

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

XV^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2019-2020

Séances du vendredi 25 octobre 2019

Compte rendu intégral



Les articles, amendements et annexes figurent dans le fascicule bleu ci-joint



<http://www.assemblee-nationale.fr>

SOMMAIRE GÉNÉRAL

1^{re} séance 9751

2^e séance 9789

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2019-2020

42^e séance

Compte rendu intégral

1^{re} séance du vendredi 25 octobre 2019

Les articles, amendements et annexes figurent dans le fascicule bleu ci-joint



<http://www.assemblee-nationale.fr>

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. DAVID HABIB

1. **Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020** (*suite*) (p. 9754)

QUATRIÈME PARTIE (*SUITE*) (p. 9754)

Article 29 (*suite*) (p. 9754)

Amendements n^{os} 1368, 1952, 1513

M. Olivier Véran, rapporteur général de la commission des affaires sociales

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé

Amendement n^o 1178

Amendements n^{os} 241, 390

Amendements n^{os} 899, 351

Amendement n^o 762

Amendements n^{os} 642 rectifié, 1789 rectifié, 556 rectifié

Amendement n^o 1614 rectifié

Amendement n^o 1179 rectifié et 1181

Amendement n^o 2072

Amendement n^o 2073

Amendement n^o 1182

Après l'article 29 (p. 9756)

Amendements n^{os} 1280, 1829, 764

Article 30 (p. 9758)

M. Jean-Pierre Door

M. Bertrand Bouyx

Amendements n^{os} 1296, 466

Amendements n^{os} 353, 809

Amendement n^o 1397

Amendement n^o 339 et 342

Amendement n^o 977

Amendements n^{os} 1308 et 1309, 765

Amendement n^o 767

Amendement n^o 1388, 1390, 1391 et 1394

Article 31 (p. 9759)

M. Jean-Pierre Door

Amendements n^{os} 955, 1490

Article 32 (p. 9760)

Amendements n^{os} 1168, 2015 rectifié

Amendement n^o 1084

Amendement n^o 1057

Amendement n^o 1170

Après l'article 32 (p. 9761)

Amendement n^o 2

Amendements n^{os} 293, 843, 1578

Amendements n^{os} 220, 237

Article 33 (p. 9762)

Article 34 (p. 9762)

Mme Josiane Corneloup

Amendement n^o 436

Amendement n^o 465

Amendement n^o 671

Amendement n^o 768

Amendement n^o

Amendements n^{os} 670, 1194

Amendement n^o 643

Amendement n^o 1705 et 1707

Amendement n^o 2050

Amendement n^o 677

Amendement n^o 840

Amendements n^{os} 943, 1464

Amendement n^o 435

Amendements n^{os} 1796, 437

Amendement n^o 434

Amendements n^{os} 1715, 1739, 1794 et 1798, 433

Article 35 (p. 9767)

Mme Monique Limon

M. Alain Ramadier

Mme Nathalie Elimas

Amendements n^{os} 770, 473

Amendements n^{os} 3, 680, 1645

Après l'article 35 (p. 9769)

Amendement n^o 1962 rectifié

Article 36 (p. 9770)

M. Pierre Dharréville

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe

M. Jean-Pierre Door

Amendements n^{os} 1172, 2071

Amendement n^o 1171

Amendements n^{os} 1734, 772, 1318

Amendements n^{os} 1173, 1650

Amendement n^o 1174

Suspension et reprise de la séance (p. 9772)

Article 37 (p. 9772)

Mme Stéphanie Rist

Amendement n^o 663

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé

Amendement n^o 664

Amendements n^{os} 2026 et 2028, 1372

Après l'article 37 (p. 9775)

Amendements n^{os} 713 rectifié, 736, 1208, 1272 et 1273, 2045, 777

Article 38 (p. 9777)

M. Thierry Michels

Mme Isabelle Valentin

Amendement n^o 778

Mme Sophie Cluzel, secrétaire d'État chargée des personnes handicapées

Après l'article 38 (p. 9779)

Amendements n^{os} 782, 64, 749, 1640, 2082, 666

Article 39 (p. 9780)

M. Jean-Pierre Door

Amendement n^o 938

Amendement n^o 1165 et 1166

Après l'article 39 (p. 9781)

Amendements n^{os} 730, 1097, 1953, 1001

Amendements n^{os} 959, 1337

Amendement n^o 1068, 1069 et 1070

Amendements n^{os} 1067 et 1066, 1960

Amendements n^{os} 1606, 1540

Amendements n^{os} 1622, 661

Amendements n^{os} 784, 934

Amendements n^{os} 932 et 935, 1125

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 9788)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. DAVID HABIB

vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à neuf heures.)

1

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2020 *(suite)*

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 (n^{os} 2296, 2340, 2314).

Quatrième partie (suite)

M. le président. Hier soir, l'Assemblée a poursuivi la discussion des articles de la quatrième partie du projet de loi, s'arrêtant à l'amendement n^o 1368 à l'article 29.

Article 29 *(suite)*

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n^{os} 1368, 1952 et 1513, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir l'amendement n^o 1368.

M. Paul Christophe. Il est défendu.

M. le président. La parole est à Mme Stéphanie Rist, pour soutenir l'amendement n^o 1952.

Mme Stéphanie Rist. Si la substitution des médicaments biologiques similaires par les pharmaciens d'officine ne semble pas remplir aujourd'hui l'ensemble des conditions nécessaires à la sécurité des malades, le cadre de l'exercice coordonné permet de garantir le respect des conditions de surveillance clinique et des objectifs de traçabilité. Le présent amendement vise donc à faire substituer les médicaments biologiques similaires par des pharmaciens dans le cadre d'un exercice coordonné.

M. le président. La parole est à M. Bertrand Bouyx, pour soutenir l'amendement n^o 1513.

M. Bertrand Bouyx. La substitution dans le groupe biologique similaire apparaît nécessaire puisqu'elle représente 300 millions d'euros d'économies pour l'assurance maladie. Si nous comprenons que se posent des questions de traçabilité, ou d'accompagnement des acteurs et des patients,

l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – ANSM – doit pouvoir jouer un rôle essentiel dans la définition de protocoles à même de garantir que la substitution s'effectue convenablement.

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur général de la commission des affaires sociales, pour donner l'avis de la commission.

M. Olivier Véran, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Nous avons discuté hier de la substitution des biosimilaires. S'agissant de l'amendement de M. Bouyx, en 2016, l'ANSM a estimé qu'elle n'était pas à même de fournir une autorisation en bonne et due forme, ce qui est l'objet de ce dont nous discutons. S'agissant de la proposition de Mme Rist d'associer le pharmacien aux procédures prévues par les communautés professionnelles territoriales de santé, elle me paraît intelligente en ce qu'elle atténue le caractère restrictif de l'interdiction générale. D'un autre côté, j'ai bien entendu les arguments avancés par le Gouvernement sur la grande difficulté qu'il y a à appliquer la substitution en pratique clinique. C'est pourquoi je vous propose de nous donner rendez-vous l'année prochaine et donc de retirer vos amendements, faute de quoi j'émettrai un avis défavorable.

