

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 étrangères

Mercredi

22 novembre 2017

Séance de 17 heures 30

Compte rendu n°024

SESSION ORDINAIRE DE 2017-2018

**Présidence
de Mme Marielle de
Sarnez, *présidente***

– Examen, ouvert à la presse, de projets de loi autorisant la ratification de conventions :

• Projet de loi n° 13 autorisant l'approbation du protocole annexe à la convention générale entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République algérienne démocratique et populaire sur la sécurité sociale du 1er octobre 1980 relatif aux soins de santé programmés dispensés en France aux ressortissants algériens assurés sociaux et démunis non assurés sociaux résidant en Algérie (M. Michel Fanget, rapporteur) ;

• Projet de loi n° 270 autorisant l'approbation de l'amendement au protocole de Montréal du 16 septembre 1987 relatif à des substances qui appauvrissent la couche d'ozone (M. Christophe Di Pompéo, rapporteur).



Projet de loi n° 13 autorisant l'approbation du protocole annexe à la convention générale entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République algérienne démocratique et populaire sur la sécurité sociale du 1er octobre 1980 relatif aux soins de santé programmés dispensés en France aux ressortissants algériens assurés sociaux et démunis non assurés sociaux résidant en Algérie (M. Michel Fanget, rapporteur)

La séance est ouverte à dix-sept heures trente.

M. Michel Fanget, rapporteur. Le protocole que nous examinons à nouveau a pour objet d'inscrire, à l'avenir, l'accueil des patients algériens dans les établissements hospitaliers français pour des soins programmés dans un cadre administratif unifié. Il est conçu pour couvrir potentiellement la plus grande partie de la population algérienne, donc limiter le nombre d'Algériens venant se faire soigner en dehors d'un cadre organisé, et assorti d'un système rigoureux et centralisé d'établissement et de paiement par la sécurité sociale algérienne des frais médicaux afférents. De la sorte, les litiges que l'on constatait jusqu'à présent sur le montant des frais facturés ainsi que les difficultés de recouvrement devraient être très fortement réduits. Bref, ce texte n'empêchera pas toutes les dérives financières liées à l'accueil d'étrangers non-résidents dans notre système hospitalier, mais contribuera à les limiter.

En outre, la négociation et la conclusion du protocole ont été subordonnées au règlement d'une grande part des créances litigieuses héritées du passé.

Ce texte devrait donc permettre de resserrer nos liens avec le peuple algérien en répondant mieux à ses besoins dans ce domaine essentiel qu'est la santé.

Pour nos établissements hospitaliers, il offre la perspective, en sécurisant les circuits financiers, d'une plus grande ouverture à cette patientèle étrangère. À cet égard, il s'inscrit dans une politique volontariste d'ouverture aux patients étrangers que justifie l'excellence du système de santé et en particulier des équipes hospitalières de notre pays.

Nous avons déjà discuté de cet accord avec l'Algérie en juillet dernier. Compte tenu des multiples questions qui avaient alors été posées, nous avons décidé de procéder à quelques auditions complémentaires, ouvertes à tous les membres du bureau et coordonnateurs des groupes. Ces auditions ont eu lieu en septembre et je remercie Mireille Clapot, Jacques Maire et Bérengère Poletti d'y avoir participé.

Nous avons auditionné Jean de Kervasdoué, qui a été l'auteur pour le Gouvernement d'un rapport sur l'accueil des patients étrangers, Martin Hirsch, qui dirige l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, car l'AP-HP concentre les trois quarts des problèmes d'impayés de patients étrangers, et M. Mohamed Azgag, directeur de la caisse primaire d'assurance maladie du Morbihan, à laquelle est rattachée le service de la sécurité sociale qui gère les flux financiers avec l'étranger, le Centre national des soins à l'étranger.

Ces auditions, je le dis d'emblée, m'ont convaincu de la nécessité de ratifier rapidement l'accord que nous examinons. Elles montrent en effet plusieurs choses.

En premier lieu, les éléments que nous avons recueillis confirment ce que nous avons déjà dit : ce problème ne concerne pas que les patients venant d'Algérie. C'est avec ce pays que le montant global de dettes est le plus important, mais il ne représente que le quart

de toutes les dettes liées à des étrangers non-résidents à l'AP-HP. Seize autres pays sont concernés, avec par exemple les États-Unis à la troisième place et plusieurs pays européens. C'est pourquoi la manière dont nous nous efforçons, avec ce texte, de régler le problème avec l'Algérie constitue un exemple qui pourrait inspirer nos relations avec d'autres pays.

