l'APA en vue de l'étendre à l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Mme la rapporteure. Il est légitime de souhaiter des données détaillées sur cette allocation, mais cela n'entre pas vraiment dans le cadre de l'article en discussion, car cela ne relève pas de la CNSA. Je vous invite à vous rapprocher plutôt de la Caisse nationale des allocations familiales, qui verse l'AAH, ou directement du ministère.

Avis défavorable.

M. Thierry Michels. Je retire l'amendement ; j'y repenserai pour la séance.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 32 modifié.

Après l'article 32

Amendement AS405 de Mme Hélène Vainqueur-Christophe.

Mme Hélène Vainqueur-Christophe. L'amendement vise à renforcer la sécurité juridique de la majoration des objectifs de dépenses des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) des territoires d'outre-mer en raison des surcoûts liés à la pratique de la médecine dans ces zones. Cette majoration est aujourd'hui fixée par circulaire budgétaire.

Inscrire son principe dans la loi permettra de rendre plus solides les plans de financement des ESMS ultramarins.

Mme la rapporteure. La question revient régulièrement, mais elle relève du niveau réglementaire. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS28 de M. Philippe Chalumeau.

M. Philippe Chalumeau. En théorie, le directeur d'EHPAD dispose d'un droit d'option tarifaire entre un tarif partiel avec ou sans pharmacie à usage intérieur (PUI) et un tarif global avec ou sans PUI. En pratique, le droit d'option pour le tarif global soins est gelé depuis 2010.

Cette fermeture a été expliquée par des contraintes budgétaires. Pourtant, le rapport établi par l'Inspection générale des affaires sociales en octobre 2011 démontrait l'intérêt économique du tarif global. Si le passage du tarif partiel au tarif global induit un surcoût, il entraîne néanmoins des gains significatifs du fait de la réorganisation générale qu'il implique. En outre, il permet de faire baisser le taux d'hospitalisation, selon le rapport de la CNSA *La Situation des EHPAD en 2017*, et d'embaucher davantage de médecins coordonnateurs.

Nous demandons par conséquent au Gouvernement un rapport d'évaluation de cette option tarifaire pour mesurer l'intérêt de sa généralisation à tous les EHPAD.

Mme la rapporteure. Comme vous le soulignez, nous disposons déjà de nombreux rapports sur le financement des EHPAD. Nos collègues Monique Iborra et Caroline Fiat se sont penchées sur le sujet, de même que nos homologues de la commission des affaires sociales du Sénat. Je ne suis pas sûre qu'un rapport supplémentaire permettra de répondre à la question que vous soulevez.

En revanche, il pourrait être intéressant d'interroger la ministre à ce sujet. Je vous suggère donc de retirer votre amendement pour le redéposer en vue de la séance.

L'amendement est retiré.

Chapitre III

Rénover la régulation des dépenses de produits de santé

Article 33 : *Rénover la régulation des dépenses de produits de santé*

Amendements AS173 et AS174 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Paul Christophe. Il s'agit à nouveau de l'interopérabilité sémantique.

M. le rapporteur général. Je vous renvoie à notre précédent débat au sujet de l'amendement de M. Isaac-Sibille. Demande de retrait ou, à défaut, avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS1101 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Certaines spécialités pharmaceutiques en accès précoce peuvent ne pas être prises en charge dans le droit commun à la fin de l'accès précoce. Afin de garantir de manière effective la continuité de traitement des patients qui bénéficiaient, pendant l'accès précoce, de ces spécialités, l'amendement prévoit de plafonner leur prix d'achat pendant une certaine période à l'issue de l'accès précoce.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 33 **modifié**.*

Article 34 : *Conditions de prise en charge des médicaments dispensés en association de traitement et modalités d'inscription de certains dispositifs médicaux*

*La commission **adopte** l'article 34 **non modifié**.*

Article 35 : *Production en urgence de médicaments critiques et règles relatives aux préparations magistrales et hospitalières*

Amendement AS81 de suppression de M. Stéphane Viry.

M. Bernard Perrut. Défendu.

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

*Puis elle **adopte** l'article 35 **non modifié**.*

Article 36 : *Expérimentation de la prise en charge de certains médicaments directement après leur évaluation par la Haute Autorité de santé*

Amendement AS82 de suppression de M. Stéphane Viry.