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé, pour donner l'avis du Gouvernement.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé. Je rappelle la manière dont nous envisageons la question. Oui, le Gouvernement soutient sans réserve les médicaments biosimilaires. Plusieurs dispositions du projet de loi de financement de la sécurité sociale – PLFSS – visent du reste à inciter à leur développement. Mais nous ne souhaitons pas le faire sans mettre au cœur de notre action les patients et, surtout, leur sécurité – je vous renvoie aux conditions définies par l'ANSM.

Or, aujourd'hui, c'est un fait, nous n'y sommes pas. Laissons-nous le temps de travailler cette question si sensible avec les médecins, les pharmaciens et les patients. Je dis « les patients » car, comme nombre d'entre vous, nous avons reçu des messages de la part d'une association de lutte contre la polyarthrite rhumatoïde, par exemple, ou encore de l'association France psoriasis, pour n'en citer que deux. Travaillons avec elles sur l'interchangeabilité car ce sont leurs membres qui vivent la maladie au quotidien. Ne soyons pas divisés sur une question si importante. Aussi, je vous suggère de retirer vos amendements, sinon je donnerai un avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Bertrand Bouyx.

M. Bertrand Bouyx. Il est important qu'un comité de pilotage réunisse l'ensemble des acteurs, pharmaciens, médecins, services de l'État et patients – car c'est à leur service que nous travaillons – afin de définir un cadre

pour la substitution des médicaments biosimilaires. Et puisque vous vous y êtes engagée, madame la secrétaire d'État, je retire mon amendement.

M. Gilles Lurton. Très bien !

(L'amendement n° 1513 est retiré.)

(Les amendements n° 1368 et 1952 sont retirés.)

M. le président. L'amendement n° 1178 de M. le rapporteur général est rédactionnel.

(L'amendement n° 1178, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 241 et 390.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 241.

M. Jean-Pierre Door. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 390.

M. Gilles Lurton. Le présent amendement concerne la place du patient dans le système de santé et vise à introduire la qualité et l'expérience du patient comme critère de fixation du prix du médicament. J'ai été très heureux, madame la secrétaire d'État, de vous entendre à l'instant défendre la nécessité de mieux associer le patient à toutes ces procédures et je crois vraiment que le présent amendement répond pleinement à cette préoccupation.

(Les amendements identiques n° 241 et 390, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 899 de M. Jean-Carles Grelier est défendu.

(L'amendement n° 899, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir l'amendement n° 351.

M. Paul Christophe. Nous entendons marquer notre attachement au cadre conventionnel. En effet, la fixation unilatérale d'un prix maximal de vente aux établissements pour les produits visés nous interpelle, alors que la fixation des prix des produits remboursables repose aujourd'hui soit sur la définition de marchés publics, soit sur des négociations conventionnelles. Nous proposons d'assurer que la fixation des prix relève du domaine conventionnel.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. L'application du dispositif restera limitée à quelques situations exceptionnelles, à savoir, a-t-il été précisé en commission, à moins de dix médicaments dont le prix a pu exploser – de 400 % ! – dans un contexte de quasi-monopole. Le dispositif sera donc appliqué avec parcimonie, mais il reste une nécessité. Je vous propose de retirer votre amendement, sinon je donnerai un avis défavorable.

(L'amendement n° 351, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 762 de la commission des affaires sociales est de précision.

(L'amendement n° 762, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements, n° 642 rectifié, 1789 rectifié, 556 rectifié et 1614 rectifié, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n° 642 rectifié et 1789 rectifié sont identiques.

La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 642 rectifié.

M. Pierre Dharréville. Nous proposons de rendre publiques les conventions signées par le Comité économique des produits de santé – CEPS – avec l'industrie pharmaceutique, dont les remises accordées. Aujourd'hui, seul le prix facial des médicaments est publié au *Journal officiel*; or c'est une donnée suffisamment importante pour être connue et appréciée.

M. le président. La parole est à M. Christophe Blanchet, pour soutenir l'amendement n° 1789 rectifié.

M. Christophe Blanchet. Cet amendement va dans le bon sens en ce qu'il vise à organiser la transparence sur les prix en rendant publiques les conventions signées par le CEPS avec l'industrie pharmaceutique, y compris les remises accordées.

M. le président. La parole est à M. Alain Ramadier, pour soutenir l'amendement n° 556 rectifié.

M. Alain Ramadier. Nous souhaitons garantir la transparence des prix réels des médicaments et, de facto, conforter les principes démocratiques. En effet, depuis 2019, une résolution sur la transparence du marché des médicaments, vaccins et produits de santé, a été adoptée par la France. Afin de s'aligner sur cette dernière, le présent amendement vise à rendre obligatoire la publication au *Bulletin officiel Santé-Protection sociale-Solidarité* des prix de vente au public des médicaments, des tarifs et, le cas échéant, des prix des produits et prestations négociées entre le CEPS et les industriels pharmaceutiques.

M. le président. L'amendement n° 1614 rectifié de Mme Josiane Corneloup est défendu.

Quel est l'avis de la commission sur cette série d'amendements ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. De même qu'en commission, j'émet un avis défavorable. Nous partageons, bien sûr, la nécessité de garantir la transparence sur les modalités de fixation du prix des médicaments. Nous l'avons évoqué hier et si j'avais souhaité accorder une voix délibérative à un représentant des usagers au sein du CEPS, cette proposition a été refusée au titre de l'article 40 de la Constitution. Reste que je ne désespère pas d'y parvenir l'année prochaine ! Cela dit, publier l'intégralité des conventions passées entre les industriels et le CEPS me paraît des plus délicats, d'abord au regard du droit, puisqu'il faut respecter le secret des affaires, garanti par l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale, ensuite parce qu'il faut prendre en considération l'objectif d'attractivité du marché français, lequel est déjà considéré comme une référence pour de nombreux pays. Nous devons donc rester prudents : le remède est parfois pire que le mal.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Christelle Dubos, *secrétaire d'État*. Même avis.

(Les amendements identiques n° 642 rectifié et 1789 rectifié ne sont pas adoptés.)

(Les amendements n° 556 rectifié et 1614 rectifié, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Les amendements n° 1179 rectifié et 1181 de M. Olivier Véran sont rédactionnels.

(Les amendements n° 1179 rectifié et 1181, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 2072 et 2073.

La parole est à Mme la secrétaire d'État, pour soutenir l'amendement n° 2072.

Mme Christelle Dubos, *secrétaire d'État*. Le présent amendement vise à étendre le dispositif « tiers payant contre générique » en cas d'égalité de prix entre médicament princeps et médicament générique. Nous nous engageons à renforcer la dynamique de délivrance de médicaments génériques. Il est en effet primordial de poursuivre les efforts qui ont permis d'augmenter le recours aux médicaments génériques au cours des dernières années. Dans la poursuite de cet objectif, permettre une concurrence entre médicaments princeps et médicaments génériques, et donc maintenir une incitation qui a fait ses preuves, est essentiel. C'est pourquoi je remercie au passage le député Bouyx de présenter un amendement identique.