Ensuite, nous avons pu constater que ce problème des impayés étrangers est désormais une priorité, notamment à l'AP-HP. Martin Hirsch mène une action énergique pour obtenir qu'un certain nombre de caisses ou d'ambassades étrangères règlent leurs dettes et il obtient des résultats. S'agissant de l'Algérie, il y a eu le règlement par la CNAS, la sécurité sociale algérienne, de 10 millions d'euros d'arriérés en 2016, mais d'autres pays étaient aussi en cause et ont payé, par exemple l'Arabie Saoudite.

Plus généralement, l'AP-HP a adopté de nouvelles orientations en vue de limiter les impayés. Une politique de paiement systématique d'une avance sur devis pour les soins programmés pour des patients étrangers a été mise en place, seule une dizaine d'organismes étrangers restant dispensés de cette avance, contre 600 auparavant. En conséquence, 86 % des flux programmés sont désormais payés à l'avance et le taux global de recouvrement des créances est donc en nette amélioration. Pour ces soins programmés, des forfaits par pathologie ont été établis et des services ont été plus spécialement fléchés pour accueillir les patients en cause.

Après cela, nous savons bien que des patients étrangers, algériens ou non, entrent dans nos hôpitaux en dehors de soins programmés pour lesquels ils auraient accepté de payer d'avance ou bénéficieraient d'une prise en charge par une caisse étrangère.

Sur ce point, ceux qui seraient tentés d'instituer des interdictions de prise en charge se heurteraient à notre éthique médicale. En France, nous ne commercialisons pas la santé. Il peut y avoir un débat sur ce que l'on appelle le tourisme médical, l'accueil payant d'étrangers. Mais ce n'est pas le débat d'aujourd'hui, ni de notre commission.

Si les patients dont nous parlons arrivent à l'hôpital suite à un accident de santé véritablement inopiné, leurs frais pourront éventuellement être couverts par l'assurance médicale qui accompagne obligatoirement les visas. Mais les assureurs veillent à ne pas prendre en charge les cas où les gens, si l'on peut dire, se « découvrent » malades une fois en France. Dans ce cas de figure, les soins soit seront couverts par l'aide médicale d'Etat si les gens ont expiré leur visa de tourisme de trois mois ou pour les mineurs, soit resteront tout simplement à la charge des hôpitaux.

Cette situation est-elle satisfaisante ? Non bien sûr et il faut combattre les dérives, les filières qui existent peut-être. Mais nous devons savoir qu'il y aura toujours, pour d'évidentes raisons humanitaires, parce que c'est l'esprit de notre service public hospitalier, des cas de personnes soignées pour des pathologies très graves et très coûteuses sans que leurs frais ne soient finalement réglés par elles ou une caisse étrangère.

L'AP-HP nous a transmis le dernier état de ses créances sur patients étrangers, arrêtées à fin août 2017, qu'il est intéressant de comparer à la situation précédemment arrêtée fin 2014. On y voit les résultats de l'action menée pour se faire payer par les débiteurs institutionnels. De novembre 2014 à août 2017, le montant cumulé des créances de l'AP-HP sur des ambassades, caisses et assurances étrangères est ainsi passé de 40 millions d'euros à 23 millions, donc en baisse de 43 %. Mais on voit aussi que les créances sur les particuliers

étrangers qui sont en dehors des circuits institutionnels continuent à croître. Leur montant cumulé est passé de 78 millions d'euros à 92 millions, soit + 18 % de 2014 à 2017.

Nous avons donc intérêt à inscrire le plus grand nombre de patients étrangers possibles dans les circuits institutionnels, même si nous n'arriverons jamais à le faire pour tous. Et c'est le sens de l'accord que nous examinons. Il vise à inscrire le plus grand nombre possible de patients algériens potentiels dans le cadre d'une prise en charge institutionnelle avec de solides garanties financières.

C'est pourquoi le champ des personnes qui pourront bénéficier du dispositif est large : il couvre non seulement les assurés sociaux algériens, mais aussi leurs ayants droits et les personnes dites démunies non assurées. C'est une extension par rapport aux accords antérieurs et elle est significative car le secteur informel, échappant à l'affiliation à la sécurité sociale, est développé en Algérie.