M. Bernard Perrut. Défendu.

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

Amendement AS1102 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. L'amendement vise à modifier le mécanisme de calcul des remises en prévoyant qu'un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires s'appliquera pour l'accès direct, comme c'est le cas aujourd'hui pour l'accès précoce.

En revanche, il me semble que ce barème devra être plus strict dans le cas de l'accès direct que dans celui de l'accès précoce, dans la mesure où le périmètre des médicaments en accès direct est beaucoup plus large.

*La commission **adopte** l'amendement.*

Amendement AS1103 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Certaines spécialités pharmaceutiques en accès direct peuvent ne pas être prises en charge dans le droit commun à la fin de l'accès direct. Afin de garantir de manière effective la continuité de traitement des patients qui bénéficiaient, pendant

l'accès direct, de ces spécialités, l'amendement prévoit de plafonner leur prix d'achat pendant une certaine période à l'issue de l'accès direct.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 36 **modifié**.*

Article 37 : *Possibilité, pour les pharmaciens d'officine, de substituer des biosimilaires aux médicaments biologiques de référence*

Amendement AS149 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Paul Christophe. Défendu.

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

Amendement AS1061 de Mme Annie Vidal.

Mme Annie Vidal. Les missions du pharmacien d'officine évoluent en raison de la proposition du Gouvernement d'autoriser la substitution à un médicament biologique de son équivalent biosimilaire. Cette disposition doit permettre un plus large accès aux soins et l'activation d'un important gisement d'économies.

Il est donc important de fixer un délai précis pour la publication de la liste des groupes biologiques similaires au sein desquels la substitution est autorisée, afin de garantir l'application rapide et efficace de la loi et, ainsi, le développement des médicaments biosimilaires.

M. le rapporteur général. Je partage votre souhait que soit publiée aussi vite que possible la liste des médicaments biosimilaires qui pourront faire l'objet d'une substitution en pharmacie. Néanmoins, je ne suis pas favorable au fait de prévoir un délai dans la loi.

J'ai posé la question au ministre avant-hier, lors de son audition ; il nous a indiqué que les travaux avaient débuté : les textes réglementaires devraient pouvoir être pris rapidement.

Demande de retrait ou avis défavorable.

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

*L'amendement AS121 de Mme Agnès Firmin Le Bodo est **retiré**.*

Amendements identiques AS297 de M. Bernard Perrut et AS485 de Mme Valérie Six.

M. Bernard Perrut. La substitution au médicament biologique de son biosimilaire par le pharmacien en initiation de traitement n'est possible que quand le prescripteur n'en a pas exclu la possibilité. Mais le patient doit également pouvoir s'y opposer.

Par ailleurs, cette possibilité ne doit pas être ouverte dans le cas de pathologies lourdes, ni concerner les six substances actives prévues dans le cadre de l'avenant n° 9 à la convention médicale paru au *Journal officiel* du 25 septembre 2021.

Enfin, un médicament biologique similaire ne peut pas être substitué à un autre médicament biosimilaire, car cela augmenterait fortement l'effet nocebo.

M. le rapporteur général. Je ne suis pas favorable à ce qu'un tel encadrement soit fixé dans la loi, car il s'appliquerait alors à l'ensemble des groupes biologiques, sans distinction ; or les conditions de substitution doivent être définies en fonction des spécificités de chaque groupe biologique, après concertation avec les professionnels de santé et avec les associations de patients.

La commission rejette les amendements.

Amendements AS152 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS1070 de Mme Annie Vidal et AS966 de Mme Carole Bureau-Bonnard (discussion commune).

M. Paul Christophe. Avec cet amendement AS152, afin de ne pas freiner de façon injustifiée le développement des médicaments biosimilaires, l'exclusion par le prescripteur de la possibilité de leur substitution à un traitement biologique, lorsqu'elle est possible, devrait faire l'objet d'une justification médicale individuelle, comme c'est déjà le cas pour les médicaments génériques.

Mme Annie Vidal. En étendant au médicament biologique, dès lors qu'il devient substituable en officine, l'obligation de motiver la non-substituabilité, notre amendement AS1070 a pour objectif d'assurer le bon développement des médicaments biosimilaires et les économies collectives attendues.