Ainsi, la dispense d'avance de frais en cas de délivrance d'un médicament générique sera rendue possible même lorsque le prix du princeps est égal au prix d'au moins un des médicaments génériques correspondants. En étendant ainsi le dispositif « tiers payant contre générique » à cette situation, le pharmacien aura toujours un argument pour favoriser le médicament générique et le marché des médicaments génériques pourra continuer de se développer.

M. le président. L'amendement n° 2073 de M. Bertrand Bouyx est défendu.

Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements identiques ?

M. Olivier Véran, *rapporteur général*. La commission n'a pas pu les examiner mais, à titre personnel, je suis favorable. C'est un dispositif important.

M. le président. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Je ne comprends pas bien : il y a un ou deux ans, on nous expliquait qu'il fallait passer du tiers payant généralisé au tiers payant généralisable, que tout cela était bien compliqué, qu'on n'y arrivait pas... Et aujourd'hui, nous sommes sur le point d'adopter cette mesure qui semble venir de nulle part ! Je suis pour ma part favorable au développement du tiers payant, mais si on peut l'étendre au cas prévu par les amendements en discussion, je ne comprends pas bien pourquoi on ne le généralise pas à d'autres cas.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur général.

M. Olivier Véran, *rapporteur général*. Sans doute sommes-nous allés trop vite, car il me semble y avoir confusion. Il ne s'agit pas ici du tiers payant en tant que tel mais du dispositif « tiers payant contre générique », qui existe déjà et qui a été rénové l'an dernier. L'amendement vise simplement à étendre cette mesure d'avance de frais au patient dans les cas où le prix du générique est équivalent au prix du princeps.

M. le président. La parole est à M. Bertrand Bouyx.

M. Bertrand Bouyx. M. le rapporteur général a été très précis. Il existe en effet des situations d'identité entre le prix du générique et celui du princeps. Afin de conserver ce moteur de substitution entre l'un et l'autre, il est important de maintenir le tiers payant en faveur du générique face à l'original, afin de poursuivre la politique d'encouragement du générique quel que soit son prix. Je tiens à remercier Mme la secrétaire d'État d'avoir déposé un amendement en ce sens.

M. Christophe Blanchet. Excellent !

(Les amendements identiques n° 2072 et 2073 sont adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 1182 du rapporteur général est rédactionnel.

(L'amendement n° 1182, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 29, amendé, est adopté.)

Après l'article 29

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendement portant article additionnel après l'article 29.

Nous commençons par deux amendements identiques, n° 1280 et 1829.

La parole est à M. Alain Ramadier, pour soutenir l'amendement n° 1280.

M. Alain Ramadier. Cet amendement déposé par M. Boucard tend à prévoir la remise de deux rapports visant à comparer les dépenses évitées par les médicaments homéopathiques par rapport aux dépenses qu'engendrent leurs traitements substitutifs.

M. le président. La parole est à M. Belkhir Belhaddad, pour soutenir l'amendement n° 1829.

M. Belkhir Belhaddad. Le choix de dérembourser les médicaments et préparations homéopathiques ne peut s'appuyer uniquement sur une estimation scientifique du service médical rendu, car il faut tenir compte d'autres questions tout aussi importantes : leur prescription massive par les médecins généralistes et les sages-femmes libérales, la moindre consommation d'antibiotiques et d'antidépresseurs, et le caractère marginal de leur prise en charge par l'assurance-maladie – à hauteur de 0,29 % de ses dépenses. Mieux vaudrait appliquer la loi de Pareto et chercher les économies là où elles peuvent être trouvées.

Je crains en effet le risque d'un report massif des patients sur les traitements allopathiques, qui produirait des effets secondaires présentant à leur tour un risque pour la maîtrise des dépenses. C'est pourquoi cet amendement, identique au précédent, vise à ce qu'un rapport permette d'évaluer ces potentiels effets indésirables.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Ce rapport existe déjà : c'est celui de la Haute Autorité de santé – HAS. C'est un rapport scientifique et validé, qui n'a pas donné lieu à l'ombre d'un début de remise en cause par la communauté scientifique et médicale quant à l'intérêt de maintenir ou non le remboursement de l'homéopathie. Je comprends la crainte d'externalités négatives que peut susciter le déremboursement de l'homéopathie mais il n'y a pas lieu de produire un nouveau rapport. Encore une fois, les travaux de la HAS font référence à tous niveaux. Je propose donc le retrait des amendements ; à défaut, avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Même avis.

(Les amendements identiques n^{os} 1280 et 1829 sont retirés.)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n^o 764.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Cet amendement adopté par la commission vise à autoriser, pour une durée maximale de deux ans, une expérimentation de l'usage médical du cannabis. C'est une expérimentation importante qu'a validée le groupe de travail créé par l'ANSM sur proposition de la Haute Autorité de santé, à la demande de la ministre de la santé, suite aux sollicitations de collectifs d'usagers et de parlementaires.

Cette expérimentation sera conduite en milieu hospitalier. Les prescriptions seront effectuées par des médecins spécialistes – neurologues, cancérologues, algologues. Elle concernera trois mille patients en France et visera à évaluer les effets positifs et les éventuels effets indésirables des dérivés du cannabis, dont les principaux sont le tétrahydrocannabinol, ou THC, et le cannabidiol, ou CBD, sur plusieurs pathologies telles que les douleurs neuropathiques, la plasticité musculaire liée à des maladies comme la sclérose en plaques, ou encore les douleurs liées au traitement et aux complications du cancer.

Dix-sept pays de l'Union européenne autorisent déjà les traitements à base de cannabis médical. En France, un décret modifié en 2014 autorise la prescription et la délivrance de médicaments contenant des dérivés du cannabis mais la situation est compliquée, le produit cher et les indications peu étendues. Les médicaments en question seront initialement délivrés, sur prescription hospitalière donc, en pharmacie intra-hospitalière et tout renouvellement pourra se faire en officine de ville.

Cette expérimentation permettra, je l'espère, d'apporter un soulagement à de très nombreux malades souffrant de douleurs que ne permettent pas, ou très peu seulement, de soulager des traitements déjà lourds associant tantôt des morphiniques, tantôt des antidépresseurs, ou encore des anti-épileptiques et des neurostimulateurs, avec un succès très inégal.

Je tiens à préciser qu'il ne s'agit en aucun cas d'une martingale : le cannabis n'est pas le graal de l'antidouleur. Je reçois énormément de courrier provenant de personnes souffrant de maladies diverses et variées qui espèrent que l'usage médical du cannabis leur apportera une réponse. Je veux être très clair : il ne s'agit pas de développer un nouveau médicament qui remplacerait le paracétamol ou d'autres antalgiques, mais de trouver un nouveau traitement antidouleur adjuvant et

d'en déterminer les effets et l'efficacité en vie réelle, auprès d'un panel de malades suffisamment large, dans un cadre scientifique, validé, sécurisé et évalué, en espérant qu'à terme, il permette d'apporter un soulagement à des milliers de Français.

