

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 21 heures 30

Compte rendu n° 7

SESSION ORDINAIRE DE 2021-2022

**Présidence de
Mme Fadila Khattabi,
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 47



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 13 octobre 2021

La séance est ouverte à vingt-et-une heures trente.

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).

Article 39 : *Mise en conformité avec l'obligation de sérialisation pour les pharmacies d'officine*

Amendement AS461 de Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. L'amendement répond à une forte attente des pharmaciens. La réglementation relative à la sérialisation est obligatoire pour tous les pharmaciens. Cependant, certains éditeurs de logiciels n'ont toujours pas adapté leur outil à la législation, ce qui a pour conséquence que les pharmaciens ne peuvent pas se mettre en conformité avec cette obligation. L'éventualité doit être prévue par le législateur. Des pénalités financières doivent s'appliquer aux éditeurs dont les logiciels ne sont pas conformes.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général, rapporteur pour l'équilibre général, les recettes et la santé. Je me permets de vous rappeler quelques éléments de contexte s'agissant de la sérialisation et de la répartition des rôles entre pharmaciens et éditeurs de logiciels.

La très grande majorité des pharmaciens, à travers l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine et la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, ont souhaité que la connexion au répertoire national de vérification des médicaments, géré par France MVO, l'organisation de vérification des médicaments en France, passe par le connecteur au dossier pharmaceutique de l'Ordre des pharmaciens pour anonymiser les échanges. La mise en place de ce connecteur a nécessité la préparation d'un contrat quadripartite entre l'Ordre des pharmaciens, France MVO et les prestataires Docaposte et Arvato. Celui-ci a été signé en décembre 2019.

Par la suite, les éditeurs de logiciels de pharmacies d'officine ont dû effectuer les développements nécessaires et complexes demandés par les pharmaciens pour que leur solution passe par le connecteur de l'Ordre. Il me semble qu'ils ont respecté leur part du contrat.

La Commission européenne a précisé les obligations incombant à chaque acteur de la sérialisation dans un courrier d'octobre 2018, dont il ressort que la mise à jour des scanners pour lire les identifiants uniques et celle des logiciels reliant les officines au répertoire national incombe bien aux pharmaciens d'officine.

Enfin, la solution que vous proposez renverserait les responsabilités. Les pharmaciens doivent désormais se soumettre aux règles fixées, qui ont été rappelées et explicitées par la Commission européenne. Selon moi, les éditeurs de logiciels ont joué le jeu.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 39 non modifié.

Après l'article 39

Amendement AS282 de M. Yves Daniel.

Mme Stéphanie Kerbarh. Il s'agit de demander un rapport au Gouvernement sur l'usage de l'homéopathie et sur les conséquences de son déremboursement sur la santé de la population et sur les comptes de la sécurité sociale, compte tenu de son efficacité thérapeutique et préventive réelle.

M. le rapporteur général. Nous avons déjà débattu de la question. Dérembourser les médicaments dont l'efficacité n'est pas prouvée, ou, en l'espèce, dont il est prouvé qu'ils n'ont pas d'efficacité, c'est donner à l'assurance maladie des marges de manœuvre pour rembourser mieux les nouveaux médicaments innovants.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Chapitre IV

Renforcer l'accès aux soins et les actions de prévention en santé

Article 40 : *Autorisation des orthoptistes à réaliser certains actes en accès direct*

Amendements de suppression AS18 de Mme Marine Brenier, AS138 de M. Pierre Dharréville, AS266 de M. Didier Martin, AS387 de M. Joël Aviragnet, AS455 de Mme Valérie Six, AS534 de M. Thibault Bazin et AS809 de M. Jean-Pierre Door.

Mme Marine Brenier. Il s'agit d'éviter de créer une forme de concurrence entre deux professions qui ont l'habitude de travailler ensemble depuis des années, à savoir les ophtalmologues et les orthoptistes. Les ophtalmologues suivent une formation de près de douze ans, contre six ans pour les orthoptistes. Il nous semble logique que la première prescription reste du seul ressort des ophtalmologues, comme le demandent de très nombreuses fédérations et associations de professionnels de santé. Cela nous paraît plus cohérent pour garantir aux Français une bonne santé visuelle.

M. Pierre Dharréville. L'article 40 risque de créer un système de santé à deux vitesses : il y aura ceux qui auront accès à un ophtalmologue, et les autres.

Par ailleurs, on peut s'interroger sur l'efficacité de cette mesure au regard des objectifs poursuivis, puisque, en général, les orthoptistes sont situés dans les mêmes zones que les ophtalmologues.

Enfin, nous aimerions avoir des explications sur les discussions avec les parties concernées qui ont conduit le Gouvernement à prendre cette décision. J'espère que le rapporteur général pourra nous éclairer sur ce sujet.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement AS387 constate que cet article ne répond pas au manque global de professionnels dans cette filière et qu'il se contente d'affecter certaines tâches à d'autres professionnels.

Mme Valérie Six. L'article 40 autorise des orthoptistes à prescrire des aides visuelles sans que les patients passent par l'ophtalmologiste. Le but serait de réduire les délais pour obtenir un rendez-vous. Le Syndicat national des ophtalmologistes de France nous a expliqué que le rapport de 2018 de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques était fondé sur des données de 2016 et 2017, comme le sait parfaitement le ministère. Or le délai d'attente, qui était de quarante-trois à soixante-six jours il y a deux ans, est désormais de vingt-huit jours au maximum. Autrement dit, la disposition n'est pas fondée sur des données actualisées.

De plus, la prescription de verres est la conclusion d'un examen clinique qui permet le dépistage de maladies. Il convient donc d'éviter des retards de diagnostic.

M. Thibault Bazin. Les nombreux amendements déposés sur cet article montrent que nous sommes encore loin du consensus. Il faut donc le retravailler.

Il existe un problème d'accès aux soins visuels, d'ailleurs variable selon les territoires : dans certains endroits, des solutions ont été développées, même si elles ne sont pas suffisantes. Quoi qu'il en soit, la réponse que vous proposez ne semble pas adaptée. D'abord, la démographie des ophtalmologistes va évoluer. Ensuite, contrairement à ce que vous aviez fait dans les précédents textes relatifs à la santé, vous ne mettez pas en avant la coopération entre les médecins et les professionnels paramédicaux. Surtout, le véritable enjeu est celui de la répartition. À cet égard, le risque d'une médecine à deux vitesses, pointé par Pierre Dharréville, doit particulièrement nous préoccuper : l'assurance maladie doit assurer l'accès à des soins d'une égale qualité sur l'ensemble du territoire.

Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de janvier 2020 montre que votre solution n'est pas la bonne et en préconise d'autres : accélérer les travaux de zonage spécifiques à l'ophtalmologie, attribuer une aide à l'investissement pour l'ouverture de cabinets secondaires en zones sous-dotées en les ciblant bien, transformer les cabinets existants ou encore favoriser la coopération, notamment en encourageant le développement de protocoles organisationnels, tout en mettant en place un roulement assurant la prise en charge par un ophtalmologiste des patients dont l'état pathologique dépasse le cadre de ces protocoles. J'ai eu l'occasion de constater que de telles coopérations fonctionnent bien. L'orthoptiste lui-même, quand il sent qu'il peut y avoir un problème, préfère, pour des questions de responsabilité, demander conseil à l'ophtalmologiste. Le rapport de l'IGAS fait aussi état de protocoles de téléexpertise entre orthoptistes et ophtalmologistes.

Pour toutes ces raisons, je vous invite vivement à réécrire l'article 40.

M. Jean-Pierre Door. L'article 40 permet aux orthoptistes de réaliser des bilans visuels sans que les patients aient consulté au préalable un ophtalmologiste et de prescrire des verres correcteurs. Cela pose problème, en termes à la fois de responsabilité médicale et de sécurité sanitaire dans la filière visuelle. Tous les médecins le savent, les yeux sont tous différents, quel que soit l'âge, et des problèmes sérieux peuvent se développer, comme l'hypertension oculaire ou la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA). Il faut donc être très prudent.

Même si nous préférions la suppression complète de l'article, j'ai déposé un amendement de repli AS810 qui tient compte du manque d'ophtalmologistes : il propose que les orthoptistes et opticiens puissent renouveler la prescription d'un ophtalmologiste, mais dans un délai maximum d'un an. Au-delà, une nouvelle consultation spécialisée d'ophtalmologie serait nécessaire. Cet amendement a été approuvé par les professionnels de santé que nous avons rencontrés.

M. le rapporteur général. Je ne vous cacherai pas que j'ai moi-même quelques interrogations à propos de cet article. Sur sa portée réelle d'abord : en général, les orthoptistes et les ophtalmologues se trouvent dans les mêmes endroits, car ils travaillent ensemble. Ensuite, le texte permettrait un renouvellement itératif des prescriptions sans que le patient ait jamais été examiné par un ophtalmologiste, ce qui pose problème sur le plan de la santé publique et du dépistage de certaines pathologies visuelles potentiellement graves.

Cela dit, j'entends la volonté du Gouvernement d'améliorer l'accès aux soins en autorisant la primo-prescription par un orthoptiste. Par ailleurs, la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (« OTSS ») a déjà ouvert la possibilité pour les orthoptistes et les opticiens de renouveler la prescription d'un ophtalmologue dans les cinq ans, et de la réévaluer en cas d'évolution de la vue. Enfin, la seconde partie de l'article 40 comporte une disposition très intéressante sur le dépistage visuel des enfants par les orthoptistes. Les ophtalmologistes y sont unanimement favorables, ainsi que l'association M'T Yeux.

Je suis donc défavorable aux amendements de suppression, tout en vous proposant d'adopter l'amendement AS1104 deuxième rectification, qui subordonne le renouvellement de la première prescription faite par un orthoptiste à la réalisation d'un bilan visuel par un ophtalmologue, selon des conditions fixées par décret – j'envisage pour ma part une durée maximale de cinq ans. Cette disposition permettrait de maintenir l'équilibre trouvé dans la loi « OTSS », tout en ouvrant la primo-prescription aux orthoptistes.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. L'organisation de la prise en charge des patients doit être repensée. En l'occurrence, les orthoptistes ont suivi une formation d'au moins trois ans : ils ont des compétences, sur lesquelles on peut s'appuyer quand il s'agit de prescrire des corrections visuelles modérées. Ils savent également si une expertise complémentaire est nécessaire. Cela permettrait d'introduire plus de souplesse dans l'offre de santé. Les médecins ophtalmologistes font douze ans d'études : pour prescrire des lunettes ? Compte tenu de nos ressources, il faut savoir optimiser. Certes, la prescription de lunettes peut être l'occasion de déceler des pathologies, mais une bonne formation d'optométriste permet justement de savoir si une expertise complémentaire est nécessaire. Dès lors que nous réfléchissons à la délégation de certaines tâches dans les autres parties du champ médical, nous devons être ouverts à la proposition qui nous est faite ici. Dans ma circonscription, il faut plus d'un an pour obtenir un rendez-vous chez l'ophtalmologue !

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Je suis choquée par ce que je viens d'entendre. C'est un peu comme si l'on disait qu'un médecin généraliste fait dix ans d'études pour soigner des angines.

Les orthoptistes approuvent-elles toutes la mesure ? Pour avoir entendu la position de certains syndicats, je ne le pense pas. Par ailleurs, la disposition soulève des questions de responsabilité : que se passerait-il si un orthoptiste ne découvrait pas une maladie parce qu'il n'a pas été formé pour cela ? Et elle ne fait rien gagner en termes d'équité territoriale,

puisque, comme le disait M. le rapporteur général, l'orthoptiste et l'ophtalmologue travaillent souvent l'un à côté de l'autre.

Méfions-nous de ces glissements de tâches qui pourraient nous amener là où nous ne le souhaitons pas. Certes, les orthoptistes reçoivent une formation et ont un diplôme, mais les ophtalmologues ne font pas douze ans d'études pour prescrire simplement une première paire de lunettes : ils posent des diagnostics.

Dans les territoires, la collaboration entre orthoptistes et ophtalmologues fait l'objet d'expérimentations qui fonctionnent bien : continuons à développer ce système, validé à la fois par les orthoptistes et par les ophtalmologues.

Quant à votre amendement, monsieur Mesnier, il peut fonctionner, mais on ne saurait renvoyer à un décret pour la détermination du nombre d'années au bout duquel on doit consulter un ophtalmologue. Je ne voterai la mesure que si le délai est inscrit dans la loi, et fixé au maximum à deux ans après la première prescription – ce qui est déjà beaucoup.

Mme Stéphanie Rist. La question est de faciliter l'accès aux soins. Cet article est essentiel car il permettra d'obtenir plus rapidement des lunettes dans les endroits, et il y en a beaucoup, où l'on doit parfois attendre un an avant d'obtenir une consultation avec un ophtalmologue. Or on connaît les conséquences d'un manque de lunettes, notamment sur l'apprentissage.

Chaque fois que nous discutons de l'élargissement des compétences des professions paramédicales, ressurgit la peur d'une médecine de mauvaise qualité. Il faut évoluer, nous avons changé de siècle ! Il faut élargir les compétences – ce serait nécessaire même s'il y avait assez d'ophtalmologues. Monsieur Bazin dit que ce sera bientôt le cas. Ce n'est pas ce que je constate dans mon territoire. Et quand bien même, alors que les ophtalmologues doivent maîtriser de plus en plus de nouvelles techniques et de nouvelles pathologies, doivent-ils continuer à prescrire des lunettes, en tout cas en première intention ? Je ne le crois pas.

Par ailleurs, Mme Firmin Le Bodo a raison : les orthoptistes et les ophtalmologues travaillent très souvent ensemble. Je l'ai constaté pour mes enfants : à l'issue de la consultation, l'orthoptiste imprime une ordonnance pour les lunettes que l'ophtalmologue signe, sans ajout particulier.

On peut faire confiance aux professionnels de santé. On peut faire évoluer les missions des orthoptistes, qui ont reçu une formation.

Mme Caroline Fiat. Non, un ophtalmologue ne fait pas douze ans d'études simplement pour prescrire des lunettes. Il fait des fonds de l'œil, mesure la tension artérielle oculaire, découvre des glaucomes, voire des cancers. Ces propos montrent un véritable mépris envers cette belle profession, qui fait un excellent travail. Je ne peux pas les laisser passer.

Par ailleurs, on observe aussi une pénurie d'orthoptistes dans certains territoires. C'est déjà la galère pour en trouver un quand on vous a prescrit des séances. Il ne faudrait pas que les nouvelles tâches qui vont leur être confiées rendent encore plus difficile d'obtenir des rendez-vous.

Mme Audrey Dufeu. Comme l'a rappelé Stéphanie Rist, cette disposition contribue à renforcer la place des professions paramédicales dans le parcours des patients. Elle pose

aussi la question du modèle financier actuel. Ne nous voilons pas la face : les cabinets d'ophtalmologie sont extrêmement lucratifs. On y trouve parfois deux ou trois orthoptistes. Les patients défilent, à raison de 5 minutes chacun, l'ophtalmologue se contentant souvent de signer une ordonnance : ce sont les orthoptistes qui prennent du temps avec les patients. Si le besoin d'investigations supplémentaires est avéré, ils réorientent ces derniers vers l'ophtalmologue. Cela ne pose aucun problème.