L'amendement AS966 vise également à ce que la mention « non substituable » sur l'ordonnance soit justifiée expressément par des raisons médicales, afin d'éviter qu'il y soit recouru plus souvent que nécessaire. Dans la LFSS 2020, le Gouvernement a fait en sorte de limiter son usage dans les prescriptions de médicaments « classiques », issus de la synthèse chimique ; le recours à cette mention a ainsi diminué de 4 points, favorisant la substitution et la pénétration des médicaments génériques et, ainsi, des économies collectives. Les mêmes effets sont attendus ici concernant les médicaments biosimilaires.

M. le rapporteur général. Avis favorable à l'amendement AS1070, celui dont la rédaction est la plus claire, et demande de retrait pour les autres amendements.

La commission rejette l'amendement AS152.

Puis elle adopte l'amendement AS1070.

En conséquence, l'amendement AS966 tombe.

Amendements AS981 de Mme Carole Bureau-Bonnard, AS157 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS1071 de Mme Annie Vidal (discussion commune).

Mme Annie Vidal. Dans le cadre de la nouvelle mission officinale permise par cet article et qui représente une avancée majeure pour l'accès aux soins, il revient au pharmacien, interlocuteur de proximité pour le patient, de proposer un accompagnement et une information adéquate à ce dernier, afin d'améliorer la compréhension et l'observance du traitement.

Notre amendement AS1071 précise donc que le pharmacien, lorsqu'il délivre le médicament biosimilaire, informe à la fois le prescripteur et le patient de cette substitution.

L'amendement AS981 est défendu.

M. Paul Christophe. L'information systématique du prescripteur en cas de substitution paraît difficilement applicable dans la pratique officinale, peu utile dès lors que le pharmacien, expert du médicament, est autorisé à substituer et redondante avec l'obligation d'inscrire le nom du médicament délivré au dos de l'ordonnance.

L'information et l'accompagnement du patient lors de la substitution, en revanche indispensables, doivent permettre au pharmacien d'exercer son rôle de conseil.

Tel est le sens de l'amendement AS157.

M. le rapporteur général. Avis favorable à l'amendement AS1071, qui améliore l'information du patient, et défavorable aux deux autres, qui suppriment l'information systématique du prescripteur en cas de substitution.

L'amendement AS157 est retiré.

La commission rejette l'amendement AS981.

Puis elle adopte l'amendement AS1071.

Amendement AS977 de Mme Carole Bureau-Bonnard.

Mme Annie Vidal. Défendu.

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

Amendement AS146 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Paul Christophe. L'amendement vise à prévoir, suivant les recommandations de l'ANSM et dans un délai raisonnable fournissant un recul suffisant, les conditions d'extension progressive de la liste évolutive des groupes biologiques similaires au sein desquels le pharmacien pourrait remplacer un médicament biologique de référence par son biosimilaire.

M. le rapporteur général. Je ne suis pas sûr que, six mois après la promulgation de la loi, nous aurons un recul suffisant sur la substitution des premières molécules concernées. Par ailleurs, rien n'empêche l'ANSM de s'autosaisir à ce sujet si elle estime être en mesure d'apporter des éléments utiles.

Demande de retrait ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 37 modifié.

Après l'article 37

Amendement AS462 de Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. Il s'agit de permettre la substitution d'un dispositif médical identique, mais de marque différente.

De nombreux dispositifs sont prescrits sous leur nom de marque, ce qui empêche le pharmacien d'officine de leur substituer un dispositif médical pourtant identique. Pendant

l'état d'urgence sanitaire, les pharmaciens d'officine ont pu procéder, dans certaines conditions, à la substitution des dispositifs médicaux. Cette dérogation a confirmé que le pharmacien d'officine est capable de proposer un dispositif médical adapté au patient et à sa pathologie. Les patients ont ainsi pu accéder à leur traitement rapidement et en toute sécurité, accompagnés par leur pharmacien.

Nous proposons donc que cette possibilité soit pérennisée.

M. le rapporteur général. Ce que vous proposez était possible dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, mais uniquement en cas de rupture avérée d'approvisionnement d'un dispositif médical nécessaire à la continuité de soins dont l'interruption serait préjudiciable à la santé du patient.

Les dispositifs inscrits en nom de marque présentent des spécifications techniques qui leur sont propres. Il n'est pas établi, comme cela existe pour les médicaments génériques, de liste de dispositifs médicaux équivalents entre eux, même si certains peuvent effectivement présenter les mêmes caractéristiques techniques et cliniques.