M. Christophe Blanchet. Bravo !

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Je remercie tout particulièrement le rapporteur général pour son amendement, auquel je suis favorable. En effet, l'expérimentation permettra de proposer un apport thérapeutique supplémentaire aux patients français non soulagés par les thérapeutiques déjà disponibles dans certaines indications ou situations cliniques bien définies. L'amendement s'inscrit dans la continuité des travaux du comité scientifique spécialisé temporaire, créé par l'ANSM. En 2018, ce comité a été chargé d'évaluer la pertinence du développement en France de l'usage médical du cannabis pour certaines indications et de proposer le cas échéant les modalités de sa mise à disposition.

L'expérimentation proposée, d'une durée de deux ans, concernera trois mille patients français à qui du cannabis à usage médical sera prescrit selon des indications relevant de la neurologie, de l'algologie, de l'oncologie ou encore des soins palliatifs. Les produits utilisés seront des médicaments issus de variétés de cannabis à usage médical. Ils seront sélectionnés sur la base d'un cahier des charges précis permettant d'en vérifier la qualité et la sécurité. Dans un premier temps, ils seront importés de pays dans lesquels le cannabis à usage médical est déjà autorisé. Ils seront prescrits et délivrés par des médecins et des pharmaciens spécialement formés. Les patients concernés seront suivis tout au long de l'expérimentation au moyen, notamment, d'un registre national et d'une étude pharmaco-épidémiologique. Je souhaite vivement que cette expérimentation puisse débuter au cours du premier semestre 2020.

M. le président. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Cette mesure permettra de légaliser des situations de fait que nous ne saurions nier et d'envisager de possibles réponses aux questions médicales qui ont été soulevées. Se pose toutefois la question de la filière d'approvisionnement. La France n'autorisant pas la production de cannabis, les traitements seront importés, ce qui pose les questions de la qualité des produits – je suppose que des dispositions seront prises en la matière –, de la souveraineté sanitaire, de la localisation de la production – c'est de l'hypocrisie que de l'interdire ici tout en l'utilisant tout de même... – et enfin de la maîtrise publique. Même si nous n'en sommes qu'au stade de l'expérimentation, il me semble opportun d'intégrer ces différents points à la réflexion.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Il nous faut passer outre les critiques adressées à cette proposition, nous en avons déjà parlé en commission. En effet, un groupe d'experts médicaux en a validé au printemps le principe de l'utilisation de ces produits pour certaines pathologies, souvent hyperalgiques et résistantes à de nombreux médicaments. Nous pouvons donc tenter l'expérience dans le cadre défini par la loi. Nous verrons à l'usage. La mesure est prise à titre expérimental : tant mieux. Il faudra être attentif aux règles édictées pour régir l'utilisation de ces produits. Nous donnerons naturellement un avis favorable à la proposition.

Je me suis tout de même interrogé sur la nécessité de passer par la loi, dès lors que les experts médicaux se sont lancés dans cette expérimentation depuis plusieurs mois et que des produits existent déjà sur le marché...

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Elimas.

Mme Nathalie Elimas. Mon collègue M. Isaac-Sibille avait déposé des sous-amendements et, étant absent, n'a hélas pas pu les défendre. L'un d'entre eux visait à remplacer le terme « cannabis » par « cannabinoïdes », dont la connotation est moins récréative et plus adaptée au caractère médical de l'expérimentation du produit. Quoi qu'il en soit, nous voterons en faveur de cette proposition.

M. le président. J'informe celles et ceux qui ont récemment souhaité avec enthousiasme que notre règlement soit modifié que les demandes de scrutin public doivent désormais me parvenir avant le début de la discussion d'un amendement : je ne suis donc saisi d'aucune demande de scrutin public sur cet amendement. Quant à Mme Elimas, elle doit se réjouir que j'aie appliqué l'ancien règlement et non le nouveau, sans quoi elle n'aurait pu prendre la parole sur cet amendement. Il arrive parfois que l'ancien soit meilleur que le nouveau... (*Sourires.*)

(L'amendement n° 764 est adopté.)

Article 30

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Cet article porte sur les autorisations temporaires d'utilisation – ATU. Ce mécanisme créé en 1986 permet à des patients en situation particulière d'accéder à de nouveaux médicaments, notamment en cas de maladie rare. L'ATU a été étendue l'an dernier à des indications secondaires. L'ATU est d'autant plus utile en France que la procédure normale d'accès aux médicaments est assez longue et dépasse souvent 180 jours, soit le délai préconisé par l'Union européenne. En somme, c'est un mécanisme reconnu, valable et plébiscité par de nombreux pays étrangers.

Une réserve cependant : il fait l'objet de critiques ayant entraîné des ajustements législatifs, projet de loi après projet de loi. Or, à force de critiquer l'ATU, c'est son fondement même qui est remis en cause. Dans la mesure où personne n'a jamais osé procéder à la simplification indispensable du mécanisme pour en garantir l'attractivité, il faudra faire preuve de la plus grande prudence. Les professionnels de santé et les industriels, quant à eux, demandent la simplification de l'ATU de façon à conserver ce mécanisme nécessaire.

M. le président. La parole est à M. Bertrand Bouyx.

M. Bertrand Bouyx. L'an dernier, il avait été décidé qu'un rapport serait remis afin d'évaluer les effets de la modification de l'ATU. Cette attente est celle non seulement des acteurs économiques mais aussi des patients : nous devons en effet vérifier l'attractivité et l'efficacité de ce dispositif.

M. le président. L'amendement n° 1296 du rapporteur général est rédactionnel.

(L'amendement n° 1296, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 466.

M. Jean-Pierre Door. Il est défendu.

(L'amendement n° 466, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n°s 353, 809 et 1397, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 353 et 809 sont identiques.

La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir l'amendement n° 353.

M. Paul Christophe. Tout en ouvrant les ATU aux médicaments à indications multiples, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a profondément complexifié ce dispositif d'accès précoce à l'innovation. Son article 65, en effet, a rendu possible la prise en charge au titre de l'ATU pour les extensions d'indications mais, parallèlement, a imposé une compensation unilatéralement fixée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sans recourir à la politique conventionnelle, qui est pourtant la règle en matière de fixation des prix des médicaments.

La fixation unilatérale des tarifs des ATU nominatives telle que prévue à l'article 30 risque de créer une désincitation à la mise à disposition précoce des médicaments innovants pour les patients, ce qui serait regrettable.

Le présent amendement propose que les montants prévisionnels de prise en charge par l'assurance maladie, transmis à des fins de provisionnement comptable, soient des montants moyens par aire thérapeutique et non des montants individuels par produit. Cela permet de maintenir la discussion sur les prix individuels par produit dans la sphère conventionnelle tout en respectant l'objectif du Gouvernement de permettre aux entreprises de provisionner un montant de remise suffisant.

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour soutenir l'amendement n° 809.

Mme Isabelle Valentin. Cet amendement de Jean-Carles Grelier supprime la fixation par décret de la valeur maximale des ATU nominatives, introduite par l'article 30 du PLFSS, ainsi que la fixation unilatérale d'une compensation pour ces mêmes ATU.