Second point fort de l'accord, il s'inspire des litiges anciens entre la CNAS algérienne et les hôpitaux français pour essayer de régler d'avance tous les points difficiles. Il comprend par exemple des dispositions précises sur la question des prolongations d'hospitalisation au-delà du temps programmé, avec une procédure d'urgence pour les faire avaliser par la CNAS. Il traite de même des molécules et dispositifs médicaux très onéreux qui ne peuvent pas être pris en compte dans le prix de journée.

L'accord a enfin le mérite d'établir des circuits financiers très clairs qui non seulement garantiront le paiement des frais à nos hôpitaux, mais aussi le paiement en dernier ressort par la CNAS algérienne. L'interface financière entre les hôpitaux et la CNAS sera gérée par notre sécurité sociale et plus précisément par le Centre national des soins à l'étranger, car cet organisme gère déjà les flux financiers dus à la coordination européenne de sécurité sociale et sait donc parfaitement opérer de manière rigoureuse ce type de gestion financière. De plus, afin d'éviter ou de limiter les décalages de trésorerie, la CNAS algérienne devra verser pour chaque exercice des avances égales à 35 % du montant des créances soldées au titre de l'exercice précédent. Une prise en charge des frais de gestion administrative est également prévue.

Pour conclure, cet accord n'empêchera pas tous les litiges financiers avec l'Algérie, *a fortiori* avec les pays étrangers, concernant la prise en charge de leurs nationaux dans notre système hospitalier. Mais il va dans le bon sens et je pense d'ailleurs qu'il pourrait servir de modèle pour des arrangements de même nature avec d'autres pays. Je rappelle en outre qu'au-delà des situations humaines qui font que nous accueillons nécessairement des patients étrangers, il y a aussi des intérêts économiques à développer raisonnablement cet accueil. Je vous invite donc à adopter le présent projet de loi.

Mme Laetitia Saint-Paul. Je voudrais remercier le rapporteur pour le travail qui a été conduit. Le groupe La République en marche était particulièrement dubitatif, mais forts de l'éclairage que vous venez de nous apporter, nous voterons pour ce projet de loi. Vous avez indiqué que les États-Unis et l'Arabie Saoudite ont une dette substantielle, un projet analogue est-il envisagé avec ces pays ?

M. Christian Hutin. Je me souviens précisément du débat que nous avons eu et je regrette que ceux qui avaient souhaité cet éclairage supplémentaire soient absents ce soir. Votre rapport montre bien que nous parlons de sommes qui sont minimales par rapport au budget de la sécurité sociale. Nous parlons de 35 millions d'euros.

M. Michel Fanget, rapporteur. À comparer à un budget des hôpitaux qui est de 90 milliards d'euros...

M. Christian Hutin. Tout le reste relève du fantasme. Je me rappelle un discours de Nicolas Sarkozy devant une université américaine, à l'époque de l'Obamacare, dans lequel il avait expliqué aux étudiants que, quelles que soient votre couleur, votre nationalité, lorsque vous tombez malade en France on vous soigne et on ne s'occupe pas de savoir qui paie. C'est là la richesse de notre pays.

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) pourrait peut-être fournir une étude sur le sujet. Il y a assez d'inspecteurs qui sont un peu en itinérance à l'IGAS, à l'image de certains ambassadeurs, pour effectuer une telle étude... Le rapport qui nous est présenté aujourd'hui est clair, transparent et précise les choses d'une manière extrêmement républicaine et humaniste.

En ce qui concerne la commercialisation des soins hospitaliers, lors de l'examen d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale, j'avais été choqué lorsque nous avons voté des conditions particulières d'accueil dans les hôpitaux parisiens pour une clientèle spécifique. Si cela rapporte de l'argent, le républicain qui considère que les soins de santé doivent être les mêmes pour tous s'interroge sur la moralité d'une telle évolution. Les hôpitaux de Paris ont créé de petits hôtels pour des étrangers richissimes qui viennent se faire soigner chez nous.

Mme la présidente Marielle de Sarnez. Il me semblerait en effet intéressant que le rapporteur demande dans son rapport une étude de l'IGAS sur ces questions.

M. Michel Fanget, rapporteur. Je le ferai. Je précise à Laetitia Saint-Paul que la dette de patients des États-Unis est de 6 millions d'euros. Il n'y a pas de solution globale à trouver en l'occurrence car il s'agit de recouvrement à faire auprès d'assurances privées.