Enfin, il faut faire attention à la sémantique. Je viens d'entendre une collègue demander : « *Les orthoptistes approuvent-elles toutes la mesure ?* » Mais tous les médecins ne sont pas des hommes et tous les paramédicaux ne sont pas des femmes ! Faire cet amalgame, c'est laisser entendre que cette répartition des compétences s'explique par des raisons sexistes.

M. Julien Borowczyk. Comme le rapporteur général, je suis partagé. La question principale, *in fine*, est celle de la responsabilité du praticien qui réalise l'acte. Nous en avons déjà parlé à propos de la pratique avancée. Il est vrai que, dans certains cabinets, les choses se passent comme Mme Dufeu les a décrites. Nous pourrions d'ailleurs préciser par amendement que les orthoptistes ne peuvent prescrire que s'ils exercent dans un cabinet, ou encore s'ils ont un accord avec une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

Mais, au XXI^e siècle, il convient surtout de valoriser davantage la téléexpertise. L'enjeu dépasse évidemment le cas de l'ophtalmologie. L'orthoptiste pourrait effectuer l'acte de mesure puis recueillir à distance l'avis de l'ophtalmologue. Celui-ci endosserait la responsabilité, mais serait déchargé du travail de mesure. Cela favoriserait la coordination dont parlait M. Bazin. Car il a raison : il faut faire travailler les professionnels ensemble.

Je suis toujours inquiet quand on inscrit dans le marbre de la loi des décloisonnements, des basculements entre les professions. En l'espèce, cela va bouleverser la répartition des actes alors que la démographie médicale, actuellement catastrophique, va sans doute évoluer favorablement. Cela suppose aussi peut-être de compléter la formation des orthoptistes.

Bref, opérer de tels changements me paraît un peu dangereux, mais je reconnais en même temps que cela vise à répondre à un problème réel. Il arrive que des médecins généralistes soient amenés à signer des ordonnances de renouvellement de verres quand les patients sont allés voir un opticien... Le problème est en voie de résolution dans certains endroits, mais on est encore loin du compte.

M. Thierry Michels. D'abord, observons ce qui se passe dans d'autres pays. En Allemagne, on fait beaucoup plus confiance à l'ensemble des professionnels de santé, dans une optique de décloisonnement. Or, que je sache, les patients ne sont pas moins bien soignés là-bas qu'en France.

Ensuite, je préfère que les patients soient vus par un orthoptiste, qui sera en mesure de faire un premier diagnostic, quitte à les adresser à un ophtalmologue en cas de besoin, plutôt que de devoir s'inscrire sur de longues listes d'attente pour obtenir une consultation d'ophtalmologie.

Mme Valérie Six. Tout le monde comprend bien le problème de responsabilité qui se pose, de même que l'importance de la coordination entre l'ophtalmologue et l'orthoptiste. Il ne faut pas oublier que les besoins ne sont pas les mêmes pour toute la population : la vue évolue beaucoup plus vite chez les jeunes et les plus âgés qu'entre les deux. Le primo-

diagnostic ne saurait être réalisé par un orthoptiste : cela doit rester de la compétence de l'ophtalmologiste. En revanche, il peut s'occuper du renouvellement d'une prescription pendant un ou deux ans.

M. Jean-Pierre Door. Sans vouloir faire un cours de médecine ophtalmologique, je rappelle que l'orthoptiste a pour rôle de réaliser l'examen de la réfraction. Il ne fait pas de bilan visuel – cet acte relève de l'ophtalmologiste. L'examen de la réfraction est d'ailleurs effectué à la demande de l'ophtalmologiste.

Vous avez raison de vous interroger sur le dispositif, monsieur le rapporteur général. Vous proposiez d'autoriser le renouvellement dans les cinq ans après la réalisation d'un bilan ophtalmologique. Je suis d'accord pour un an : au-delà, il faut un nouveau bilan ophtalmologique, pour vérifier si les verres sont suffisants. En effet, quel que soit l'âge, la vue peut changer en quelques mois.

Ces deux professions sont complémentaires, un peu comme les manipulateurs en radiologie et les radiologues : le manipulateur réalise l'examen mais n'interprète pas les clichés.

Quant à l'argument de la désertification médicale, les chiffres sur lesquels se fonde le dispositif datent d'il y a cinq ans. Il faut les revoir. Dans mon département, il faut compter vingt-six jours en moyenne pour obtenir un rendez-vous, et dans certaines villes il est possible d'en avoir un dans la semaine. Enfin, pourquoi ne pas autoriser les ophtalmologistes à ouvrir des cabinets secondaires ?

M. Thibault Bazin. Quand j'étais petit, je ne portais pas de lunettes. J'ai fait tous les dépistages prévus. Lors de mon premier rendez-vous chez un ophtalmologue, il a découvert que j'avais un strabisme divergent : il m'a envoyé chez un orthoptiste qui m'a guéri. Voilà un cas où il faut pratiquer le « en même temps » ! Les compétences des deux professions sont complémentaires, et leur coopération donne de bons résultats. Certains freins en la matière devraient d'ailleurs être levés : les contrats de coopération sont conclus pour trois ans et ne sont pas renouvelables, ce qui est trop limitatif.

Surtout, il faut se garder d'opposer les uns aux autres, au risque de voir perdurer les déserts médicaux. À cet égard, il ne faut pas perdre de vue que l'objectif est d'améliorer l'accès aux soins visuels. Or l'article 40 ne garantit aucunement une installation des orthoptistes dans les déserts médicaux. D'ailleurs, les orthoptistes sont beaucoup moins bien répartis sur le territoire que les ophtalmologistes. Pour le diagnostic, le dépistage et la prévention de maladies telles que le cancer de l'œil, la pression oculaire élevée, le glaucome ou encore la DMLA, les compétences des ophtalmologistes sont nécessaires sur l'ensemble du territoire. C'est un enjeu fondamental de santé publique.

Mme Stéphanie Rist. Je ne vois rien dans cet article qui interdise aux patients d'aller voir un ophtalmologue. On pourra prendre un rendez-vous avec un ophtalmologue, moyennant un an ou un an et demi d'attente, et entre-temps faire contrôler sa vue par un orthoptiste. Cela n'exclut pas non plus la coopération entre ces professions, qui d'ailleurs existe déjà. Ces dispositions vont tout simplement permettre de dégager du temps médical pour les ophtalmologistes et, ce faisant, d'améliorer l'accès aux soins. Quand une personne souffrant du dos se rend chez un ostéopathe, on ne se dit pas qu'il est dommage qu'elle n'ait pas pu voir tout de suite un rhumatologue, qui a fait des études plus longues. Il existe des coopérations, et c'est tout à fait logique.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Si cet article nous est proposé, c'est parce qu'il existe un problème d'accès aux soins. Selon les territoires, on observe de grandes inégalités : dans certains endroits, il faut plusieurs mois pour obtenir une consultation. Cela s'explique notamment par une mauvaise répartition géographique.

Depuis plusieurs années, les ophtalmologues ont fait beaucoup de progrès dans l'organisation de la prise en charge des patients : c'est sans doute la profession médicale qui a fait le plus d'efforts dans ce domaine. Un certain nombre d'entre eux ont embauché dans leurs cabinets des orthoptistes salariés, ce qui leur permet de répartir les tâches. Il existe aussi des orthoptistes libéraux, ayant leur propre cabinet.

Pour ce qui est de la responsabilité, j'ai rencontré des orthoptistes : ils veulent bien l'endosser. Reste ensuite à s'occuper de l'assurance responsabilité civile.

La répartition géographique des ophtalmologues et celle des orthoptistes se calquent l'une sur l'autre. L'intérêt de l'article est de faire en sorte que des orthoptistes s'installent là où il n'y a pas d'ophtalmologues, donc en exercice libéral.

M. le rapporteur général. Je me réjouis que M. Bazin fasse la promotion du « en même temps ». Il s'ouvre de nouveaux horizons !

Le débat s'est focalisé sur la première partie de l'article, mais sa seconde partie contient des propositions plus consensuelles sur le dépistage des pathologies chez l'enfant, avec un nouveau programme M'T yeux, sur le modèle du dispositif M'T dents. Il y a donc un apport intéressant.

Ce qui se dégage, c'est la nécessité d'assurer une consultation de contrôle par un ophtalmologiste, à une échéance à préciser : un, deux, cinq ans... Je vous propose d'adopter l'amendement AS1104 deuxième rectification dont je vous ai parlé, qui reprend les termes de la loi « OTSS » pour le renouvellement des prescriptions par les orthoptistes et les opticiens, e qui renvoie à un décret. S'il est adopté par la commission, cela permettra d'en débattre avec le ministre, qui pourra s'engager sur le délai dans lequel il sera nécessaire de revoir un ophtalmologiste et sur les tranches d'âge et les degrés de correction concernés. La représentation nationale sera ainsi éclairée et aura l'assurance que ce qui aura été dit sera bien appliqué par voie réglementaire.

Je renouvelle donc mon avis défavorable aux amendements de suppression et vous invite à voter l'amendement AS1104 deuxième rectification.

M. Thibault Bazin. Si les amendements de suppression ne sont pas adoptés, nous soutiendrons l'amendement du rapporteur général.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS909 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Dans certaines zones, les ophtalmologistes travaillent avec les orthoptistes et s'organisent pour résoudre les difficultés d'accès aux soins. Les orthoptistes salariés travaillent sous la responsabilité du médecin et établissent des ordonnances que ce dernier signe. Cela se pratique tous les jours.

Le but de cet amendement est d'améliorer l'accès aux soins dans les zones sous-dotées en ophtalmologistes, en autorisant la prescription ainsi que l'analyse de la vision et de la réfraction par les orthoptistes exerçant en libéral. Une autre solution serait de revaloriser la cotation des consultations d'orthoptie, tout en restant en dessous de celle d'un ophtalmologiste.

Dans sa rédaction actuelle, l'article n'aura aucune incidence sur l'accès aux soins dans les zones sous-denses.

M. le rapporteur général. Cet amendement rendrait le dispositif peu lisible car la règle différerait selon les territoires. Par ailleurs, je ne suis pas favorable à ce que des professionnels de santé possédant le même diplôme et les mêmes compétences soient reconnus différemment selon l'endroit où ils se trouvent. Cela pourrait même être dénoncé comme une inégalité.

Avis défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille. L'amendement est issu d'un rapport de l'IGAS et de mon rapport d'information sur l'organisation des professions de santé. Lorsque l'orthoptiste est salarié, il est lié à l'ophtalmologiste par un protocole de coopération, et travaille sous sa responsabilité. En libéral, l'orthoptiste porte seul la responsabilité. Votre argument ne tient donc pas, monsieur le rapporteur général.

Par ailleurs, les zones sous-denses dans les départements sont connues. Le dispositif est donc facile à instaurer.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS267 de M. Didier Martin.

M. Didier Martin. L'amendement apporte une solution qui semble préférable à celles qui ont été avancées. Les orthoptistes sont formés à la correction des troubles de la réfraction – myopie, presbytie, astigmatisme. Ils assurent très bien leur mission, à la condition qu'une consultation d'ophtalmologie ait été réalisée préalablement : comme l'a dit à juste titre M. Door, c'est un gage de sécurité. Car c'est lors de la primo-consultation qu'il ne faut pas passer à côté d'un trouble. Si le strabisme du petit Thibault Bazin n'avait pas été repéré par un ophtalmologiste, celui-ci risquait l'amblyopie, c'est-à-dire une perte définitive de la vision. Or, chez un petit enfant qui ne sait pas lire, un tel diagnostic ne peut être fait que par un ophtalmologiste. De même, chez l'adulte, l'ophtalmologiste peut diagnostiquer toute maladie neuroévolutive ou immunitaire – diabète, glaucome, dégénérescence maculaire – derrière un trouble visuel banal. En vous proposant la consultation ophtalmologique préalable, je vous propose la sécurité.

Je ne rejoins donc pas le rapporteur général. Il n'est pas raisonnable d'autoriser une primo-prescription avec l'hypothétique sécurité que l'ambulance passera, dans un ou dans cinq ans, si l'on est passé à côté de quelque chose. Autoriser la prescription par des orthoptistes peut rendre des services, mais certainement pas là où l'on manque d'ophtalmologistes. La sécurité ne serait alors pas assurée.

M. Thibault Bazin. Il serait peut-être bon de sous-amender l'amendement, pour ramener le délai dans lequel les orthoptistes peuvent intervenir à un an plutôt que trois. Cela rejoint la proposition de Jean-Pierre Door.

M. le rapporteur général. Ces sujets sont importants mais, pour la bonne tenue de nos débats, je vous invite à limiter vos interventions au temps imparti.

Adopter cet amendement conduirait à supprimer la primo-prescription : ce serait une régression par rapport à la loi « OTSS » de 2019, dont les textes réglementaires, à cause de la crise sanitaire, ont été adoptés seulement au printemps. Le délai passerait de cinq ans à trois ans. Mon avis est donc défavorable. Quant à votre proposition, monsieur Bazin, de grâce, nous n'allons pas recommencer à multiplier les amendements qui ne diffèrent que de quelques mois, comme cela a été fait sur les retraites !

Je vous propose à nouveau d'adopter l'amendement AS1104 deuxième rectification. Il renforce le cadre de l'article 40, comme nous le souhaitons tous, et nous permettra d'obtenir des engagements du ministre en séance.

M. Didier Martin. Pouvez-vous préciser que la primo-prescription revient bien à l'ophtalmologiste, non à l'orthoptiste ? J'ai l'impression que vous voulez que l'orthoptiste prescrive avant la consultation médicale, ce qui me paraît aller à l'encontre du bon sens et de la sécurité.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1104 deuxième rectification du rapporteur général.

Mme Michèle de Vaucouleurs. L'article prévoit que les orthoptistes puissent prescrire dans certaines situations. Or cet amendement n'évoque que le renouvellement ou l'adaptation d'une prescription précédente, ce qui n'est pas la même chose. Pouvez-vous clarifier ce point ?

M. Cyrille Isaac-Sibille. L'amendement améliore-t-il l'accès aux soins dans les zones sous-denses ?

M. Thibault Bazin. En effet, ni l'article 40 ni l'amendement du rapporteur général ne garantissent l'accès aux soins dans les zones sous-denses. Mme Firmin Le Bodo l'a dit, le délai de cinq ans pose un problème. Pour certaines maladies de l'œil, c'est une éternité. Un bilan visuel est nécessaire beaucoup plus tôt. Il faut l'inscrire dans le texte, pas dans un décret, au risque que ces dispositions à longue-vue ne fassent perdre la vue.

Mme Jeanine Dubié. Le décret portera-t-il seulement sur la durée, ou fixera-t-il d'autres conditions ?

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Je n'ai pas tenu certains des propos qui m'ont été attribués. Je n'ai pas dit qu'un ophtalmologiste fait douze ans d'études pour prescrire des lunettes. Nous avons des ressources, dont certaines doivent rester dans le champ de l'expertise. Un optométriste suit une formation de trois ans. Peut-être faudrait-il l'enrichir, mais cela lui permet de déterminer si une expertise est nécessaire. Se priver de ces compétences pose problème.