Il propose par ailleurs que les montants prévisionnels de prise en charge par l'assurance maladie, transmis à des fins de provisionnement comptable par les ministres au laboratoire exploitant un médicament en ATU, soient des montants moyens par aire thérapeutique et non des montants individuels par produit.

M. le président. L'amendement n° 1397 de M. le rapporteur général est rédactionnel.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Avis défavorable sur les amendements n°s 353 et 809. Supprimer le dispositif de compensation des ATU reviendrait tout simplement à supprimer les ATU. Le mécanisme n'est rendu possible que par la fixation d'un prix de compensation, dans des situations exceptionnelles où les prix explosent, comme ce médicament qui coûtait 2 millions d'euro par patient en

2019. Le dispositif de compensation permet en retour, une fois qu'un prix a été élaboré, discuté, validé, de faire en sorte que le laboratoire autorisé à commercialiser son médicament dans le cadre de l'ATU applique un prix normé.

Supprimer la compensation, c'est donc supprimer l'ATU. Retrait, ou avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Christelle Dubos, *secrétaire d'État*. Même avis sur les amendements n^{os} 353 et 809.

Avis favorable sur l'amendement n^o 1397.

(Les amendements identiques n^{os} 353 et 809 ne sont pas adoptés.)

(L'amendement n^o 1397 est adopté et l'amendement n^o 1056 tombe.)

M. le président. Les amendements n^{os} 339 et 342 de M. Paul Christophe sont défendus.

(Les amendements n^{os} 339 et 342, repoussés par la commission et le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. L'amendement n^o 977 de M. Philippe Berta est défendu.

(L'amendement n^o 977, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Les amendements n^{os} 1308 et 1309 du rapporteur général sont rédactionnels.

(Les amendements n^{os} 1308 et 1309, acceptés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n^o 765.

M. Olivier Véran, *rapporteur général*. Cet amendement a été adopté en commission à mon initiative. L'article 30 prévoit qu'à la sortie du dispositif d'ATU, le ministre chargé de la sécurité sociale communique au laboratoire concerné un montant prévisionnel auquel l'assurance maladie pourrait finalement prendre en charge cette indication. Si cette proposition, qui permettra de donner plus de visibilité aux laboratoires, est intéressante, on peut s'interroger sur la valeur juridique de cette communication et sur la nécessité de la mentionner dans la loi.

Le jour où nous en avons discuté en commission, nous n'avons pas eu de réponse, faute de représentant du Gouvernement. La commission a donc adopté cet amendement qui propose de supprimer la disposition.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Christelle Dubos, *secrétaire d'État*. La sécurisation du versement des remises à l'issue du dispositif ATU est un objectif important pour le Gouvernement. Il s'agit, avec les facilités de paiement introduites, d'une mesure clé visant à mettre fin à toutes les difficultés de récupération de ces remises.

Il peut s'agir de plusieurs centaines de millions d'euros chaque année. Nous devons disposer d'outils plus performants pour assurer le versement. Ne rien faire reviendrait

à allonger les délais de négociation sur ces produits et continuer d'augmenter le risque financier pour l'assurance maladie sur les récupérations des remises.

Certes, cette mesure ne règle pas tous les problèmes, mais elle constitue un premier pas pour permettre de conserver un système d'ATU pérenne et lisible.

Comme vous l'indiquez, monsieur le rapporteur général, le montant communiqué au laboratoire ne présage pas du prix auquel le médicament serait finalement négocié et pris en charge dans le droit commun, de la même façon que ne préjugent de rien les compensations qui existent pour les ATU extension d'indication, par exemple.

Les données acquises pendant la phase d'accès précoce seront autant d'éléments initialement non connus, mais pris en compte lors des négociations pour l'entrée dans le droit commun. En outre, la mesure a été revue par le Conseil d'État. Il n'y a donc pas de doute qu'elle relève bien du niveau de la loi. Il existe également des dispositifs non obligatoires pour les industriels qui relèvent de la loi.

Je demande donc le retrait de l'amendement. À défaut, j'y serai défavorable.

(L'amendement n^o 765 est retiré.)

M. le président. L'amendement n^o 767 de la commission est un amendement de précision.

(L'amendement n^o 767, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Les amendements n^{os} 1388, 1390, 1391 et 1394 de M. le rapporteur général sont rédactionnels.

(Les amendements n^{os} 1388, 1390, 1391 et 1394, acceptés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

(L'article 30, amendé, est adopté.)

Article 31

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Le Gouvernement souhaite transférer le financement de l'ANSM et de l'ANSP – Agence nationale de santé publique – de l'État à l'assurance maladie. Il y a deux ou trois ans avaient déjà été transférées l'Agence de la biomédecine et l'École des hautes études en santé publique de Rennes. Toutes ces opérations se traduisent par des transferts de financement de l'État vers l'assurance maladie. On charge la barque de la sécurité sociale !

Le nouveau transfert aujourd'hui proposé, pour un montant d'environ 270 millions d'euros, s'inscrit dans le cadre du sixième sous-objectif de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie – ONDAM. Il s'inscrit dans un mouvement de simplification. Toutefois, le fait que cette année, dans le PLFSS, des exonérations de cotisations sociales ne soient pas compensées appelle à la plus grande vigilance : l'État ne doit pas se désengager année après année. Car il pourrait très bien nous refaire le même coup ! Et si chaque année on réduit les financements de la sécurité sociale, elle risque de se retrouver sans guère de moyens...

M. le président. Je suis saisi de deux amendements de suppression, n^{os} 955 et 1490.

La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 955.

M. Pierre Dharréville. Je suis un peu embarrassé, car cette disposition aurait mérité un débat approfondi. Nous manquons d'explications sur le sens de ce transfert du financement de l'ANSM et de l'ANSP de l'État à l'assurance maladie.

Les politiques de prévention sanitaire ou relatives à la sécurité du médicament doivent-elles relever exclusivement de la sécurité sociale? L'État n'a-t-il pas lui-même une part de responsabilité dans ce domaine? Je suis favorable, de manière générale, à étendre la capacité d'action de la sécurité sociale, y compris en matière de prévention, mais j'ai le sentiment qu'on la réduit ici à un simple outil d'action de l'État.

J'aimerais donc comprendre quelle est la philosophie qui sous-tend l'article en matière d'organisation et de répartition des responsabilités entre la sécurité sociale et l'État. Tout cela manque de clarté. Je crains qu'en réalité cette opération ne dissimule des objectifs d'économie, bien qu'une compensation soit annoncée. Car nous savons ce qu'il en est des compensations pour le Gouvernement: nous venons d'adopter plusieurs dispositifs de non-compensation dans le cadre de ce PLFSS!

Bref je suis perplexe, voire dubitatif, quant à cette proposition, qui mériterait d'être véritablement travaillée.

M. le président. La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir l'amendement n° 1490.

M. Paul Christophe. Nous partageons les mêmes inquiétudes quant à la pérennité de la compensation financière qui sera accordée. Nous avons vu ce qu'a donné la suppression de l'article 3 en début de discussion! Avec cet amendement, mon collègue Francis Vercamer, tenait à exprimer sa préoccupation.