J'indique à Christian Hutin, s'agissant de la commercialisation, que Martin Hirsch, que nous avons entendu dans le cadre de la présentation de ce rapport, est tout à fait opposé à la création de circuits particuliers pour des patients étrangers particulièrement solvables. Nos hôpitaux et nos spécialistes sont réputés mais si des étrangers viennent se faire soigner dans un tel cadre, ils ne doivent absolument pas prendre la place de patients français

Mme la présidente Marielle de Sarnez. Je propose que nous transmettions ce rapport à la ministre de la santé.

Suivant l'avis du rapporteur, la commission *adopte* le projet de loi n° 13 sans modification.

Projet de loi n° 270 autorisant l'approbation de l'amendement au protocole de Montréal du 16 septembre 1987 relatif à des substances qui appauvrissent la couche d'ozone (M. Christophe Di Pompéo, rapporteur).

M. Christophe Di Pompéo, rapporteur. Le protocole de Montréal de 1987 a pour objet de protéger la couche d'ozone. A partir des années 1950, de grandes quantités de substances qui y portaient atteinte ont été injectées dans l'atmosphère et un trou a même été détecté au-dessus de l'Antarctique au début des années 80. Il s'agissait des chlorofluorocarbures (CFC), produits utilisés dans les équipements de réfrigération et les aérosols, qui ont été progressivement interdits.

Le protocole de Montréal est un succès puisque la couche d'ozone est en cours de reconstitution. Son intégrité sera rétablie vers 2050.

La difficulté est que les HFC (hydrofluorocarbures) qui ont remplacé les CFC, sont de puissants gaz à effet de serre. L'un d'entre eux a même un impact 14 800 fois supérieur à celui du CO₂.

L'amendement de Kigali vise donc à interdire progressivement ces substances pour empêcher d'aggraver le réchauffement climatique.

La méthode est la même que pour les CFC. Pour les pays développés, l'objectif est une réduction de 85 % de la consommation et de la production à l'horizon 2036. Un calendrier différé est prévu pour les pays en développement, et un délai supplémentaire pour ceux qui sont soumis à des contraintes climatiques particulières.

Pour les pays européens, l'amendement Kigali ne changera rien puisque le règlement adopté par l'Union européenne en 2014 est plus exigeant.

Il est donc opportun que la France le ratifie rapidement, car le seuil des vingt pays nécessaires à son entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2019 vient d'être atteint. Vingt-et-un pays l'avaient fait le 20 novembre.

Le Parlement a été saisi car les ressources allouées par la France au Fonds multilatéral seront augmentées d'une somme allant de 15 à 20 millions de dollars chaque année, ce qui est peu au regard de l'enjeu climatique.

M. Christian Hutin. Pourquoi seuls vingt-et-un pays ont à ce jour ratifié l'amendement ?

M. Christophe Di Pompéo, rapporteur. Le processus de ratification par les États n'en est qu'à ses débuts. Le protocole de Montréal est en effet un accord universel ratifié par tous les pays.

Suivant l'avis du rapporteur, la commission *adopte* le projet de loi n° 270 sans modification.

La séance est levée à dix-sept heures cinquante cinq.

Membres présents ou excusés

Commission des affaires étrangères

Réunion du mercredi 22 novembre 2017 à 17 h 30

Présents. - M. Hervé Berville, M. Christophe Di Pompeo, M. Michel Fanget, M. Bruno Fuchs, M. Christian Hutin, M. Bruno Joncour, M. Hubert Julien-Laferriere, M. Rodrigue Kokouendo, Mme Amal-Amélia Lakrafi, Mme Nicole Le Peih, M. Jacques Maire, M. Denis Masségli, M. Jean François Mbaye, M. Frédéric Petit, M. Didier Quentin, Mme Laetitia Saint-Paul, Mme Marielle de Sarnez, Mme Sira Sylla, Mme Liliana Tanguy, Mme Valérie Thomas

Excusés. - Mme Clémentine Autain, M. Moetai Brotherson, M. Olivier Dassault, M. Bernard Deflesselles, Mme Laurence Dumont, Mme Anne Genetet, M. Philippe Gomès, M. Meyer Habib, M. Michel Herbillon, M. Maurice Leroy, M. Jean-Luc Mélenchon, M. Jean-Luc Reitzer, M. Hugues Renson, M. Sylvain Waserman