Tout médecin peut prendre la tension oculaire pour dépister un glaucome – je l'ai fait, il n'est pas besoin d'être ophtalmologiste pour cela. D'autres outils existent, notamment pour les fonds d'œil, qu'il faut utiliser. La technologie avance. Le savoir des ophtalmologistes est de plus en plus pointu. Utilisons leurs compétences, leur précieuse expertise à bon escient !

M. le rapporteur général. Monsieur Isaac-Sibille, cet amendement ne répond ni plus ni moins à la question des territoires sous-dotés que la rédaction actuelle de l'article 40. En revanche, il lui donne un cadre, en imposant des consultations régulières. Un patient ne doit pas pouvoir vivre vingt ou trente ans avec seulement des corrections itératives, sans consulter d'ophtalmologiste : ce serait un non-sens en termes de santé publique.

Monsieur Bazin, vous avez dit que si les amendements précédents n'étaient pas adoptés, vous soutiendriez mon amendement : sentez-vous libre de le faire !

Madame Dubié, je propose de fixer par décret le délai dans lequel un orthoptiste peut renouveler une primo-prescription, y compris réalisée par un orthoptiste. Au-delà de ce délai, il faut consulter un ophtalmologiste. Cette précision était absente de l'article.

La rédaction du Gouvernement prévoit aussi de fixer par décret les critères d'âge des patients – le rapport de l'IGAS dans lequel le Gouvernement a puisé l'idée de l'article évoque une tranche de 18 à 42 ans – et les degrés de correction concernés. Des précisions sont nécessaires sur ce point.

Ma proposition est conforme à ce que nous avons voté il y a deux ans dans la loi « OTSS ». Nous avons alors eu en séance publique l'engagement qu'il s'agirait d'une période de cinq ans. Les textes réglementaires ont été pris au printemps. Aussi, je vous propose d'adopter l'amendement.

M. Didier Martin. Aucun décret ne couvrira la perte de chances d'un patient dont l'orthoptiste sera passé à côté d'une pathologie. Ce sera sa responsabilité pleine et entière, et il sera indéfendable.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'amendement AS810 de M. Jean-Pierre Door tombe.

La commission adopte l'article 40 modifié.

Article 41 : *Renvoi aux négociations conventionnelles des modalités de prise en charge des renouvellements de prescriptions effectués par les masseurs-kinésithérapeutes*

Amendement AS582 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Les masseurs-kinésithérapeutes ont la possibilité de renouveler les prescriptions médicales initiales de moins d'un an, sauf indication contraire du médecin et dans le cadre d'un renouvellement. Cet amendement propose que ce renouvellement ne puisse avoir pour effet de prolonger les soins du patient de plus d'un an. L'intérêt du parcours de soins coordonnés, c'est de pouvoir faire appel aux compétences complémentaires des deux professions.

M. le rapporteur général. L'article 41 transpose les dispositions de la loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification proposée par notre collègue Stéphanie Rist, et les intègre dans le champ conventionnel. Laissons aux négociations conventionnelles le soin de déterminer les conditions de prise en charge des actes qui résultent des renouvellements de prescriptions par les masseurs-kinésithérapeutes.

Je vous invite donc à retirer l'amendement. À défaut, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 41 non modifié.

Après l'article 41

Amendements AS354 de M. Joël Aviragnet, AS222 de M. Pierre Dharréville, AS353, AS350 et AS351 de M. Joël Aviragnet (discussion commune).

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement AS354 vise à instaurer le conventionnement territorialisé des médecins, qui existe déjà pour les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes ou les chirurgiens-dentistes. C'est la énième fois que nous le demandons. Nous avons déposé des propositions de loi à ce sujet. La démographie médicale est la principale préoccupation de nos concitoyens. Sans accès aux soins de premier recours, on risque un retard de diagnostic et quand on va consulter le spécialiste, il est trop tard.

Les amendements AS353, AS350 et AS351 sont des amendements de repli. Nous proposons notamment de contraindre les médecins, dans les cinq années qui suivent leur diplôme, à exercer au moins un jour par semaine dans les zones sous-dotées.

M. Pierre Dharréville. Mon amendement concerne le conventionnement sélectif, que j'ai exposé à la commission à plusieurs reprises. Compte tenu de l'extension des déserts médicaux, il apparaît nécessaire de prendre des mesures de régulation. Nous proposons qu'un médecin ne puisse s'installer dans une zone surdense que lorsqu'un confrère y cesse son activité. C'est une forme de régulation minimale, mais nécessaire dans la situation actuelle.

M. le rapporteur général. C'est en effet la « énième fois » que le groupe Socialistes et apparentés dépose de tels amendements lors de la législature. Je remarque qu'ils ne l'avaient pas été entre 2012 et 2017, ou du moins que la majorité ne les avait pas votés.

Ces amendements soulèvent des difficultés. Nous en avons débattu à de nombreuses reprises depuis 2017. Certains pays ont instauré le déconventionnement sélectif : les médecins continuent à s'installer là où ils le souhaitent, et les patients à les consulter. Le résultat est plutôt une inégalité d'accès supplémentaire, pour des raisons financières. C'est une mauvaise réponse à un problème réel.

Je préfère poursuivre dans la logique qui est la nôtre depuis 2017, avec de véritables politiques d'incitation et un travail avec les jeunes générations. Nous avons déployé le contrat d'engagement de service public, ainsi que de nouveaux contrats, plus lisibles, d'installation en libéral. En outre, les zonages permettent d'accéder à certaines aides à l'installation. D'autres mesures visent à gagner du temps médical, notamment le dispositif voté dans le cadre d'un exercice coordonné. Je pense aussi à la création du métier d'assistant médical, au déploiement de la téléconsultation ou de protocoles avec les professionnels de santé. Sans compter la suppression du numerus clausus qui permettra, à plus long terme, de disposer de davantage de médecins dans le territoire.

Avis défavorable.

Mme Gisèle Biémouret. Monsieur le rapporteur général, vous me donnez la même réponse que la ministre de la santé Marisol Touraine dans la précédente législature !

M. Boris Vallaud. Dans les années 1990, il y avait trois mois de différence d'espérance de vie entre un hyper-urbain et un hyper-rural. Aujourd'hui, la différence est d'un an et trois mois : les problèmes ne se posent pas avec la même acuité d'une législature à l'autre, et il n'est jamais interdit de faire des progrès. Cela explique aussi que Léon Blum n'ait pas instauré les 35 heures, mais les 40 heures.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS221 de M. Pierre Dharréville et AS344 de M. Joël Aviragnet (discussion commune).

M. Pierre Dharréville. Mon amendement vise à encadrer les dépassements d'honoraires que peuvent pratiquer les médecins conventionnés en secteur 2, à hauteur de 30 % du tarif opposable. Selon un rapport de la Cour des comptes de novembre 2017, le taux moyen du dépassement pratiqué est de 56 %. De tels dépassements, qui représentent plus de 2,5 milliards d'euros chaque année, renchérisent le coût d'accès à la santé pour les assurés et celui de leur complémentaire, lorsqu'elle les prend en charge. Dans les faits, ils interdisent l'accès à certaines spécialités et accroissent les inégalités de santé. Il faut y remédier.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement AS344 plafonne les dépassements d'honoraires à 50 % du tarif opposable.

M. le rapporteur général. C'est encore un débat que nous avons eu lors de la discussion de la loi « OTSS » en 2019. Je partage vos inquiétudes quant aux dépassements d'honoraires qui sont parfois pratiqués. Je ne suis toutefois pas favorable aux amendements, qui risqueraient d'entraîner un déconventionnement massif, avec les effets que je dénonçais tout à l'heure. Je crois davantage au mouvement de contractualisation engagé depuis plusieurs années. La dynamique enclenchée par le déploiement du dispositif « option de pratique tarifaire maîtrisée » en 2017 a porté ses fruits, au moins en partie. Le taux moyen de dépassement des honoraires constatés en France métropolitaine pour les médecins en secteur 2 a diminué de 8,9 points par rapport à 2010.

Aujourd'hui, les directeurs de caisse ont la possibilité de prononcer des sanctions, telles que la suspension du droit de dépassement ou le déconventionnement, en cas de pratique tarifaire excessive. Peut-être de telles sanctions doivent-elles être mieux appliquées.

M. Pierre Dharréville. Certains dépassements semblent exorbitants, surtout dans un contexte de pénurie et de déserts médicaux. Les mesures existantes sont insuffisantes.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS343 de M. Joël Aviragnet.

Mme Gisèle Biémouret. Défendu.

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

Amendement AS980 de M. Philippe Vigier.

Mme Michèle de Vaucouleurs. C'est l'amendement de la juste mesure. Il veut obliger à négocier, dans le cadre de la convention nationale entre les médecins et l'assurance maladie, sur la contribution des médecins à la réduction des inégalités territoriales dans

l'accès aux soins. Devant le défi que représente la désertification médicale de certains territoires, il paraît cohérent que la convention médicale se saisisse de la question dans son processus de négociation multipartite. Il ne s'agit pas d'envisager le conventionnement sélectif, ou tout autre dispositif coercitif, mais de faire en sorte que, dans les espaces de discussion avec l'assurance maladie, les médecins se saisissent de la question de l'offre de soins dans le territoire.

M. le rapporteur général. Il existe déjà des espaces de discussion avec l'assurance maladie et les agences régionales de santé (ARS). Le contrat d'aide à l'installation des médecins, que nous avons réformé il y a deux ans, et le contrat d'engagement de service public (CESP) peuvent donner lieu à des discussions dans les territoires sous-dotés. Une cartographie est remise aux jeunes médecins qui ont conclu un CESP.

Je vous suggère donc de retirer l'amendement. Sinon, l'avis sera défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1100 de la présidente Fadila Khattabi.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Le présent amendement a été inspiré par un scandale sanitaire dans un centre de santé dentaire de ma circonscription – il pourrait aussi survenir dans d'autres territoires. Il ne s'agit en aucun cas de jeter l'opprobre sur les centres dentaires, dont la grande majorité réalise un travail de qualité et qui sont importants dans le dispositif d'accès aux soins. J'ai toutefois pu constater de graves dérives et manquements, qui ont laissé dans la détresse de très nombreux concitoyens. Le collectif de 138 victimes du centre Proxidentaire à Chevigny-Saint-Sauveur rapporte pratiques défectueuses, surtraitements, surfacturations et mutilations. À titre d'exemple, des personnes à qui l'on devait extraire une dent en ont perdu quatorze. Certaines se sont retrouvées édentées, en grande souffrance physique et psychologique, avec des douleurs à la mâchoire et des migraines incessantes dues à la pose d'appareils inappropriés. Il est inacceptable que nous laissions de telles pratiques se produire dans notre pays.

Le présent amendement vise d'abord à renforcer les possibilités d'action de l'assurance maladie. Il met fin au conventionnement d'office appliqué jusqu'à présent pour les centres de santé et réserve le bénéfice de la subvention dite « Teulade » aux seuls centres conventionnés. Le conventionnement prévoit en effet un contrôle des actions et engagements des établissements : la majorité des centres frauduleux ne sont pas conventionnés.

L'amendement vise ensuite à accroître les moyens de sanction dont dispose le directeur général de l'ARS, en créant une amende administrative d'un montant maximal de 150 000 euros, assortie d'une astreinte de 1 000 euros par jour. Les recettes des sanctions seront affectées à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), afin d'assurer une continuité de traitement aux victimes de préjudices résultant des pratiques déviantes dénoncées. Cette disposition a été préconisée par la CNAM.

M. le rapporteur général. Les centres de santé ont pour but de renforcer l'accès aux soins de premier recours, en assurant des soins de qualité avec une prise en charge financière favorable pour les patients. La multiplication des dérives met en péril l'objectif et jette le doute sur ces centres qui, dans leur grande majorité, suivent les règles de l'art et prennent correctement en charge nos concitoyens.

Compte tenu de l'expérience rapportée et des nombreux contentieux entre les centres dentaires et la CNAM, je suis très favorable à l'amendement, qui permettra de lutter plus efficacement contre de telles dérives et de mieux indemniser les victimes.

M. Jean-Pierre Door. C'est un scandale. La situation que Mme la présidente a décrite, et que j'ai rencontrée dans une moindre mesure dans ma circonscription, est une honte pour les professionnels de santé. L'assurance maladie doit engager des poursuites judiciaires auprès du procureur de la République, qui saisira le Conseil de l'ordre des médecins et le tribunal des affaires de sécurité sociale. Il faut aller plus loin que les sanctions financières, et notamment interdire l'exercice. Nous soutenons cet amendement.

M. Thibault Bazin. Je vous remercie de votre amendement, sur un sujet que je défends depuis trois ans. J'avais d'ailleurs déposé une proposition de loi et des amendements sur de précédents projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), qui ont été balayés en séance. Je me réjouis que la question soit à nouveau débattue, même s'il est regrettable que cela soit après des scandales.

Les problèmes se trouvent à la fois dans la qualification et les abus de prescription. Il faut réguler les centres de santé, notamment dentaires. Vous le faites *a posteriori* mais il serait bon d'agir en amont, avec des agréments. En effet, les règles déontologiques des professionnels de ces centres diffèrent : certains transmettent leurs qualifications tardivement, ou alors on ne peut être assuré que ce sont eux qui sont présents sur les lieux – ils peuvent être déclarés dans plusieurs centres... Les ordres doivent mener un important travail pour vérifier les qualifications. Encore faut-il qu'ils disposent d'éléments, ce qui est difficile. Il faudrait croiser leurs données avec celles de l'assurance maladie et de l'ARS.

De tels centres se multiplient aussi en matière d'ophtalmologie et d'imagerie médicale. Il y a des centres ouverts même le dimanche où les patients reçoivent des rayons sans cause valable... Le directeur général de l'assurance maladie suit une centaine de centres. En juillet, douze avaient déjà été poursuivis au pénal. Il faut aller plus loin et accepter d'autres amendements afin de renforcer l'arsenal sur les agréments et les qualifications.

M. Didier Martin. Ce fait divers dramatique n'est hélas pas un cas isolé et d'autres drames, dans d'autres spécialités, comme la gynécologie, ont pu se produire. Or les sanctions n'existent pas. Nous devons combler ce vide, en prévoyant des pénalités ou la suspension de l'activité par l'ARS. La justice doit être saisie.

Il faut aussi penser aux victimes, qui sont souvent des personnes vulnérables. Beaucoup d'entre elles sont couvertes par la protection universelle maladie (PUMa). On leur a fait miroiter que les opérations ne leur coûteraient rien, et elles se retrouvent mutilées, gravement atteintes dans leur personnalité. Elles ont besoin d'une réparation. Il ne faudra pas attendre pour agir que la justice, dont on connaît les délais, suive son cours, car il en va de leur avenir. Certaines sont au bord du suicide. Adoptons donc cet amendement à l'unanimité.