M. le président. Quel est l'avis de la commission?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Permettez-moi de répondre à ces inquiétudes en soulignant, tout d'abord, que le transfert du financement de l'ANSM et de l'ANSP de l'État à l'assurance maladie a du sens. Seules deux agences sanitaires, l'INCa – Institut national du cancer – et l'ANSES – Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail – n'ont pas encore été transférées, et l'on peut d'ailleurs se demander pourquoi. Toutes les autres ont vu leur financement transféré à l'assurance maladie, ce qui leur a permis de rejoindre le périmètre des nombreuses agences et structures qui pilotent la santé dans notre pays.

S'agissant du financement en tant que tel, le transfert sera effectué à l'euro près, pour un montant de 270 millions d'euros de crédits de TVA, acté dans le texte.

La compensation aura-t-elle lieu dans la durée? Je m'étonne, chers collègues, que vous me posiez la question après les deux jours que nous venons de passer ensemble! Elle le sera bien évidemment, et d'ailleurs, par le passé, tous les transferts réalisés ont été compensés sur des crédits de TVA. Il n'y a pas de discussion possible sur ce point, c'est automatique, pour des raisons techniques, de masse salariale entre autres. Même la très puissante tuyauterie à laquelle nous sommes tous soumis n'a pas eu de velléité d'assécher ces tuyaux-là!

Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement?

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. J'ajoute que réunir, dans l'ONDAM, la totalité des financements des opérateurs de santé permet une plus grande sincérité et clarté des débats parlementaires dans le cadre du PLFSS. La question d'une disposition similaire pour l'ANSES et l'INCa se posera donc également.

M. le président. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Ce sujet nécessiterait un débat plus approfondi! J'ai bien compris qu'il n'aura pas lieu aujourd'hui, mais j'aimerais soulever une autre question.

Lors des différentes auditions et rencontres avec des représentants d'institutions sanitaires, j'ai cru comprendre qu'elles souffraient d'un manque de moyens. On transfère donc à la sécurité sociale des agences dont les moyens sont déjà entamés... Cette question mérite elle aussi d'être mise sur la table.

M. le président. La parole est à M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Je comprends l'objectif du rapporteur général de rassembler les agences sanitaires de notre pays autour d'un même site, d'un même budget, et il ne fait pas de doute en effet que la compensation est garantie à l'instant t. Mais vous savez très bien que la compensation des évolutions salariales afférentes est loin de l'être, en revanche.

M. Jean-Pierre Door. Eh oui!

M. Paul Christophe. Le budget global de ces agences risque donc d'être progressivement asséché.

M. Olivier Véran, rapporteur général. C'est en sus de l'ONDAM!

(Les amendements identiques n° 955 et 1490 ne sont pas adoptés.)

(L'article 31 est adopté.)

Article 32

M. le président. L'amendement n° 1168 de M. le rapporteur général est rédactionnel.

(L'amendement n° 1168, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 2015 rectifié.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Cet amendement de la commission propose d'aller plus loin dans l'amélioration et la simplification des démarches d'ouverture ou de renouvellement du droit à la complémentaire santé solidaire pour les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés – AAH.

(L'amendement n° 2015 rectifié, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n° 1084 et 1057, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Gisèle Biémouret, pour soutenir l'amendement n° 1084.

Mme Gisèle Biémouret. Nous souhaitons supprimer la référence à l'âge dans la fixation du tarif du contrat de la complémentaire santé solidaire, qui est discriminatoire. Il y a là une logique assurantielle : le prix du contrat sera fixé de façon identique pour l'ensemble des anciens bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire. Les personnes sortant du droit de cette complémentaire disposeront ainsi, pendant un an, d'un contrat à tarif maîtrisé, couvrant un large panier de soins, sans reste à charge mais bien moins protecteur.

M. le président. L'amendement n° 1057 de M. Joël Aviragnet est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Cet article important ouvre un nouveau droit puisqu'il améliore les contrats de sortie des complémentaires santé solidaire de manière à ne pas laisser des personnes sans aucun droit. Nous pourrions donc commencer par nous féliciter collectivement de ce renforcement des droits pour les plus fragiles.

Avec l'amendement n° 1084, vous souhaitez supprimer la référence à l'âge du bénéficiaire dans le contrat de la complémentaire santé solidaire. Les besoins de santé ne sont évidemment pas les mêmes à 20 ans et à 80 ans. On peut être opposé à la sélection des risques et reconnaître, en même temps, que tout contrat de complémentaire en tient compte : les risques sont au fondement même de l'assurance.

En revanche, le Gouvernement a souhaité prévoir de solides garde-fous pour éviter toute dérive par rapport à l'objectif initial d'améliorer l'accès aux contrats de sortie. Ainsi, les tarifs seront plafonnés par décret afin que les contrats de sortie restent accessibles à tous. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Loin de suivre, comme vous, une logique comptable, nous voulons choisir le critère le plus adapté, s'agissant d'un dispositif couvrant la part complémentaire des soins.

Je rappelle que, dans le cas de la complémentaire santé solidaire, seront dispensés de participation financière les assurés aujourd'hui éligibles à la couverture maladie universelle complémentaire – CMU-C –, c'est-à-dire dont le revenu est inférieur à 746 euros par mois pour une personne seule.

Pour les assurés qui devront s'acquitter d'une participation financière, le critère d'âge se justifie du fait de la variabilité de la consommation de soins en fonction de l'âge, comme vient de le rappeler M. le rapporteur général. Il permet également de garantir une mutualisation suffisante par la pleine maîtrise du profil des assurés versant une participation.

Je rappelle également que très peu de complémentaires proposent aujourd'hui des contrats dont les primes ne dépassent pas 30 euros par mois pour les personnes âgées de 80 ans. Une participation égale de tous les bénéficiaires aurait été très défavorable aux jeunes, qui auraient pu être moins bien couverts.

Enfin, l'article 32 concerne les contrats de sortie de la complémentaire santé solidaire, et non la complémentaire santé solidaire en elle-même, de sorte que la modification proposée serait sans effet sur les modalités de fixation de la participation à ce dispositif.

Avis défavorable.

M. le président. Sur l'article 32, je suis saisi par le groupe La République en marche d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à Mme Gisèle Biémouret.

Mme Gisèle Biémouret. D'abord, il n'est pas toujours vrai que plus on est âgé, plus on est malade. Mais surtout, cette logique me heurte : où est la solidarité entre générations, et la solidarité en général, principe fondateur de notre sécurité sociale ? Nous voterons l'article, car c'est mieux que rien, mais nous tenions à rappeler ce principe.

(Les amendements n° 1084 et 1057, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 1170 de M. le rapporteur général est rédactionnel.

(L'amendement n° 1170, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 32, tel qu'il a été amendé.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	35
Nombre de suffrages exprimés	28
Majorité absolue	15
Pour l'adoption	28
contre	0

(L'article 32, amendé, est adopté.)

Après l'article 32

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements portant article additionnel après l'article 32, n°s 2, 293, 843, 1578, 220 et 237, qui peuvent être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 2, 293, 843 et 1578 sont identiques, de même que les amendements n°s 220 et 237.