Dans ce contexte, une telle mesure paraît difficile à mettre en œuvre à court terme sans un travail préparatoire approfondi sur le champ des dispositifs médicaux qui pourraient être concernés.

Demande de retrait ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 38 : *Prise en compte d'un critère de sécurité d'approvisionnement dans la tarification des produits de santé*

Amendement AS915 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il s'agit de préciser que tout ou partie de la production de médicaments, y compris pour les sous-traitants – souvent les façonneurs –, peut se faire au sein de l'Union européenne, afin de couvrir l'ensemble de la chaîne de production.

M. le rapporteur général. L'amendement est satisfait : c'est bien l'implantation de l'ensemble des sites de production qui sera prise en considération. Demande de retrait.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Est-ce bien précisé dans le texte ? Si oui, je retire l'amendement.

L'amendement est retiré.

Amendement AS211 de Mme Audrey Dufeu.

Mme Audrey Dufeu. Cet amendement devrait rassurer nos collègues du groupe Les Républicains qui s'inquiétaient concernant les filières de l'industrie du médicament et les laboratoires. Il vise à valoriser au sein du Comité économique des produits de santé (CEPS) les industries de santé qui respectent les normes sociales et environnementales. Pour l'instant, la visée du CEPS est exclusivement économique ; or l'objectif de restriction des coûts peut induire un manque de contrôle de l'utilisation des produits – matières premières ou principes

actifs – à l'étranger et ne favorise pas la souveraineté nationale dont nous avons besoin en matière médicamenteuse et sanitaire.

M. le rapporteur général. Les normes sociales et environnementales françaises font partie des plus exigeantes qui soient. Je comprends votre idée, mais l'amendement mérite d'être retravaillé en vue de la séance afin d'en discuter avec le Gouvernement. Dans ce but, je vous suggère de le retirer.

L'amendement est retiré.

Amendement AS978 de M. Philippe Berta.

Mme Michèle de Vaucouleurs. L'amendement vise à renforcer l'indépendance sanitaire française et la relocalisation à long terme de la production de médicaments, y compris les thérapies innovantes. Selon le rapport d'information d'Audrey Dufeu et de Jean-Louis Touraine sur les médicaments, « *les investissements dans la R&D en santé sont loin d'être des investissements à perte. Ils permettront à la France, à terme, non seulement d'être moins dépendante des pays étrangers pour l'importation d'innovations thérapeutiques, mais également d'exporter davantage [ses] propres innovations* ».

C'est dans cet esprit, et parce que cela favorise l'accès précoce des patients aux traitements innovants, qu'il faut encourager l'implantation de centres de recherche et la réalisation d'essais cliniques en France.

M. le rapporteur général. Je partage votre volonté de renforcer l'attractivité de la France en matière de recherche et d'innovation en santé, mais je demanderai le retrait de votre amendement.

En effet, plusieurs mesures destinées à soutenir la recherche et le développement en matière de produits de santé ont été annoncées dans le cadre du CSIS – le Président de la République en a parlé avec force hier à propos de France 2030. Il faut désormais s'assurer de leur mise en œuvre rapide.

Je rappelle que 1 milliard d'euros seront consacrés au renforcement de la recherche biomédicale et que 2,2 milliards seront injectés dans les domaines d'avenir, dont quelque 800 millions d'euros dirigés vers le développement de biothérapies, 650 millions vers la « médecine 5P » – préventive, personnalisée, prédictive, participative et basée sur les preuves – et 750 millions d'euros dédiés à l'anticipation d'éventuelles pandémies.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS854 de M. Bernard Perrut.

M. Bernard Perrut. L'article 38 vise à renforcer des dispositions figurant déjà dans l'accord-cadre signé en mars 2021 entre le CEPS et Les Entreprises du médicament. En réintégrant les activités liées à la recherche et développement ainsi qu'au déploiement de solutions numériques, il rétablit la cohérence entre l'article et les principes de l'accord-cadre, réaffirmés par le président de la République lors du CSIS du 29 juin 2021.

M. le rapporteur général. Pour les mêmes raisons que précédemment, demande de retrait ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS294 de M. Bernard Perrut et AS386 de M. Joël Aviragnet (discussion commune).

M. Bernard Perrut. Il est ici proposé de compléter les critères de fixation des prix du médicament qui figurent au code de la sécurité sociale afin que le CEPS puisse tenir compte des investissements réels pour la recherche et développement, et du financement public de la recherche.