M. Philippe Chalumeau. Je salue votre volonté de vous attaquer à ce problème. Il est important que notre commission s'en saisisse. J'espère que cet amendement sera adopté à l'unanimité. Nos concitoyens le méritent.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Merci pour votre amendement. Nous avons tous connu des scandales comparables dans nos circonscriptions.

Mme la présidente Fadila Khattabi. L'ARS de Bourgogne-Franche-Comté a réagi rapidement. Le centre est fermé, tout comme celui de Belfort. Des poursuites judiciaires ont été engagées et la CNAM s'est engagée à garantir la continuité des soins pour les victimes.

La commission adopte l'amendement.

Amendements AS961 de M. Philippe Vigier et AS1057 de Mme Stéphanie Rist (discussion commune).

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il s'agit par l'amendement AS961 d'expérimenter l'accès direct pour les patients aux soins de kinésithérapie lorsque le professionnel exerce dans une structure de soins coordonnés.

Mme Stéphanie Rist. Pour fluidifier le parcours des patients, améliorer l'accès aux soins et éviter les retards de prise en charge, je propose d'expérimenter un accès direct aux soins de kinésithérapie sans prescription dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné. Cette formule permettrait de libérer du temps médical et de réaliser des économies, comme cela a pu se vérifier dans d'autres pays qui le pratiquent.

M. le rapporteur général. J'ai déjà eu l'occasion, dans nombre de rapports depuis 2018, d'expliquer en quoi l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes pourrait être pertinent pour un certain nombre d'actes. Cette expérimentation va dans le sens des protocoles de coopération, votés dans la loi « OTSS » de 2019. Je préfère l'amendement AS1057 en ce qu'il permettrait de mener l'expérimentation dans davantage de départements. Je n'exclus pas de préciser certains points avec vous d'ici la séance.

La commission rejette l'amendement AS961, puis adopte l'amendement AS1057.

Amendements AS967 de M. Philippe Vigier et AS1059 de Mme Stéphanie Rist (discussion commune).

Mme Stéphanie Rist. Il s'agit d'expérimenter l'accès direct pour les patients aux soins pratiqués par les orthophonistes lorsque ces derniers exercent dans une structure de soins coordonnés. Depuis 2002, le médecin ne prescrit plus les séances et l'orthophoniste décide de la durée des traitements. Pour autant, les dépenses de soins en orthophonie n'ont pas explosé et 30 % des bilans ne sont pas suivis d'une rééducation. Cette mesure devrait améliorer l'accès aux soins.

M. le rapporteur général. Comme le précédent, votre amendement va dans le sens de la disposition que nous avons adoptée dans votre proposition de loi, madame Rist. J'y suis favorable, sans exclure de lui apporter quelques précisions techniques, et demande donc le retrait de l'amendement AS967.

La commission rejette l'amendement AS967, puis adopte l'amendement AS1059.

Amendement AS1042 de Mme Stéphanie Rist.

Mme Stéphanie Rist. Cet amendement vise, à titre expérimental, à permettre aux médecins généralistes d'accéder à titre gratuit au guide du bon usage des examens d'imagerie médicale, au sein de leur espace numérique, pour améliorer la pertinence des prescriptions.

M. le rapporteur général. Je partage votre préoccupation. Je me demande néanmoins si une expérimentation est adaptée – mais l'article 40 ne vous laissait pas le choix...

Avis favorable, en espérant donc que le Gouvernement élargisse votre proposition en séance.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS1092 de M. Joël Aviragnet.

Mme Gisèle Biémouret. Il s'agit encore d'encadrer la pratique des dépassements d'honoraires, qui peuvent priver les personnes défavorisées de consultations de spécialistes.

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

Article 42 : Généralisation d'expérimentations en santé

La commission adopte l'article 42 non modifié.

Après l'article 42

Amendement AS540 de Mme Delphine Bagarry.

Mme Albane Gaillot. Bien que l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 vise à favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre déficitaire, il persiste des situations où les expérimentations en ce sens ne peuvent pas être accompagnées.

Dans les Alpes-de-Haute-Provence, une permanence de soins ambulatoires est assurée par des infirmiers et infirmières libéraux connectés au centre 15, qui interviennent là où un déficit territorial persiste sur les plages de garde. Ils se déplacent et réalisent les actes de télémédecine ainsi que les gestes de premier secours, en relation avec le médecin du centre 15. Malgré leur engagement, ces professionnels de santé ne peuvent pas bénéficier d'une juste tarification de leurs actes car il n'existe pas d'acte de permanence des soins en ambulatoire pour les infirmiers et les infirmières.

Cet amendement tend donc à élargir à la permanence des soins le périmètre de l'article 51, afin d'intégrer ce genre de situations.

M. le rapporteur général. Un mot d'abord de l'article 42, que nous venons de voter sans discussion et qui est fondamental : il généralise une expérimentation sur la prévention de l'obésité chez les enfants et le dépistage massif du VIH, sans ordonnance et sans avance de frais.

Pour ce qui est de l'amendement, les expérimentations de l'article 51 de la loi « OTSS » doivent déjà permettre de développer les modes d'exercice coordonné, en participant à la structuration des soins ambulatoires, et de favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

Votre amendement est donc satisfait et je vous invite à le retirer.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS142 de M. Guillaume Chiche.

Mme Albane Gaillot. L'amendement vise à prévoir un accompagnement de proximité pour les jeunes parents dès la sortie de la maternité. Il reprend la pétition lancée en mars 2020 sur le site *change.org*, signée par près de 15 000 personnes, réclamant des mesures urgentes pour améliorer le post-partum, notamment une assistance de puériculture à domicile formée aux enjeux du post-partum, présente chaque jour pendant une durée fixée par décret. Il s'agit de mettre en place un accompagnement global de la mère et du nouveau-né.

M. le rapporteur général. Je vous remercie de soulever le sujet du post-partum. C'est en en parlant que nous briserons les tabous et que nous pourrons avancer. Les dépressions concerneraient 13 % des mères. Les causes sont multiples mais la fatigue de l'accouchement et des soins à prodiguer au nouveau-né peuvent en expliquer une grande partie.

Nous avons déjà fait beaucoup, notamment avec l'allongement du congé de paternité, mais aussi avec l'entretien postnatal précoce et les mesures relatives à la protection maternelle et infantile. Une expérimentation du référent parcours périnatalité, le RÉPAP, a été lancée en août dans le cadre du fameux article 51. Elle vise à construire un parcours personnalisé de périnatalité coordonné autour de la période des 1 000 premiers jours. Elle concernera environ 6 000 femmes volontaires dans quatre territoires – 1 500 en Guyane et dans l'Essonne, 2 500 dans la Drôme et 500 en Touraine.

Je ne vois pas ce qu'apporteraient les expérimentations que vous proposez. Retrait ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS143 de M. Guillaume Chiche.

Mme Albane Gaillot. Les femmes touchées par la dépression post-partum étant souvent isolées, l'allongement du congé de paternité n'est pas forcément une réponse.

Dans de nombreux pays, le post-partum est une période à part. La femme qui vient de mettre au monde son enfant est prise en charge de façon globale sur un temps plus ou moins long. Il est aujourd'hui nécessaire qu'en France, les femmes qui accouchent bénéficient d'un post-partum de proximité et appuyé.

L'accompagnement post-partum est une question de santé publique largement ignorée. On commence à peine à en parler. Elle constitue, au même titre que la grossesse, une phase à risque pour la santé mentale des femmes. Elle est cruciale dans la construction du lien entre la mère et l'enfant.

Cet amendement vise à instaurer un forfait de soins physiques et thérapeutiques pour les mères. Un décret définira le nombre d'heures et la durée.

M. le rapporteur général. Pour les mêmes raisons que précédemment, avis défavorable. Par ailleurs, vous visez des soins pour les mères qui sont directement pris en charge par la sécurité sociale sans qu'il soit besoin de passer par le Fonds d'intervention régional (FIR) et encore moins par une expérimentation.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS991 de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Il s'agit d'expérimenter – puisque l'article 40 de la Constitution ne permet pas une prise en charge directe – durant trois ans et dans deux régions, un dispositif d'aides financières non pérennes pour soutenir les professionnels qui prennent en charge les mineurs exposés aux violences conjugales.

Une aide spécifique existe pour les mineurs victimes d'infractions sexuelles, qui sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie dans le cadre d'un protocole de soins. Or, les enfants qui vivent dans un climat de violences conjugales sont aussi des victimes. Selon les professionnels, les violences psychologiques qu'ils subissent entraînent souvent un syndrome de stress post-traumatique qui peut être assimilé à celui des enfants en zone de guerre.

Cette mesure améliorerait la prise en charge de ces enfants, y compris du point de vue de la prévention puisqu'ils sont sujets au développement par exemple de tendances suicidaires ou de comportements agressifs ou victimaires.

M. le rapporteur général. Le sujet est grave. Il faut sans doute encore renforcer la formation des professionnels de santé et les campagnes de prévention. Les professionnels de santé ne sont d'ailleurs pas les seuls concernés : il y a bien d'autres intervenants dans la chaîne de la prise en charge.

Toutefois, il ne me semble pas pertinent de prévoir un financement qui passe par le FIR. Une action plus globale, comme celle que nous menons depuis 2017, est préférable. Retrait, ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1008 de M. Thierry Michels.

M. Thierry Michels. Le ministère des solidarités et de la santé mène des négociations avec les transporteurs sanitaires afin de prendre en compte la transformation profonde des besoins de transport sanitaire en urgence ou en soins programmés et l'évolution nécessaire de la tarification, sans oublier le cas de nos citoyens en grande obésité.

Suite à l'adoption d'un amendement que j'avais présenté l'année dernière avec Annie Vidal, un rapport doit être présenté.

Hélas, cela n'avance pas assez vite. Il manque des éléments pour définir le nombre d'ambulances spécifiques et les moyens humains nécessaires pour répondre aux besoins et couvrir l'ensemble du territoire. La tarification n'est pas adaptée pour les personnes à fort indice de masse corporelle, qui sont souvent incapables de se déplacer seules, ce qui fait obstacle à leur accès effectif au système de santé.

Par conséquent, cet amendement vise à mener des expérimentations financées par le FIR pour trouver des solutions. J'ai déposé un autre amendement à l'article 56. Espérons que ce PLFSS sera l'occasion de régler le problème.

M. le rapporteur général. C'est un sujet important, suivi sur l'ensemble des bancs. Le ministre a déjà donné certaines réponses lundi au cours de son audition.

La prise en charge des transports bariatriques ne doit pas faire l'objet d'une expérimentation mais de travaux conduits à l'échelon national et dans chaque ARS, pour garantir l'égalité de traitement. Le lancement d'expérimentations dans les régions ne ferait que retarder ce processus car il faudrait attendre leur évaluation pour avancer.

Deux leviers doivent être actionnés : celui de l'offre, accompagné d'une estimation des besoins en véhicules spécialisés et de leur répartition dans le territoire, et celui du financement pour compenser les éventuels surcoûts.

La CNAM et les transporteurs sanitaires doivent encore préciser la définition du transport bariatrique et affiner la connaissance de l'offre et des financements qui existent. Les négociations conventionnelles pourront ensuite aboutir sur la base de ces données. Je vous invite à retirer cet amendement pour mieux en discuter avec le ministre en séance.

M. Thierry Michels. Les négociations prennent beaucoup de temps. Les expérimentations permettraient d'avancer.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS453 de Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. L'article 60 de la LFSS 2020 prévoit que le Gouvernement remette un rapport au Parlement sur l'instauration de la nouvelle tarification des transports bariatriques, dans le cadre du renouvellement de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les entreprises de transports sanitaires privées et les caisses d'assurance maladie telle que prévue à l'article L 322-5-2 du code de la sécurité sociale. Les conclusions devaient être rendues en décembre 2020. Nous les attendons encore, ce qui empêche la prise en charge des frais de transport en ambulance bariatrique.

M. le rapporteur général. Puisque nous avons déjà adopté une demande de rapport l'année dernière, il ne me semble pas opportun de recommencer. Le rapport doit être remis et le ministre y a été sensibilisé. L'amendement qui vient d'être adopté permettra de lui en parler à nouveau en séance.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS243 de Mme Audrey Dufeu.

Mme Audrey Dufeu. Les associations de familles des enfants autistes, souffrant de troubles spécifiques du langage et des apprentissages ou d'autres troubles du neurodéveloppement, connaissent des difficultés dans le parcours bilan et intervention précoce instauré par la LFSS 2019.

Ce n'est pas la mesure qui est remise en cause mais sa mise en œuvre. En effet, l'article 62 de la LFSS 2019 dispose que le bilan, pris en charge par l'assurance maladie, est coordonné par une plateforme de coordination et d'orientation (PCO). La structure porteuse de la plateforme est un établissement ou service sanitaire ou médico-social qui a conclu une convention de partenariat avec une ou plusieurs structures sanitaires ou médico-sociales de son territoire. Elle peut associer un ensemble d'acteurs formés. Elle applique les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) comme des centres d'action médico-

sociale précoce, des centres médico-psychologiques, des centres médico-psychopédagogiques, des centres hospitaliers et des services d'éducation spéciale et de soins à domicile. Des professionnels libéraux peuvent être associés et certains, comme les ergothérapeutes, psychomotriciens ou psychologues, doivent contractualiser avec la PCO pour que leur intervention soit prise en charge par l'assurance maladie.

Cette structuration autour du médico-social peut être problématique, notamment lorsqu'interviennent des libéraux qui n'ont pas contractualisé avec la PCO : dans ce cas, les familles doivent prendre à leur charge une partie des soins.

Si toutes les CPTS ne sont pas prêtes pour porter une telle plateforme, il serait intéressant de permettre à celles qui le sont de le faire, dans le cadre d'une expérimentation. La CPTS devrait, dès lors, s'associer aux structures médico-sociales locales et pourrait coordonner et orienter les enfants et leurs familles au cours du bilan.

M. le rapporteur général. Nous avons déjà prévu dans la LFSS 2020 un dispositif spécifique destiné à structurer les parcours de bilan et d'intervention précoce pour les troubles du neurodéveloppement. Nous en sommes au début, laissons-lui un peu de temps. L'organisation autour de structures médico-sociales présente des inconvénients mais aussi des avantages pour ce qui est de la capacité à structurer un parcours.

Nous avons fait ce choix car ces structures avaient le niveau de proximité le plus adéquat et étaient les plus à même de jouer un rôle de référent et de coordonnateur. Par ailleurs, mieux vaut laisser les CPTS se structurer sur leurs missions socles – accès aux soins, prévention, structuration de parcours. Rien ne les empêchera de demander des financements du FIR si elles souhaitent s'engager dans des projets plus complexes ou spécifiques.

Retrait ou avis défavorable.

Mme Audrey Dufeu. Cet amendement répond à une forte demande des associations.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS482 de Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. Le cancer de la prostate est un enjeu de santé majeur. Pas moins de 50 400 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. Il est au premier rang des cancers chez l'homme, devant les cancers du poumon et du côlon-rectum. Il représente 25 % de l'ensemble des cancers incidents masculins et cause 8 100 morts chaque année, soit un décès par heure. Il représente une menace vitale pour les hommes de plus de 50 ans s'il n'est pas diagnostiqué tôt et efficacement pris en charge.