L'amendement n° 2 de Mme Emmanuelle Anthoine est défendu.

L'amendement n° 293 de M. Paul Christophe est défendu.

La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour soutenir l'amendement n° 843.

Mme Isabelle Valentin. Il a pour objectif de simplifier l'accès à la couverture complémentaire santé et son renouvellement pour les bénéficiaires de l'AAH, grâce à une étude

automatique de leur dossier. Cette disposition s'inspire de ce qui est déjà prévu pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active – RSA.

Parmi les allocataires de l'AAH, 80 % ne travaillent pas. Une telle mesure permettrait de lutter contre le non-recours aux droits. Elle n'a pas vocation à accroître le nombre de bénéficiaires ni, avec lui, le coût du dispositif d'aide à l'amélioration à la couverture complémentaire santé, mais bien de simplifier le recours à ce dispositif pour ceux dont les ressources correspondent aux critères d'accès.

M. le président. La parole est à M. Pierre Vatin, pour soutenir l'amendement n° 1578.

M. Pierre Vatin. Ce sont toujours les gens les plus modestes qui ont des difficultés à renouveler leur dossier, car, à une époque où beaucoup de démarches se font sur internet, ils ne disposent pas nécessairement d'une adresse électronique personnelle, ne voient donc pas les relances et laissent ainsi passer les délais. Le renouvellement automatique, sachant que les ressources des bénéficiaires sont de toute façon contrôlées, permettrait d'éviter la suspension de l'accès à la complémentaire santé solidaire.

M. le président. L'amendement n° 220 de Mme Valérie Bazin-Malgras est défendu.

La parole est à Mme Josiane Corneloup, pour soutenir l'amendement n° 237.

Mme Josiane Corneloup. Le dernier rapport « Charges et produits de l'assurance maladie » a mis en avant la situation de précarité des bénéficiaires de l'AAH, en particulier le nombre élevé d'entre eux qui n'ont pas de couverture complémentaire santé, alors que certains pourraient avoir droit à l'actuelle ACS – aide au paiement d'une complémentaire santé. Les bénéficiaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité – ASI – sont également concernés.

Si le bénéfice de l'AAH, notamment, n'implique pas un droit automatique à la complémentaire santé solidaire, étant donné les différentes modalités de cumul entre AAH et ressources, il est toutefois possible de procéder à une étude automatique des droits en se fondant sur les ressources déclarées en vue de l'étude des droits à l'AAH ou à l'ASI, et en sollicitant éventuellement les informations complémentaires nécessaires auprès des bénéficiaires. Cette mesure permettrait de faciliter le maintien de la couverture complémentaire pour des personnes susceptibles d'avoir des besoins importants en matière de santé.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'ensemble de ces amendements ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Nous avons précédemment adopté une disposition qui les satisfait en partie, notamment s'agissant de la nécessité de mieux accompagner les bénéficiaires, soulignée par M. Vatin. Désormais, l'accompagnement sera systématique et personnalisé.

Mais comment faire en sorte que le renouvellement des droits soit automatique ? La difficulté n'est pas idéologique, ni politique, mais technique : il faut tenir compte de beaucoup de revenus concernant beaucoup de caisses et de plateformes différentes. Nous avons voté l'année dernière la création d'une super-base de données ; nous évoluons vers des systèmes d'information nationalisés et interopérables, et vers une amélioration des communications entre les caisses ; mais j'ai été effaré de voir d'où nous partions ! Dans le secteur

public, en matière de partage d'informations, on est vraiment très loin du secteur privé où l'on partage les informations et où l'interopérabilité est une réalité.

De ce fait, si nous votions les amendements en discussion, ils seraient inapplicables. Mais le renouvellement automatique devrait être possible d'ici deux à trois ans au plus tard. Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Le Gouvernement est résolument engagé dans la lutte contre le non-recours. Je partage le souhait de faciliter l'accès à la complémentaire santé solidaire et son renouvellement pour les personnes susceptibles d'avoir un besoin important de soins, notamment les personnes en situation de handicap.

Cependant, comme cela vient d'être dit, l'étude de l'attribution et du renouvellement du droit à la complémentaire santé solidaire ne peut être aujourd'hui automatique, parce que les ressources prises en compte dans ce cas sont différentes de celles sur lesquelles on se fonde pour accorder l'accès à l'AAH et à l'ASI, et que les caisses n'ont pas une connaissance exhaustive des ressources des bénéficiaires potentiels.

Il s'agit d'une démarche que nous avons entamée, et nous progressons. Nous travaillons à faire converger les différents logiciels et à créer des dispositifs permettant des passerelles de l'un à l'autre. J'en veux pour preuve le fait qu'à partir de cette année la CMU-C sera automatiquement renouvelée pour les bénéficiaires du RSA : ils n'auront plus à en faire la demande. Ainsi, nous faisons évoluer notre système pour accroître le taux de recours à des prestations dont les bénéficiaires potentiels ont grand besoin.

Demande de retrait donc, sans quoi avis défavorable, mais vous voyez que nous y travaillons !

M. le président. La parole est à M. Bertrand Bouyx.

M. Bertrand Bouyx. Nous touchons là du doigt un élément essentiel. L'automatisme des prises en charge suppose de pouvoir identifier toutes les personnes qui, dans notre pays, n'ont pas de domiciliation et qui pour cette raison échappent à nos radars. Être humaniste, c'est être capable de mettre un nom, un prénom et une adresse sur tous ces visages. Pour informations, la loi ALUR – loi pour l'accès au logement et un urbanisme rénové – rend la domiciliation opposable, mais nous faillons cruellement à appliquer cette disposition dans l'ensemble des centres communaux d'action sociale de nos territoires. Je défendrai un amendement à ce sujet lors de l'examen de la seconde partie du projet de loi de finances.

(Les amendements identiques n°s 2, 293, 843 et 1578 ne sont pas adoptés.)

(Les amendements identiques n°s 220 et 237 ne sont pas adoptés.)

Article 33

(L'article 33 est adopté.)

Article 34

M. le président. La parole est à Mme Josiane Corneloup.

Mme Josiane Corneloup. L'article 34 prévoit un lourd dispositif destiné à pallier les pénuries de médicaments. Il renforce les mécanismes existants de prévention et de lutte contre les ruptures de stocks de médicaments, notamment en imposant aux entreprises pharmaceutiques exploitant des médicaments de constituer un stock correspondant à quatre mois de couverture du marché national.

L'objectif est tout à fait louable, car les ruptures d'approvisionnement des médicaments constituent un problème de santé publique préoccupant, pouvant entraîner une perte significative de chance pour les patients, et mettant parfois en jeu leur pronostic vital. Toutefois, il semble irréaliste d'imposer la constitution d'un stock de sécurité dédié à la France pour l'ensemble des médicaments, sans considération de leur mode de remboursement. Il paraît donc nécessaire de se limiter à une liste de médicaments définis en concertation avec les acteurs du marché.

La mesure pose également des problèmes de production et de stockage. En particulier, la gestion des stocks va représenter un coût élevé pour les entreprises, surtout si aucune garantie n'est prévue quant à l'écoulement des médicaments.