M. Boris Vallaud. L'amendement AS386 est défendu.

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

Amendement AS1007 de M. Thierry Michels.

M. Thierry Michels. S'il apparaît essentiel de remettre notre industrie en ordre de bataille, l'enjeu dépasse le seul secteur pharmaceutique. Notre amendement appelle donc à une mobilisation renforcée, en amont, des organismes publics experts du sujet industriel dans la fixation du prix des médicaments. Il vise explicitement la compétence matérielle du Conseil national de l'industrie, lequel fédère autour du Premier ministre aussi bien les organisations syndicales salariales que les organisations patronales de l'ensemble des filières industrielles. Cette réarticulation de notre industrie pharmaceutique à l'ensemble de notre industrie nous semble aussi utile que pertinente afin de bâtir des chaînes d'approvisionnement résilientes.

M. le rapporteur général. L'amendement me paraît satisfait : le CEPS peut déjà consulter les acteurs qu'il souhaite solliciter et s'appuyer sur les travaux existants en matière de politique industrielle. Je ne suis pas favorable à ce que l'on instaure des consultations systématiques, qui pourraient avoir pour conséquence de prolonger la négociation des prix.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 38 non modifié.

Après l'article 38

Amendement AS385 de M. Joël Aviragnet.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement vise à tenir compte, dans la définition du prix d'un médicament, des investissements publics qui ont contribué à son développement, conformément à une demande récurrente de diverses associations dont Aides, Médecins du monde et Sidaction.

M. le rapporteur général. L'article 79 de la LFSS 2021 prévoit déjà que les entreprises mettent à la disposition du CEPS le montant des investissements publics de recherche et développement dont elles ont bénéficié pour le développement de leurs médicaments.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS957 et AS975 de M. Philippe Vigier.

M. Cyrille Isaac-Sibille. En 2020, il y a eu 2 446 signalements pour carence de médicament. La LFSS 2020 a instauré l'obligation pour les industriels de constituer pour chaque médicament un stock de sécurité destiné au marché national ne pouvant excéder quatre mois de couverture des besoins. Nous proposons que, pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, la limite ne puisse être inférieure à quatre mois.

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

La séance s'achève à vingt heures cinq.

Présences en réunion

Réunion du mercredi 13 octobre 2021 à 15 heures

Présents. – Mme Stéphanie Atger, M. Joël Aviragnet, M. Thibault Bazin, Mme Justine Benin, Mme Gisèle Biémouret, M. Julien Borowczyk, Mme Marine Brenier, M. Philippe Chalumeau, Mme Annie Chapelier, M. Paul Christophe, Mme Christine Cloarec-Le Nabour, Mme Josiane Corneloup, M. Dominique Da Silva, M. Marc Delatte, M. Pierre Dharréville, M. Jean-Pierre Door, Mme Jeanine Dubié, Mme Audrey Dufeu, Mme Catherine Fabre, Mme Caroline Fiat, Mme Agnès Firmin Le Bodo, Mme Pascale Fontenel-Personne, Mme Perrine Goulet, Mme Carole Grandjean, M. Jean-Carles Grelier, Mme Véronique Hammerer, Mme Monique Iborra, M. Cyrille Isaac-Sibille, Mme Caroline Janvier, Mme Fadila Khattabi, Mme Monique Limon, M. Sylvain Maillard, M. Didier Martin, M. Thomas Mesnier, M. Thierry Michels, M. Bernard Perrut, Mme Michèle Peyron, M. Jean-Hugues Ratenon, Mme Stéphanie Rist, Mme Mireille Robert, Mme Valérie Six, Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, M. Jean-Louis Touraine, Mme Hélène Vainqueur-Christophe, Mme Isabelle Valentin, M. Boris Vallaud, Mme Michèle de Vaucouleurs, Mme Annie Vidal, M. Philippe Vigier, M. Stéphane Viry

Excusés. – Mme Claire Guion-Firmin, M. Jean-Philippe Nilor, Mme Nadia Ramassamy, Mme Nicole Sanquer

Assistaient également à la réunion. – M. Philippe Berta, M. Yves Daniel, Mme Albane Gaillot, Mme Stéphanie Kerbarh, M. Fabrice Le Vigoureux, Mme Patricia Mirallès, M. François Ruffin