Au-delà du caractère inacceptable du fait de laisser se développer un cancer curable, le coût est considérable pour notre société. Ainsi, le traitement d'un patient diagnostiqué au stade des métastases varie entre 150 000 et 300 000 euros pour une espérance de vie de trois ou quatre ans.

Aucune prévention n'est possible aujourd'hui car la cause reste inconnue, même si des facteurs de risque ont été découverts, en lien avec l'hérédité ou l'origine ethnographique. Il n'existe pas de politique de dépistage en France.

Le dosage du PSA est pratiqué si l'homme concerné le souhaite. Le diagnostic à un stade précoce est fondamental pour réduire la mortalité par le cancer de la prostate car il n'est curable qu'au début de son évolution. Cet amendement tend, par conséquent, à proposer un dépistage automatique de ce cancer dès l'âge de 50 ans.

M. le rapporteur général. Vous avez assisté à l'audition autour du thème du dépistage du cancer de la prostate qui s'est tenue en commission il y a quelques semaines : selon la HAS et l'Institut national du cancer (INCa), les données disponibles ne plaident pas pour un dépistage systématique. Il ne fait pas davantage consensus chez les professionnels de santé. Plutôt qu'une expérimentation, demandons à la HAS et à l'INCA d'actualiser leurs recommandations sur le sujet et d'établir un nouvel état des données scientifiques disponibles.

Demande de retrait ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1010 de M. Thierry Michels.

M. Thierry Michels. Dans le cadre des travaux de Julien Dive et Marie Tamarelle-Verhaeghe pour la mission d'évaluation sur l'alimentation saine et durable, la Cour des comptes a insisté sur la nécessité de renforcer la lutte contre l'obésité et les mesures de prévention. Les expérimentations destinées aux enfants donnent de bons résultats, en particulier le dispositif « Mission : retrouve ton cap », qu'il est proposé de généraliser dans ce PLFSS.

Pour les adultes, un forfait global de prise en charge pourrait structurer leur parcours et leur permettre d'accéder à certaines prestations, comme la consultation chez un nutritionniste ou un psychologue. D'où les expérimentations que nous proposons pour permettre au FIR de financer des parcours d'accompagnement de l'obésité, ce problème majeur de santé publique.

M. le rapporteur général. Votre amendement est satisfait. L'obésité est un des domaines qui motivent le plus d'expérimentations au titre de l'article 51 de la loi « OTSS ». Du reste, l'article 42 du PLFSS prévoit de généraliser le dispositif « Mission : retrouve ton cap ».

Retrait ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS242 de Mme Audrey Dufeu.

Mme Audrey Dufeu. Les cancers féminins et leurs traitements peuvent avoir des conséquences sur la sexualité. L'Organisation mondiale de la santé considère que la santé sexuelle fait partie intégrante de la santé et du bien-être des individus. Si l'État s'est interrogé sur le remboursement aux hommes des produits destinés à soigner les dysfonctionnements érectiles à la suite des cancers, il ne l'a jamais fait pour les produits qui pourraient améliorer la santé sexuelle des femmes dans la même situation.

Cet amendement demande au Gouvernement un rapport sur l'ouverture au remboursement par la sécurité sociale des traitements qui favorisent le retour à une vie sexuelle normale pour les femmes à la suite d'un cancer hormono-dépendant ou de la zone pelvienne. Il faut non seulement lever le tabou de la sexualité des femmes mais surtout s'interroger sur cette discrimination.

M. le rapporteur général. Vous soulignez que ces traitements, notamment les traitements non hormonaux, reçoivent des avis négatifs de la HAS. Plutôt qu'un rapport, auditionnons-la ! Si ces traitements ne sont pas remboursés, peut-être est-ce parce qu'ils n'offrent pas toutes les garanties de sécurité ou d'efficacité nécessaires.

Retrait ou avis défavorable.

Mme Catherine Fabre. Peut-être ces traitements ne sont-ils pas aboutis, mais l'argument de la discrimination demeure : les hommes bénéficient d'un traitement pris en charge alors que la question ne se pose pas pour les femmes. Au moins, prenons l'engagement de chercher une solution. Il faut y retravailler d'ici à la séance.

Mme Caroline Fiat. Je soutiendrai cet amendement, merci à son auteure. Il est important que l'Assemblée discute de ce sujet.

Mme Audrey Dufeu. Je le retire pour l'instant, et en proposerai un autre en séance. Auditionnons en effet la HAS : l'important n'est pas tant l'efficacité objective que la reconnaissance de la sexualité des femmes. Je crois que des pratiques discriminantes subsistent au sein de ces instances.

L'amendement est retiré.

Article 43 : *Prolongation de l'expérimentation haltes « soins addictions »*

Amendements de suppression AS811 de M. Jean-Pierre Door et AS855 de M. Bernard Perrut.

M. Thibault Bazin. Il s'agit par l'amendement AS811 de supprimer l'article 43, qui prévoit d'étendre l'expérimentation des salles de shoot. Nous étions opposés en 2016 à ces salles de consommation à moindre risque (SCMR), nous le sommes toujours.

Le bilan qui en a été dressé est mitigé. Autant celle de Strasbourg semble donner quelques bons résultats, autant celle de Paris pose problème. S'il semble envisageable de prolonger l'expérience à Strasbourg, il conviendrait donc de mettre fin à celle de Paris.

Les politiques publiques qui ont été menées n'ont pas permis de venir à bout de la toxicomanie. Essayons plutôt de financer les initiatives qui fonctionnent, en particulier les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). Soutenons les communes qui les accueillent et élargissons le dispositif.

M. Bernard Perrut. Le 14 septembre, nos collègues Caroline Janvier et Stéphane Viry nous ont présenté les conclusions de leur mission « flash » sur les SCMR. La première nous a dit que ces salles peuvent être pérennisées, mais pas généralisées, et le second qu'il ne faut les concevoir que dans un parcours médical complet.

Au sein du Gouvernement, les avis sont partagés. Si le ministre de la santé s'est dit favorable à ce type de lieu, le ministre de l'intérieur, quant à lui, s'y est opposé. Cette question continue de faire débat et, pour notre part, nous ne sommes pas favorables au maintien de ces salles. Mon collègue a évoqué à l'instant la prise en charge qui existe au sein des CAARUD et qui a le mérite de proposer un accompagnement médical complet.

L'expérimentation a bien marché à Strasbourg, mais très mal à Paris, où elle a été mal acceptée par les habitants. Dans ces conditions, sans doute serait-il préférable d'y mettre fin et de repartir sur des bases plus saines. Il est urgent de lutter efficacement contre ce fléau, qui touche particulièrement les jeunes.

M. le rapporteur général. Vous souhaitez la fin des SCMR, aussi appelées plus péjorativement « salles de shoot ».

Je ne peux que reconnaître votre constance, mais sur ce sujet, comme sur d'autres sujets sociétaux, des sensibilités différentes peuvent s'exprimer au sein d'un même parti. J'en profite pour remercier M. Stéphane Viry, qui est membre du groupe Les Républicains, et Mme Caroline Janvier, pour leur contribution récente à cette réflexion.

Vous citez l'étude de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Cette dernière montre, sans débat possible, les bénéfices de ces salles du point de vue de la santé publique. Elle démontre qu'elles entraînent une forte diminution des pratiques à risque de transmission du VIH et de l'hépatite C, des passages aux urgences et des overdoses. Ceux qui pensent qu'il s'agit d'une politique de promotion des drogues sont souvent dans la caricature. Il s'agit bien d'une prise en charge médico-sociale ambitieuse.

L'acceptabilité de ces dispositifs dans l'espace urbain a aussi été évaluée par l'Inserm, qui a montré qu'au-delà du discours médiatique, les SCMR peuvent également être acceptées ou demandées par les riverains, car elles permettent, sur des scènes ouvertes, la diminution de l'insécurité et des injections dans l'espace public. L'exemple de Strasbourg montre qu'une salle de ce type peut ne poser aucun problème de voisinage.

Il existe des différences bien réelles entre les salles de Strasbourg et de Paris : leur emplacement, mais aussi et surtout l'importance de leur fréquentation. Si la salle de Paris est sous tension, au-delà de sa localisation, c'est bien parce que le nombre de passages y est environ six fois plus élevé qu'à Strasbourg. L'ouverture d'autres lieux réduirait considérablement la pression sur la salle de Paris et permettrait de s'appuyer davantage sur le modèle strasbourgeois, avec une plus grande sérénité.

Cela ne veut pas dire qu'il faut ouvrir de telles salles partout, ni qu'elles sont l'alpha et l'oméga de la réduction des risques pour les usagers de drogue. Je crois d'ailleurs que chaque ouverture de salle doit s'accompagner d'une prise en charge absolument globale des usagers – pour ne pas dire des patients.

Le présent article remodèle ces salles de consommation pour les ouvrir davantage aux soins et au sevrage. Des modèles alternatifs, incluant une possibilité d'hébergement, pourront également être développés, sur le modèle de la salle strasbourgeoise. Pour toutes ces raisons, j'émettrai un avis défavorable sur ces amendements de suppression.

Mme Caroline Janvier. Au terme de la mission d'information que j'ai conduite avec Stéphane Viry, nous avons montré que les SCMR sont utiles du point de vue sanitaire et du point de vue de la prévention, à conditions qu'elles s'inscrivent dans une prise en charge médico-sociale globale et qu'elles fassent l'objet d'une concertation avec les élus, la préfecture et les forces de l'ordre.

L'article 43 ne vise pas à généraliser le dispositif : il faudra toujours que les élus municipaux en fassent la demande et qu'elle soit acceptée par le ministère de l'intérieur. J'ai

du mal à comprendre les amendements de suppression de l'article, qui nous priveraient d'un instrument de politique publique en matière de réduction des risques.

Par ailleurs, je suis extrêmement surprise de voir à quel point les conclusions de notre mission d'information ont été déformées, notamment par Mme Sandra Boëlle, qui a publié des communiqués de presse indiquant que notre mission était défavorable aux SCMR. Je déplore que ce dispositif fasse l'objet d'une instrumentalisation politicienne : c'est profondément malhonnête.

M. Sylvain Maillard. Ce qui distingue Paris de Strasbourg, c'est le crack – un mot qui n'a pas encore été prononcé mais qui change tout. Il faut inventer une prise en charge médico-sociale adaptée à chaque cas de figure ; la réponse policière ne suffira pas. On l'a déjà testée et on en voit les limites.

Il faut que les élus décident de l'endroit où ils veulent créer des salles à moindre risque, qu'ils les adaptent à la population et qu'ils fassent en sorte qu'elles soient acceptées par les riverains. La réponse médico-sociale est la seule possible. Il importe donc de poursuivre les expérimentations existantes et d'en tirer les leçons. Le crack, à Paris, pose un problème spécifique.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Le rapport de nos collègues Caroline Janvier et Stéphane Viry est très complet et montre bien l'apport de ces salles de consommation à moindre risque en termes de santé publique. Il souligne aussi que les deux conditions de leur succès sont l'accompagnement et le choix de lieux adaptés. Il paraît donc souhaitable de poursuivre cette expérimentation en prenant en compte le besoin d'accompagnement. Or c'est précisément ce que prévoit l'article 43, puisque les nouvelles expérimentations seront rattachées à des CAARUD.

Mme Caroline Fiat. Le crack, hélas, n'est pas une spécificité parisienne. Tout notre pays est concerné. Vous dites, monsieur Bazin, qu'il faut favoriser le traitement des usagers de drogue. Toute la difficulté est de les convaincre de se faire soigner. Or c'est souvent dans les SCMR que l'on arrive à le faire.

M. Thibault Bazin. On m'a fait dire beaucoup de choses que je n'ai pas dites. Je ne crois pas avoir été caricatural. Je dis seulement que le bilan de cette expérimentation est mitigé et que la situation n'est pas la même à Paris et à Strasbourg. Certaines collectivités nous disent qu'elles ont besoin de moyens supplémentaires pour financer les CAARUD et faire face à l'explosion de la consommation de drogue dans certains quartiers : je crois qu'il faut les entendre. Pour ma part, je ne souhaite pas envoyer le message selon lequel une généralisation des salles de shoot serait souhaitable, car la consommation de drogue est illégale en France.

En matière de drogue, on peut mener une politique dissuasive ou une politique incitative. Pour ma part, je suis favorable à la première, parce que je suis persuadé que les drogues abîment notre jeunesse. Pour l'heure, les politiques menées sont un échec.

La commission rejette les amendements.

Amendements AS823 et AS824 de Mme Albane Gaillot.

Mme Albane Gaillot. Les haltes « soins addictions » répondent à un enjeu de santé publique et la prolongation de cette expérimentation est donc une nécessité. Des difficultés

sont toutefois apparues et l'association Agir pour la santé des femmes m'a fait des préconisations, qui sont à l'origine de ces amendements.

Les expériences d'usage de drogue, notamment chez les publics en situation de grande précarité, diffèrent selon l'âge, le sexe ou le genre des usagers et usagères. Ces lieux de rassemblement peuvent être des espaces dangereux pour les femmes usagères de drogue, et *a fortiori* pour les plus jeunes d'entre elles, en raison de la vulnérabilité spécifique liée à leur genre ; elles peuvent être exposées à des violences, notamment sexuelles. Des espaces permettant leur entière sécurité, à savoir des espaces non mixtes, doivent impérativement être prévus.

M. le rapporteur général. Ces amendements me semblent relever, non de la loi, mais du cahier des charges de ces salles. Par ailleurs, ce que vous proposez ne sera pas forcément adapté à chaque salle, en fonction de sa taille notamment.

Je vous invite donc à retirer vos amendements. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

Mme Albane Gaillot. La prise en charge des femmes victimes de violences, notamment dans ces milieux particulièrement précaires et fragilisés, me paraît essentielle. Il me semble important d'inscrire dans la loi que des dispositifs adaptés doivent être introduits pour assurer la sécurité pleine et entière de chaque femme – et de chaque homme.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS1015 de Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Michèle de Vaucouleurs. L'article 43 prolonge l'expérimentation en cours de trois ans, en conditionnant les nouvelles entrées dans l'expérimentation au rattachement à un CAARUD. Afin de pouvoir évaluer correctement l'intégralité des expérimentations, notamment celles qui seraient lancées selon les nouvelles modalités prévues par ce PLFSS, il est proposé de fixer une date limite pour l'entrée en expérimentation au 31 janvier 2023.

M. le rapporteur général. Vous proposez de ne prolonger l'expérimentation que d'un an. Avis défavorable.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Non, monsieur le rapporteur général. Ce que je propose, c'est que les nouvelles entrées se fassent au plus tard le 31 janvier 2023 pour que l'on puisse, au terme des trois ans, évaluer correctement l'intégralité des expérimentations.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 43 non modifié.

Article 44 : *Extension de la gratuité de la contraception aux assurées majeures jusqu'à 25 ans*

Amendement AS1 de M. Raphaël Gérard.

M. Didier Martin. Défendu.

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

Amendements AS429 et AS430 de Mme Annie Chapelier, amendements AS711 de Mme Caroline Fiat, AS1076 de M. Raphaël Gérard, AS543 de Mme Delphine Bagarry et AS2 de M. Raphaël Gérard (discussion commune).

Mme Annie Chapelier. Mes deux amendements sont des demandes de rapport.

Tout le monde a salué l'article 44, qui garantit l'accès gratuit à la contraception à toutes les femmes jusqu'à l'âge de 25 ans. Pourtant, il met vraiment à mal l'égalité entre les femmes et les hommes, puisque la contraception, que je sache, intervient en cas de rapport entre un homme et une femme. Or cet article ne permet pas aux hommes de moins de 26 ans de s'emparer des moyens existants pour accéder à la contraception.

On nous rétorque que les préservatifs sont gratuits sur ordonnance. J'ai mené une petite enquête auprès de quelques pharmacies : les deux tiers des personnes qui m'ont répondu ignorent ce dispositif. C'est le cas aussi des hommes : la plupart d'entre eux ignorent qu'ils peuvent avoir des préservatifs gratuitement. C'est pourquoi je demande que le Gouvernement remette au Parlement un premier rapport sur l'information à la contraception.

De plus, l'accès aux préservatifs n'est pas réellement gratuit, puisque la sécurité sociale ne prend en charge que 60 % de leur coût, les 40 % restants étant pris en charge par la mutuelle. J'ajoute enfin que la gratuité ne concerne que deux marques de préservatifs. Je demande donc un second rapport sur la contraception masculine. Nombre d'entre vous ignorent sans doute que le préservatif n'est pas la seule solution – on parle beaucoup actuellement du slip chauffant. Il importe que les hommes aient accès à la contraception, au même titre que les femmes.

Mme Caroline Fiat. Mon amendement a très bien été défendu par Mme Chapelier.

Mme Catherine Fabre. L'amendement AS1076 va dans le même sens. Il faut que les hommes puissent s'emparer de la contraception, qui les concerne au même titre que les femmes, puisqu'une contraception défaillante peut avoir des conséquences importantes sur leur vie. Il convient de les sensibiliser à ces questions et de promouvoir la contraception masculine. Une telle évolution permettrait aussi de partager la charge contraceptive au sein des couples. C'est pourquoi nous demandons un rapport sur les moyens à mettre en œuvre pour développer, promouvoir et prendre en charge la contraception masculine.

Mme Albane Gaillot. Les amendements AS543 et AS2 sont défendus.

M. le rapporteur général. Je suis défavorable à l'ensemble de ces amendements, à l'exception de l'amendement AS1076, sur lequel j'émettrai un avis de sagesse. Il me semble effectivement important que nous nous penchions un peu plus sur la contraception masculine. On a beaucoup parlé de l'introduction, dans ce PLFSS, de la prise en charge de la contraception féminine jusqu'à l'âge de 25 ans. Il est clair que cette question ne concerne pas que les femmes, mais aussi les hommes. Le rapport que vous demandez permettra d'éclairer ce point.

*La commission **rejette** successivement les amendements AS429, AS430 et AS711, puis **adopte** l'amendement AS1076.*

*En conséquence, les amendements AS543 et AS2 **tombent**.*

*La commission **adopte** l'article 44 **modifié**.*

Après l'article 44

Amendement AS418 de Mme Annie Chapelier.

Mme Annie Chapelier. Nous proposons, à titre d'expérimentation, que les sages-femmes puissent recevoir directement une personne dans le cadre d'une demande de stérilisation. Actuellement, la première demande de stérilisation s'effectue systématiquement auprès d'un gynécologue ou d'un médecin. Les sages-femmes ne peuvent être consultées que pour la deuxième consultation.

Cette demande, qui émane de l'ordre des sages-femmes et des différentes organisations professionnelles des sages-femmes, vise à prendre en charge de façon globale les demandes de stérilisation des femmes qui le souhaitent.

M. le rapporteur général. Sagesse.

La commission adopte l'amendement.

Article 45 : *Simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire*

Amendements identiques AS37 de M. Stéphane Viry, AS304 de M. Bernard Perrut, AS400 de M. Joël Aviragnet, AS607 de Mme Jeanine Dubié et AS813 de Mme Albane Gaillot.

Mme Marine Brenier. Avec l'amendement AS37, il s'agit d'aller vers l'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire (CSS) aux bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

M. Bernard Perrut. L'ouverture d'un droit à la CSS est possible pour un grand nombre des bénéficiaires de l'AAH et de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), mais on constate que le taux de bénéficiaires non couverts par une complémentaire santé reste très élevé.

La Cour des comptes, dans son rapport *Les complémentaires santé : un système très protecteur, mais peu efficace*, recommande l'introduction d'un système plus efficace. Nous proposons donc un premier pas vers l'attribution automatique de la CSS à ces publics, par la mise en œuvre d'une étude systématique du droit à la CSS, s'appuyant sur les ressources déjà connues par les différentes administrations.

Cette mesure vise à pallier le non-recours aux droits et prestations et à garantir l'accès à une couverture complémentaire pour un grand nombre de personnes susceptibles d'avoir des besoins de santé importants. Les personnes en situation de handicap seraient les premières personnes à pouvoir en bénéficier.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement AS400 est défendu.

Mme Jeanine Dubié. Il s'agit de lutter contre le non-recours aux droits et prestations, dénoncé par nombre de rapports récents, dont celui de la Cour des comptes, déjà mentionné par notre collègue. Nous proposons d'ouvrir un droit systématique à la protection complémentaire de santé pour les bénéficiaires de différentes allocations, notamment le revenu de solidarité active (RSA).

M. le rapporteur général. Je ferai une réponse commune à tous les amendements visant à systématiser l'accès à la CSS des bénéficiaires de l'AAH et de l'ASI.

Les allocataires du RSA bénéficient d'ores et déjà d'un accès de plein droit à la complémentaire santé solidaire – de même qu'ils avaient accès à la couverture maladie universelle complémentaire – sans étude complémentaire de leurs ressources par les caisses primaires d'assurance maladie.

Les bénéficiaires du RSA, mais également de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) bénéficient par ailleurs d'un renouvellement automatique de la CSS, dès lors qu'ils continuent de bénéficier de l'une de ces allocations.

L'article 45 prévoit l'attribution automatique de la CSS aux bénéficiaires du RSA, sauf choix contraire de leur part. Il prévoit également la facilitation de son attribution pour les bénéficiaires de l'ASPA. Ce sont des mesures importantes, qui peuvent être saluées sur tous les bancs.

Ce que vous proposez pour les bénéficiaires de l'AAH et de l'ASI est techniquement impossible à ce jour. J'ai profité de l'audition du directeur général de la CNAM pour lui poser à nouveau la question.

Je vous invite donc à retirer vos amendements. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS1086 de Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Michèle de Vaucouleurs. La disposition prévue nous semble faire obstacle au droit à une protection complémentaire en matière de santé. Dans la rédaction actuelle, le potentiel bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé pourrait se voir refuser le renouvellement de son droit s'il ne s'est pas acquitté d'une seule mensualité. Pour pallier ce risque, il est proposé d'introduire le terme « automatiquement ».

Cet amendement a été rédigé à la suite d'un échange avec l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS).

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

Amendements identiques AS399 de M. Joël Aviragnet, AS1022 de Mme Michèle de Vaucouleurs et AS1085 de Mme Albane Gaillot.

Mme Gisèle Biémouret. Par l'amendement AS399, il s'agit de mieux informer les assurés des modalités d'accompagnement pour recouvrer leurs droits. L'information et l'accompagnement doivent être privilégiés pour éviter des ruptures de droits et de parcours de soins.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Dans la rédaction actuelle, le potentiel bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé pourrait se voir refuser le renouvellement de son droit s'il ne s'est pas acquitté d'une seule mensualité. Nous proposons qu'il soit informé des modalités d'accompagnement pour résoudre sa situation et permettre la réouverture de ses droits. L'information et l'accompagnement doivent être privilégiés pour éviter des ruptures de droits et de parcours de soins.

Cet amendement est, lui aussi, issu de mes échanges avec l'UNIOPSS.

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

Puis elle adopte l'article 45 non modifié.

Après l'article 45

Amendements identiques AS219 de M. Pierre Dharréville et AS340 de M. Joël Aviragnet.

M. Pierre Dharréville. Mon amendement vise à renforcer le tiers payant, mais j'ai déjà pu constater que vous n'étiez guère investi sur ce sujet, ce que je regrette.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement AS340 est défendu.

M. le rapporteur général. Je ferai une réponse commune à l'ensemble des amendements qui visent à généraliser le tiers payant, selon des modalités différentes – à l'exception de ceux qui portent sur la question spécifique du tiers payant sur le 100 % Santé, introduit récemment.

Pour rappel, le tiers payant bénéficie déjà aux femmes enceintes, aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection longue durée, aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et à l'intégralité du panier de soins 100 % Santé, à compter du 1^{er} janvier 2022, grâce à une disposition votée l'année dernière.

Je suis plutôt favorable, sur le fond, à vos amendements, qui prévoient d'étendre le tiers payant et d'améliorer ainsi l'accès au soin. Toutefois, même si les freins techniques sont moindres, il reste encore un certain nombre de professionnels qui ne sont pas équipés des outils nécessaires au tiers payant généralisé. Obliger demain l'ensemble des professionnels exerçant en ville, en maison de santé ou en centre de santé à pratiquer le tiers payant n'est pas techniquement possible. Tâchons de lever tous les freins sur le tiers payant concernant le panier de soins 100 % Santé : ce sera déjà un pas important, car c'est pour ce type de soins que nos concitoyens avancent le plus d'argent. Si le tiers payant intégral est déjà très répandu en optique, il l'est beaucoup moins en audiologie et en dentaire.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Je suis un peu déçu que la *start-up nation* ne tienne pas toutes ses promesses. Depuis quatre ans, chaque fois que nous abordons la question de la généralisation du tiers payant, c'est un argument technique qui nous est opposé. Or la crise a permis une accélération technique sans précédent – avec TousAntiCovid, par exemple. Je commence donc à me demander s'il y a une réelle volonté politique d'avancer sur ce sujet.

Mme Jeanine Dubié. Les patients ont tendance à aller aux urgences de l'hôpital, où ils ne paient pas, plutôt que dans les maisons médicales, où ils sont obligés d'avancer les frais. Si les médecins acceptent d'appliquer le tiers payant pour la sécurité sociale, en revanche ils ne le font pas pour les complémentaires, parce qu'il y en a plus de trois cents. Il faut trouver un moyen pour que le tiers payant s'applique aussi à la partie complémentaire. Cela réglerait aussi en partie le problème des urgences.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS341 de M. Joël Aviragnet.

Mme Gisèle Biémouret. Défendu.

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

Amendements identiques AS220 de M. Pierre Dharréville et AS714 de Mme Caroline Fiat, et amendement AS339 de M. Joël Aviragnet (discussion commune).

M. Pierre Dharréville. Il s'agit, une fois encore, de généraliser le tiers payant. Je n'ai pas bien saisi les arguments qui nous empêchent d'avancer sur cette question, mais j'ai compris que ce n'est pas dans le cadre de l'examen de ce PLFSS que nous aurons le débat qui s'impose.

Mme Gisèle Biémouret. Je suis de ceux qui ont voté le tiers payant au cours de la précédente législature, afin de faciliter l'accès au soin de tous.

M. le rapporteur général. Cela montre qu'il est important de s'assurer que les solutions que l'on vote sont techniquement réalisables. Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Ce que nous avons voté sous cette législature, et qui a annulé le vote précédent, n'a pas eu de meilleurs résultats, monsieur le rapporteur général.

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

Amendements AS825 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS337 de M. Joël Aviragnet (discussion commune).

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'année dernière, nous avons voté le tiers payant intégral dans le cadre du 100 % Santé pour les soins dentaires, l'optique et les audioprothèses. Afin d'assurer la pleine effectivité de cette mesure en 2022, le présent amendement prévoit qu'un décret encadrera les services numériques devant être mis à disposition, afin de préciser les modalités d'application de cette obligation.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement AS337 est défendu.

M. le rapporteur général. L'amendement AS825 est un amendement technique qui garantira la pleine application du tiers payant sur le 100 % Santé. Cela montre bien la volonté de notre majorité d'avancer sur la question du tiers payant, en fonction des possibilités techniques.

Avis favorable à l'amendement AS825.

*La commission **adopte** l'amendement AS825.*

*En conséquence, l'amendement AS337 **tombe**.*

Amendement AS342 de M. Joël Aviragnet.

Mme Gisèle Biémouret. Défendu.

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

Amendements AS110, AS111, AS109 et AS112 de Mme Véronique Louwagie.

Mme Véronique Louwagie. Les quatre amendements que je vous propose sont issus des travaux que j'ai conduits dans le cadre du Printemps de l'évaluation : j'ai réalisé une

mission sur le coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière. J'ai notamment constaté qu'il existait onze dispositifs pour couvrir les soins des personnes en situation irrégulière. Le plus important est l'aide médicale de l'État (AME), qui figure dans le budget de l'État. Parmi les dix autres dispositifs, on compte aussi celui qui concerne le maintien des droits à la protection universelle maladie (PUMa) des personnes en situation irrégulière.

Je vous propose, à travers mes quatre amendements, de donner suite à mes recommandations.

L'amendement AS110 vise à resserrer les conditions dans lesquelles un étranger en situation irrégulière peut bénéficier d'une prolongation du bénéfice de la PUMa lorsqu'il ne respecte plus les conditions permettant, en principe, d'y être affilié. Prenons le cas d'une personne en situation régulière avec un titre de séjour de quatre mois. Lorsque son titre de séjour arrive à expiration, elle peut bénéficier d'une extension de sa couverture PUMa pendant six mois. Cela ne me paraît pas acceptable. Il ne s'agit pas de priver cette personne de soins, mais de la faire tomber sous le régime de l'AME. Une durée minimale de présence régulière sur le territoire d'au moins six mois devrait être exigée pour bénéficier d'une prolongation de droit de six mois.

L'amendement AS111 vise à subordonner le bénéfice de la prolongation des droits à l'engagement d'une démarche de renouvellement du titre de séjour. Entre septembre 2020 et février 2021, plus de 400 000 assurés dont le titre de séjour était expiré depuis au moins trois mois – depuis plus de douze mois pour 205 066 d'entre eux – bénéficiaient de la PUMa.

La durée pendant laquelle un étranger en situation irrégulière peut voir ses droits à la PUMa prolongés a été plafonnée à six mois par un décret du 26 décembre 2019. Je vous propose, avec l'amendement AS109, d'inscrire dans la loi cette durée maximale, d'autant que l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale autorise toujours une prolongation dans la limite d'un an.

L'amendement AS112 vise à exclure les demandeurs d'asile provenant de pays d'origine sûrs du dispositif de maintien de droits. Un grand nombre de demandeurs d'asile savent pertinemment qu'ils n'ont aucune chance d'obtenir l'asile mais qu'ils peuvent bénéficier de la PUMa durant l'instruction de leur demande et durant les six mois suivant le rejet de celle-ci. En 2020, sur les 1 490 Moldaves ayant demandé l'asile, 1 476 ont été déboutés – soit un taux de protection de 1,07 % – ; tous ont bénéficié de la PUMa.

M. le rapporteur général. La PUMa est attribuée sur le critère d'une résidence stable et régulière sur le territoire. La loi prévoit déjà que les droits peuvent être maintenus pour une durée maximale d'un an pour les personnes dont la situation devient irrégulière. Depuis 2019, un décret limite ce maintien à six mois. Par ailleurs, la PUMa n'est désormais ouverte qu'au bout de trois mois, même pour les demandeurs d'asile.

Je ne souhaite pas que nous allions plus loin que ces décisions, qui ont fait l'objet de débats vifs il y a trois ans. L'équilibre trouvé est juste puisqu'il permet de lutter contre la fraude et certains effets d'aubaine sans pour autant renoncer aux soins pour tous.

La crise a bien montré que la santé publique n'a pas de frontières, et que la santé des populations, en particulier les plus vulnérables, doit être notre priorité. Nous savons très bien les conséquences qu'une telle restriction des conditions d'accès à la PUMa aurait sur la santé des personnes et sur la charge des hôpitaux publics, en particulier des services d'urgence.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin. Véronique Louwagie a acquis une expertise dans ce domaine et fait plusieurs préconisations, qui prennent la forme de ces amendements. Examinons-les dans le détail et avec bienveillance ! Le Gouvernement lui-même nous appelle à regarder avec lucidité l'immigration en provenance de certains pays d'Europe de l'Est. Les dérives constatées ont un coût pour nos finances publiques. Nous devons instaurer un arsenal dissuasif, ce qui n'empêche pas de soigner, bien sûr, ceux qui ont besoin de soins d'urgence.

Mme Caroline Fiat. J'ai, moi aussi, mené un travail parlementaire en déconstruisant les idées reçues sur l'AME. Je vous invite à lire ce rapport car ce sont les mêmes idées qui circulent sur la PUMa !

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

Amendements identiques AS218 de M. Pierre Dharréville et AS744 de Mme Caroline Fiat.

M. Pierre Dharréville. De nombreux bénéficiaires d'une pension d'invalidité, par méconnaissance, ne font pas valoir leurs droits à l'ASI. Nous proposons que les organismes de sécurité sociale aient l'obligation d'examiner l'éligibilité de ces assurés et de les en informer.

M. le rapporteur général. Une partie infime des bénéficiaires d'une pension d'invalidité sont éligibles à l'ASI. Nous pouvons interroger le Gouvernement en séance mais je crains que nous ne nous heurtions à des obstacles techniques et que cette obligation n'améliore pas les droits des assurés.

Demande de retrait.

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

Amendement AS904 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Le plafond de remboursement des appareils auditifs – 1 700 euros par oreille –, identique quel que soit l'âge du bénéficiaire, ne permet pas de prendre en compte les besoins spécifiques des enfants. Non seulement ceux-ci ne peuvent pas porter les appareils appartenant à la classe prise en charge à 100 % mais les complémentaires ont diminué le taux de remboursement de leurs appareils, plus coûteux. Le pouvoir réglementaire doit rehausser le plafond de remboursement pour les personnes âgées de moins de 20 ans.

M. le rapporteur général. Merci de soulever ce point technique mais important. Comme vous le dites, il relève du pouvoir réglementaire : je vous propose d'interroger le ministre en séance sur les possibilités de moduler ce plafond ou d'adapter les prises en charge.

Demande de retrait.

*L'amendement est **retiré**.*

Amendement AS403 de Mme Hélène Vainqueur-Christophe.

Mme Gisèle Biémouret. Reprenant la proposition de loi relative à la protection sociale globale déposée par les sénateurs socialistes, nous proposons que l'octroi d'une

prestation déclenche automatiquement l'examen d'éligibilité aux autres relevant du même champ. Cela améliorerait la prise en charge des bénéficiaires sans pour autant retarder l'ouverture des droits initialement demandés.

M. le rapporteur général. Nous nous sommes déjà interrogés sur l'opérationnalité de dispositifs beaucoup plus simples. C'est un idéal que vous nous proposez, hélas irréalisable !

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS970 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Dans le cadre du Printemps social de l'évaluation de 2021, j'ai montré que certains points restaient à améliorer en matière de prise en charge de l'optique.

Aujourd'hui, l'assurance maladie rembourse les verres optiques et la monture à hauteur de 9 centimes d'euro. Cela lui permet de garder le contrôle des prescriptions, mais oblige l'opticien à lui transmettre les données – le coût de transmission excédant, au passage, les 9 centimes d'euros – et retarde le remboursement par la complémentaire santé.

Je propose d'expérimenter la délégation, *via* une convention, de la gestion du secteur optique aux complémentaires santé, sous le contrôle de la CNAM.

M. le rapporteur général. Je ne pense pas qu'une telle délégation puisse être décidée sans travaux préalables et sans associer les complémentaires santé. Comme vous le savez, le ministre a saisi en juillet le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) afin d'approfondir les scénarios à l'étude sur l'évolution de l'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaires santé. Je suis convaincu qu'une réforme d'ampleur, incluant notamment le reste à charge hospitalier, doit être menée.

À ce stade, avis défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille. La Cour des comptes a déjà rendu un rapport sur le sujet ;, le HCAAM, où je siège, y travaille également. Cette proposition est en discussion avec la direction de la sécurité sociale et la CNAM. Il s'agit là d'une expérimentation pratique pour voir ce que donnerait, dans ce domaine, la réforme que vous appelez de vos vœux.

La commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette successivement les amendements AS656 et AS669 de Mme Caroline Fiat.

CHAPITRE V

Simplifier et moderniser le service public de la sécurité sociale

Article 46 : *Adaptation et prolongation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave*

Amendement AS685 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Dans le privé comme dans le public, les jours de carence n'ont jamais permis de traiter l'absence au travail ni d'agir sur les causes de celle-ci. En revanche,

leur application pénalise financièrement les travailleurs et les pousse au présentisme. Comme l'épidémie de covid l'a montré, ils se rendent au travail, même malades, voire contagieux, ce qui entraîne davantage d'arrêts maladie.

Comme vous avez accepté une demande de rapport formulée par la majorité, nous ne sommes pas à l'abri d'une surprise, monsieur le rapporteur général !

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

*Puis elle **adopte** l'article 46 **non modifié**.*

Article 47 : *Modernisation de la délivrance des prestations en espèces des travailleurs indépendants afin de tenir compte des enseignements de la crise sanitaire*

Amendement AS114 de Mme Marie-Pierre Rixain.

Mme la présidente Fadila Khattabi. L'amendement est défendu.

M. le rapporteur général. Plutôt qu'une demande de rapport, je propose d'interroger le Gouvernement en séance.

*L'amendement est **retiré**.*

*La commission **adopte** l'article 47 **non modifié**.*

Après l'article 47

Amendement AS1098 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. La majorité et le Gouvernement ont témoigné de leur solidarité avec les artistes-auteurs tout au long de la crise sanitaire, par le biais de dispositifs de soutien de leurs revenus et de réductions des cotisations sociales, notamment dans le cadre de la troisième loi de finances rectificative en 2020.

Mais le régime social des artistes-auteurs doit faire l'objet d'une réforme plus structurelle. La forte variabilité, d'une année sur l'autre, des revenus des assurés leur est préjudiciable au regard de leur éligibilité aux indemnités journalières (IJ). Seuls les artistes-auteurs dont les revenus sont supérieurs à 900 SMIC horaires peuvent bénéficier d'IJ pour valider des droits aux indemnités maladie, maternité, paternité et invalidité.

L'objet de cet amendement est de s'assurer que le décret en Conseil d'État qui encadre le régime social des artistes-auteurs prend en compte la variabilité des revenus. À ce titre, le décret devrait abaisser le seuil à hauteur de 600 SMIC horaires. Ce nouveau seuil est la garantie d'une protection renforcée des artistes-auteurs en cas de maladie et d'un meilleur accompagnement au moment des naissances.

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

Amendement AS176 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Nous demandons que le Gouvernement remette un rapport sur le régime d'indemnisation des arrêts de travail, analysant notamment les

conséquences, en matière de maintien dans l'emploi, des règles d'indemnisation des arrêts de travail. Ce rapport préfigurerait une mission interministérielle de rénovation du dispositif d'II, afin qu'il soit plus adapté à la situation des travailleurs, notamment ceux souffrant de maladies chroniques ou en situation de handicap.

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

Article 48 : *Simplification et modernisation des prestations en espèces pour les non-salariés agricoles*

*La commission **adopte** l'article 48 **non modifié**.*

Article 49 : *Généralisation du recours à l'intermédiation financière des pensions alimentaires*

*La commission **adopte** l'article 49 **non modifié**.*

Après l'article 49

Amendement AS812 de M. Jean-Pierre Door.

M. Thibault Bazin. Nous voulons réaffirmer ici notre attachement à l'universalité des allocations familiales. Le gouvernement d'Édouard Philippe n'est pas revenu sur les attaques portées sous la présidence de François Hollande. Le résultat est dramatique : la natalité baisse depuis plusieurs années et le renouvellement des générations ne se fait plus, ce qui peut mettre en péril notre modèle de protection sociale. La politique familiale était l'une des forces de notre pays. France 2030 ne pourra se faire sans fonder à nouveau la politique familiale sur l'universalité !

Mme Monique Limon, rapporteure pour la famille. Je reconnais là les amendements que défendait habituellement Gilles Lurton, dont je salue l'action en faveur des familles. Cet amendement, déclaratoire, n'aurait aucune conséquence sur le niveau des prestations et des allocations versées. Les allocations familiales, bien que modulées en fonction des revenus, sont toujours universelles puisque versées à tous les parents à partir du deuxième enfant.

Notre politique familiale est bien évidemment universelle, comme en témoigne l'allongement du congé paternité à tous, salariés, fonctionnaire et indépendants. Elle est empreinte de justice sociale, puisqu'elle protège les familles monoparentales avec l'augmentation du complément de libre choix du mode de garde (CMG) et généralise, avec l'article 49, le recours à l'intermédiation financière des pensions alimentaires.

Avis défavorable.

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

Amendement AS1091 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. Je vous propose de mettre en place un droit à l'information pour les allocataires des prestations familiales, sur le modèle de l'information pour les retraites.

Ce dispositif, qui centralise un certain nombre de dispositions existantes, permet d'informer les allocataires sur l'ensemble de leurs droits dès lors qu'ils sollicitent les caisses d'allocations familiales ou la mutualité sociale agricole. Lorsque la future mère envoie une déclaration de grossesse, les futurs parents sont informés de leurs droits, de l'ensemble des congés rémunérés dont ils peuvent bénéficier ainsi que de l'effet de ces congés sur les droits à l'assurance vieillesse.

Ces nouvelles modalités, qui visent à lutter contre le non-recours, sont inspirées par le rapport que Julien Damon et Christel Heydemann viennent de remettre au Gouvernement. Je vous propose de porter avec moi cette initiative parlementaire qui vise à améliorer la situation sociale de l'ensemble des bénéficiaires des prestations familiales.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS451 de Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. Seules 12 000 à 15 000 places de crèches auront été créées en 2022, à l'échéance de la convention d'objectifs et de gestion, qui en prévoyait 30 000. L'insuffisance du nombre de places de crèches entraîne des problèmes de garde pour les parents et aggrave la désertification des services de la petite enfance dans certains territoires. Nous proposons que le Gouvernement remette un rapport évaluant le nombre de places supplémentaires nécessaires ainsi que le coût de leur création.

Mme la rapporteure. Votre demande de rapport m'est d'autant plus sympathique que j'avais formulé la même l'année dernière. Mais compte tenu du fait que les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale, annexés chaque année au PLFSS, contiennent suffisamment d'informations, je vous demanderai de retirer cet amendement.

Mes échanges avec le Gouvernement et la Caisse nationale des allocations familiales ont fait apparaître que le nombre de nouvelles places ne dépasserait pas 15 000 d'ici à 2022, en dépit du plan Rebond. Naturellement, les conséquences de la crise sanitaire sur l'investissement public et les services de la branche famille, mobilisés sur la gestion immédiate, n'ont pas facilité les choses. Nous devons nous interroger collectivement sur la création d'un véritable service public de la petite enfance, seul à même de garantir le libre choix des parents. C'est un débat que nous pourrions avoir en séance et dans le cadre de l'examen du projet de loi « 3DS ».

M. Pierre Dharréville. Sans vouloir faire de mauvais esprit, puis-je vous demander comment consulter ces annexes ?

Mme la rapporteure. L'annexe que j'ai évoquée est disponible.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS452 de Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. Il s'agit, avec cette demande de rapport, d'appeler l'attention sur l'opportunité, pour les entreprises, de proposer des places de crèche à leurs salariés. Le dispositif, méconnu, est gagnant-gagnant : l'entreprise permet à ses salariés de se rendre au travail plus sereinement, les fidélise et se prémunit d'absences liées à la garde des enfants. Il convient de dynamiser ce dispositif et d'inciter les entreprises à y recourir.

Mme la rapporteure. Pour les mêmes raisons qu'exposées précédemment, demande de retrait.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS972 de M. Patrick Mignola.

Mme Michèle de Vaucouleurs. La LFSS 2019 a majoré de 30 % le montant du CMG pour les familles dont l'un des enfants est en situation de handicap. Cette mesure est une avancée, mais cette prestation prend fin aux 6 ans de l'enfant. Bien que de nombreux efforts aient été faits pour permettre la scolarisation des enfants en situation de handicap, celle-ci est parfois impossible et les parents se retrouvent alors démunis. Nous demandons que le Gouvernement étudie la possibilité de prolonger le bénéfice du CMG au-delà de l'âge de 6 ans pour les familles bénéficiant de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

Mme la rapporteure. En effet, nous avons voté en 2018 une majoration du montant du CMG pour les familles bénéficiant de l'AEEH, un an après avoir voté la majoration de 30 % pour les familles monoparentales. L'AEEH est applicable aux enfants de moins de 20 ans et cumulable avec l'ensemble des éléments composant la PCH.

Nous devons discuter avec le Gouvernement de l'interaction entre l'AEEH, le CMG et éventuellement la PCH en séance. Demande de retrait.

L'amendement est retiré.

Article 50 : Amélioration de l'indemnisation des victimes professionnelles de pesticides

La commission adopte l'article 50 non modifié.

Après l'article 50

Amendement AS772 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Nous souhaitons que le Gouvernement présente un rapport sur le coût, pour la sécurité sociale, d'une indemnisation par le fonds d'indemnisation des victimes de pesticides (FIVP) des personnes malades ayant été exposées à des pesticides en dehors de leur activité professionnelle.

M. Paul Christophe, rapporteur pour les accidents du travail et maladies professionnelles. Le Gouvernement prend très au sérieux cette question. Après avoir créé le FIVP, il a lancé plusieurs études scientifiques sur le lien entre certaines pathologies et la proximité de la résidence avec des zones d'épandage de pesticides.

L'expertise collective de l'Inserm de 2013, dont les résultats viennent d'être publiés, juge ce lien faible. Cependant, l'étude présente des limites importantes, liées notamment au manque de données individuelles.

D'autres études, aux méthodologies différentes, pourront nous permettre de confirmer ou d'infirmer la présomption d'un lien. Nous connaissons d'ici à décembre les résultats de l'étude Esteban de Santé publique France (SPF) sur l'imprégnation par des pesticides en population générale. Nous devrions aussi recevoir avant la fin de l'année les

conclusions de l'étude Géocap-Agri, menée par SPF et l'Inserm, sur la prévalence des cancers pédiatriques à proximité de cultures utilisant des pesticides. L'étude PestiRiv, conduite par SPF et l'ANSES sur les riverains, devrait être finalisée d'ici à 2023.

Dans l'attente de nouvelles données scientifiques sur le sujet, je vous demande de retirer votre amendement.

Mme Caroline Fiat. Qui sait, les familles victimes seront peut-être indemnisées par le FIVP avant même que nous réussissions à faire voter cette demande de rapport !

La commission rejette l'amendement.

Article 51 : Sécurisation des droits à retraite de base des travailleurs indépendants non agricoles affectés par les fermetures administratives

La commission adopte l'article 51 non modifié.

Article 52 : Rachat de trimestres de base pour certaines professions indépendantes non affiliées et les travailleurs indépendants à Mayotte

La commission adopte l'article 52 non modifié.

Après l'article 52

Amendement AS1099 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Largement relayée par les médias, l'absence de cotisation à l'assurance vieillesse des artistes-auteurs, pendant plusieurs dizaines d'années parfois, a entraîné une diminution du montant des pensions, souvent à la surprise des premiers concernés.

L'État les a accompagnés en leur permettant de bénéficier d'un système de rachat des cotisations prescrites, fixé par circulaire en 2016. Toutefois, la complexité de la démarche et, surtout, le coût du dispositif, qui prend en compte un taux d'actualisation de 2,5 %, ont fortement limité la possibilité d'y recourir.

Alors que les modalités réglementaires sont en cours de réflexion, l'amendement vise à permettre aux caisses concernées d'affecter une part de leur aide sociale au soutien des artistes-auteurs. Cette aide supplémentaire doit permettre de corriger les effets néfastes liés aux dysfonctionnements du recouvrement des cotisations versées par les artistes-auteurs, au bénéfice de plusieurs milliers de pensionnés.

Avec l'adoption de cet amendement, nous compléterions la réforme du régime social des artistes, après avoir étendu leurs droits aux IJ, simplifié la déclaration sur leurs cotisations et assuré le remboursement plus rapide des cotisations indûment versées. Nous pouvons être fiers de cette initiative parlementaire qui fait suite aux travaux du Printemps social de l'évaluation.

M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Avis évidemment favorable. C'est la même logique qui sous-tend les mesures ouvrant la possibilité à certains travailleurs indépendants de racheter des trimestres.

La commission adopte l'amendement.

Article 53 : *Extension de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait et à certains travailleurs non-salariés*

La commission adopte l'article 53 non modifié.

TITRE II

DOTATIONS ET DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AUX RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

Article 54 : *Dotations au Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, aux agences régionales de santé et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux*

La commission adopte l'article 54 non modifié.

Article 55 : *Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès*

La commission adopte l'article 55 non modifié.

Article 56 : *Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et sous-ONDAM 2022*

Amendement de suppression AS665 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Constante et cohérente dans mes convictions, je vais essayer de vous convaincre, pour la cinquième année consécutive, que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est néfaste pour les établissements de santé. Sa suppression permettrait aux hôpitaux de respirer et de travailler correctement.

M. le rapporteur général. Hors crise sanitaire, les dépenses augmenteront de 3,8 % par rapport à 2021, sans aucune économie réalisée sur les établissements de santé.

Le sous-objectif « Établissements de santé » est ainsi en hausse de 4,1 %, soit 3,7 milliards d'euros. En dehors des dépenses liées au Ségur de la santé, le PLFSS prévoit une augmentation historique des ressources courantes des établissements de santé, dont la progression s'établit à 2,7 %, contre 2,3 % en moyenne sur la dernière décennie, soit une évolution tendancielle supérieure à celle prévue dans le protocole de financement pluriannuel, de 2,4 %.

De manière exceptionnelle, le sous-objectif est construit en n'intégrant aucun impératif d'économies. Les établissements de santé bénéficieront directement du fruit des actions d'efficience qu'ils continueront à mener.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS906 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. L'essentiel des 2 milliards d'euros du volet numérique du Ségur de la santé est consacré à la mise en œuvre de l'espace numérique de santé. Rien n'a été prévu pour les données de santé. Lors des confinements, aucune donnée concernant les soins de ville n'est remontée et sans le système d'information pour le suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles, nous n'aurions pas eu de données des hôpitaux. Aucun travail de recherche de haut rang n'a été publié sur les données cliniques, seuls quelques entrepôts artisanaux, de manière isolée, ont publié des données.

Faute de financements de l'État, il n'y a pas de valorisation économique des données, pas de masse critique, pas de partenariat public-privé performant. Les *start-up* vont chercher des données aux États-Unis ou en Chine, les grands groupes ne choisissent pas la France comme terrain d'investissement. Le temps presse !

Avec cet amendement, je propose d'accorder un financement de 20 millions aux établissements de santé pour la création de dix entrepôts de données de santé (EDS). Ces entrepôts seraient reliés au *health data hub*, ce qui permettrait de développer la recherche. C'est fondamental : si nous ne le faisons pas, nous serons doublés par tout le monde dans les années qui viennent !

M. le rapporteur général. Je ne comprends pas bien la différence entre les EDS et le *health data hub*, créé par la LFSS 2019. Par ailleurs, nous avons adopté l'an dernier un budget de 400 millions d'euros sur trois ans pour le soutien à la circulation des données de santé dans les établissements de santé, dans le cadre du Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé.

Avis défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Ces sommes sont consacrées aux logiciels, mais rien ne permet de relier les EDS existants au *health data hub*. Ils ne travaillent pas ensemble et aucun travail de recherche ne peut se faire sur la base de leurs données.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1011 de M. Thierry Michels.

M. Thierry Michels. Il s'agit cette fois, après l'adoption de mon amendement sur les transports bariatriques, d'un amendement d'appel. Nous proposons de consacrer 10 millions d'euros à la prise en charge des personnes en situation de grande obésité pour garantir leur mobilité et leur accès effectif au système de santé. Il n'existe pas de données permettant de cerner les besoins réels, d'où nos demandes de rapports et d'expérimentations. Ces 10 millions ne doivent pas être considérés comme venant diminuer les moyens alloués à d'autres missions de santé mais comme un investissement : ils éviteront les graves complications dues aux difficultés rencontrées par ces personnes pour accéder aux soins.

M. le rapporteur général. Cet appel a été entendu, comme en témoigne l'adoption, contre mon avis, de votre amendement AS1008. Demande de retrait.

L'amendement est retiré.

Amendement AS842 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Permettez-moi, madame la présidente, de répondre à Thierry Michels : dans l'amendement AS1008, vous proposiez d'utiliser le FIR pour financer la prise en charge des transports bariatriques, tandis que dans l'amendement AS1011, vous extrayez les 20 millions d'euros du sous-objectif « Dépenses relatives au FIR ». Ce n'est pas cohérent !

Mon amendement vise à attribuer une enveloppe de 50 millions d'euros pour la revalorisation de carrière des 14 000 psychologues des établissements publics de santé ainsi que pour la rémunération des fonctions de psychologue coordonnateur.

M. le rapporteur général. Comme tous les personnels hospitaliers, les psychologues bénéficient, grâce à la dernière LFSS, du complément de traitement indiciaire à l'hôpital : ils gagnent 183 euros nets de plus chaque mois. S'ils font partie d'un projet d'équipe, ils peuvent aussi percevoir la prime d'engagement collectif – le pilier 3 des revalorisations du Ségur de la santé –, soit 100 euros nets mensuels.

Je ne crois pas nécessaire de vous rappeler l'engagement de ce gouvernement sur la reconnaissance du rôle majeur des psychologues au sein du système de santé. J'attends, comme vous, les amendements qu'il pourra nous présenter dans le cadre de la séance publique.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS88 de M. Stéphane Viry et AS605 de M. Thibault Bazin.

Mme Marine Brenier. L'amendement AS88 est défendu.

M. Thibault Bazin. Vous avez évoqué une augmentation de l'ONDAM de 3,8 % mais il ne s'agit que d'une moyenne. Le taux de reconduction des financements alloués aux établissements et services pour personnes âgées doit être fixé à un taux supérieur à celui de l'inflation.

M. le rapporteur général. Lors de son audition, la directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a expliqué qu'elle n'avait jamais vu au cours de sa carrière une revalorisation aussi importante de l'objectif global de dépenses médico-social.

Hors dépenses liées à la crise sanitaire, cet objectif sera en hausse de 4,4 % ; le sous-objectif « Personnes âgées » augmentera de 4,2 % et le sous-objectif « Personnes handicapées » de 4,7 %. Ainsi, 1,2 milliard d'euros seront consacrés au secteur médico-social en 2022. Je ne reviendrai pas sur chacune des mesures en faveur des personnes âgées prévues par ce texte, comme la réforme des services à domicile ou les moyens supplémentaires en EHPAD, car la liste est longue.

Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Puis elle adopte l'article 56 non modifié.

Après l'article 56

Amendements identiques AS59 de M. Stéphane Viry et AS214 de M. Pierre Dharréville.

Mme Marine Brenier. L'amendement AS59 est défendu.

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

Amendement AS60 de M. Stéphane Viry.

Mme Marine Brenier. L'amendement est défendu.

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

Amendements identiques AS57 de M. Stéphane Viry, AS364 de M. Joël Aviragnet, AS559 de M. Thibault Bazin et AS830 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Marine Brenier. L'amendement AS57 est défendu.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement AS364 est défendu.

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

Amendement AS58 de M. Stéphane Viry.

Mme Marine Brenier. L'amendement est défendu.

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

Amendement AS336 de M. Joël Aviragnet.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement est défendu.

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

Article 57 : *Dotation au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité*

*La commission **adopte** l'article 57 **non modifié**.*

Article 58 : *Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles*

*La commission **adopte** l'article 58 **non modifié**.*

Article 59 : *Objectifs de dépenses de la branche vieillesse*

*La commission **adopte** l'article 59 **non modifié**.*

Article 60 : *Objectifs de dépenses de la branche famille*

La commission adopte l'article 60 non modifié.

Article 61 : *Objectifs de dépenses de la branche autonomie*

Amendement de suppression AS666 de Mme Caroline Fiat.

Suivant l'avis de Mme Caroline Janvier, rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social, la commission rejette l'amendement.

La commission adopte l'article 61 non modifié.

Après l'article 61

Amendement AS610 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Nous demandons la revalorisation, par décret, de l'allocation journalière du proche aidant (AJPA).

Mme la rapporteure. La loi prévoit déjà que le montant de l'AJPA est fixé par décret ; votre amendement est donc satisfait. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS32 de M. Philippe Chalumeau.

M. Philippe Chalumeau. Nous proposons que le Gouvernement, par un rapport, éclaire le Parlement sur la gouvernance de la politique de l'autonomie.

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

Amendements identiques AS66 de M. Stéphane Viry et AS1063 de Mme Annie Vidal.

Mme Marine Brenier. L'amendement AS66 est défendu.

Mme Annie Vidal. Il s'agit d'une demande de rapport sur la trajectoire financière de la branche autonomie d'ici à 2030. Celui-ci contiendrait des propositions pour affecter progressivement de nouvelles ressources publiques au financement durable de cette branche et garantir ainsi la pérennité des financements destinés au fonctionnement et à l'investissement de l'ensemble des dispositifs et mesures du secteur médico-social.

Je regrette, madame la présidente, que les conditions d'examen, la fatigue et le manque d'écoute qui y sont liés, ne soient pas à la hauteur d'un texte aussi important que celui-ci. Nous pourrions songer à la qualité de nos travaux lorsque nous discutons de celle, attendue, des prestataires, notamment à domicile. Bien des sujets auraient mérité que l'on s'y attarde davantage.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je rejoins les propos d'Annie Vidal. Ce n'est pas parce que nous décidons de prolonger la séance qu'il faut bâcler le travail. Certains amendements n'ont pas reçu de réponse circonstanciée de la part du rapporteur.

M. Pierre Dharréville. Faut-il le rappeler ? Nous avons exprimé ces réserves en début de discussion.

M. Thibault Bazin. Il ne faut pas tirer sur l'ambulance, mais je regrette que certains d'entre nous n'aient pu disposer du temps de parole nécessaire pour discuter des amendements. Les règles doivent s'appliquer à tous, quitte à donner des temps précis. Il faut pouvoir débattre de façon approfondie et ne pas bâcler pour tenter de terminer. Il est vrai que les conditions qui nous ont été imposées étaient mauvaises et que vous n'en êtes pas responsable, madame la présidente : nous n'avons pu disposer du texte que tardivement et la date butoir de dépôt des amendements était très rapprochée. Je remercie toutefois le rapporteur général de s'être efforcé d'exprimer un avis détaillé sur chacun d'entre eux.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Je tiens à dire que je pense avoir donné la parole à toutes les personnes désireuses de s'exprimer.

Mme Caroline Fiat. J'avais prévenu dès lundi que les conditions de cet examen seraient compliquées. Mais il est vrai que nous avons pu avoir la parole lorsque nous le demandions et que le rapporteur général a pu exprimer ses avis. Grâce à cette séance prolongée, je pourrai être en circonscription demain pour vendre les brioches de l'amitié de l'AEIM-54 !

M. le rapporteur général. Nous avons prolongé d'une heure et je crois avoir mis autant d'énergie que ce matin, dès 9 heures, pour apporter les réponses les plus complètes aux amendements qui étaient défendus.

Comme vous, je ne suis pas satisfait des conditions d'examen de ce PLFSS – nous nous en plaignons chaque année depuis le début de cette législature. C'est pourquoi je vous engage à voter la proposition de loi organique relative aux LFSS, actuellement en navette.

*Suivant l'avis de la rapporteure, la commission **rejette** les amendements.*

Article 62 : *Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (Fonds de solidarité vieillesse)*

*La commission **adopte** l'article 62 **non modifié**.*

*Puis elle **adopte** la quatrième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 **modifiée**.*

*Enfin, elle **adopte** l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 **modifié**.*

La séance s'achève à une heure cinq.

Présences en réunion

Réunion du mercredi 13 octobre 2021 à 21 heures 30

Présents. – M. Thibault Bazin, Mme Gisèle Biémouret, M. Julien Borowczyk, Mme Marine Brenier, M. Philippe Chalumeau, Mme Annie Chapelier, M. Paul Christophe, Mme Christine Cloarec-Le Nabour, 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 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, Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, M. Bernard Perrut, Mme Michèle Peyron, M. Jean-Hugues Ratenon, Mme Stéphanie Rist, Mme Mireille Robert, Mme Valérie Six, Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, M. Boris Vallaud, Mme Michèle de Vaucouleurs, Mme Annie Vidal

Assistaient également à la réunion. – Mme Albane Gaillot, Mme Stéphanie Kerbarh, Mme Véronique Louwagie