Enfin, il me paraît indispensable d'exclure deux produits du champ de l'obligation de constituer un stock de sécurité. Les vaccins d'abord, compte tenu des spécificités de leur production du point de vue des délais, de la sécurité et de la qualité, lesquelles conduisent à devoir anticiper de trois à cinq ans les futurs besoins, liés à l'évolution de la demande mondiale. La mesure entraînerait une augmentation des volumes de production de vaccins pour le marché français allant jusqu'à 30 %, ce qui pourrait mettre en difficulté les sites de production concernés et nuire à l'accès aux vaccins en France et dans les autres pays de l'Union européenne notamment.

Seconds produits à exclure, les médicaments dérivés du plasma. Les entreprises pharmaceutiques qui les produisent font déjà l'objet d'une vigilance spécifique quant à la constitution de stocks de sécurité, en lien avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Alors que l'approvisionnement de la matière première connaît de fortes tensions, ces entreprises peuvent se trouver dans l'incapacité matérielle de constituer des stocks de sécurité correspondant à quatre mois de couverture des besoins.

Dans sa rédaction actuelle, l'article 34 constitue donc une réponse inadaptée pour résoudre rapidement une problématique complexe, multifactorielle, mondiale et impliquant l'ensemble des acteurs de la chaîne d'approvisionnement. Il me semble judicieux d'attendre les conclusions – prévues dans un délai de trois mois – de la mission confiée à M. Jacques Biot visant à procéder à l'analyse des causes profondes de la situation, notamment en matière de choix industriels, avant de mettre en œuvre des solutions non pérennes qui pourraient aggraver la problématique des pénuries et compromettre de ce fait la sécurité sanitaire, d'autant plus qu'elles ne prennent pas en compte la dimension européenne, essentielle en ce domaine. Il est de toute façon illusoire de penser que cette solution puisse être pérenne sans concertation préalable avec l'ensemble des acteurs de la chaîne d'approvisionnement, comme le prévoit la feuille de route de Mme la ministre des solidarités et de la santé annoncée en juillet dernier.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 436.

M. Gilles Lurton. Cet article, un des plus importants de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, mérite que nous nous y attardions. Je partage complètement les propos de ma collègue Josiane Corneloup. La ministre des solidarités et de la santé a lancé au mois de juillet dernier la mission Biot, les différents acteurs privés du secteur du médicament sont associés aux consultations des groupes de travail, et c'est alors que l'on découvre cet article alors que la concertation n'a absolument pas abouti. J'ignore si la mission Biot poursuit son travail et si les groupes de travail continuent de fonctionner, mais je suppose qu'ils ont dû être surpris de voir sortir cet article 34 !

Je comprends parfaitement l'urgence de la situation et la gravité de la pénurie de médicaments ; je comprends que le Premier ministre ait estimé qu'il fallait inscrire dans ce PLFSS un geste politique en affirmant la volonté de lutter contre les ruptures de stock. Il n'empêche que cet article soulève beaucoup de difficultés, notamment pour les médicaments dérivés du plasma. Nous savons tous que le plasma est extrêmement difficile à collecter, les laboratoires constatant qu'il y a de moins en moins de dons. De plus, sa conservation est très compliquée. Aussi, imposer des stocks de quatre mois pour des médicaments dérivés du plasma me paraît aujourd'hui totalement illusoire – même deux mois me semblerait complètement impossible. Par conséquent, je ne comprends pas qu'on impose à ce type de médicaments le régime de l'article 34. C'est pourquoi cet amendement propose de les en exclure.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. C'est en effet un article très important. Je vais m'efforcer, monsieur le président, de faire une réponse groupée sur l'ensemble des amendements le concernant, parce que les débats ont déjà été fournis en commission et que Mme la secrétaire d'État va sans doute s'exprimer sur les points qui restaient en discussion.

Lutter contre les ruptures de stock de médicaments est un objectif partagé par tout le monde. Ce n'est pas une question politique, mais une question de bon sens, sachant que les ruptures de stock se multiplient et qu'elles concernent de plus en plus souvent des médicaments d'usage courant : je pense à certains vaccins, à la cortisone ou encore aux antibiotiques, en milieu hospitalier comme en pharmacie d'officine. Les alertes se multiplient, provenant aussi bien des médecins prescripteurs que des hôpitaux et des pharmaciens. J'ai moi-même pu le constater dans ma pratique clinique. Il faut donc prendre des mesures. Une concertation de très bonne qualité est menée, notamment dans le cadre du CSIS, le conseil stratégique des industries de santé, et plusieurs mesures ont été prises ces dernières années, mais on se rend bien compte qu'il manque encore des dispositifs permettant de lutter efficacement contre les ruptures de stock.

Imposer des stocks aux laboratoires pour des médicaments d'intérêt thérapeutique est une bonne façon de procéder. J'ai proposé en commission par voie d'amendement, et je le présenterai de ce fait très succinctement ici, que ces stocks soient au moins situés sur le continent européen, à défaut d'être en France : quelles garanties aurions-nous que les médicaments seront disponibles le moment venu s'ils sont stockés en Chine ou en Inde ? Il est proposé dans l'article 34 de constituer des stocks de quatre mois. Des amendements ont proposé six mois mais, du point de vue de la solidité juridique du texte, il est problématique d'en demander trop. En outre, cela poserait des problèmes de conservation : beaucoup de médicaments n'offrent plus forcément toutes

les garanties de pleine efficacité s'ils sont conservés aussi longtemps. Le délai de quatre mois est raisonnable, juste, avéré scientifiquement et surtout suffisant pour assurer la continuité de l'accès aux médicaments pour le marché français.

Il y a également beaucoup d'interrogations, qui font l'objet d'amendements, sur les produits biologiques, qu'il s'agisse des dérivés du plasma ou des vaccins. L'article 34 prévoit que certains médicaments, parmi lesquels des produits biologiques, ne seront pas inclus dans la liste des médicaments faisant l'objet d'un stockage obligatoire, renvoyant pour ce faire à un décret en Conseil d'État. L'écrire dans la loi ne ferait pas nécessairement sens, puisque certains médicaments dérivés du sang peuvent être conservés suffisamment longtemps et d'autres non ; il en va de même pour les composants des vaccins. Pourquoi exclure d'office de la liste certains produits, sachant qu'on ne pourra pas y revenir avant le prochain PLFSS, alors qu'ils pourraient en définitive s'avérer stockables ? Je pense, mes chers collègues, que vous serez rassurés par les précisions de Mme la secrétaire d'État à ce sujet. Enfin, je crois que la procédure du décret en Conseil d'État offre suffisamment de sécurité pour nous rassurer pleinement. L'avis de la commission sera donc défavorable sur la plupart des amendements déposés sur cet article.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Cet article est important pour renforcer nos moyens d'action pour lutter contre les ruptures de stock de médicaments. Il a été rappelé à juste titre que cet objectif figurait dans la feuille de route annoncée cet été par le Premier ministre et par la ministre des solidarités et de la santé. Il s'agit de sécuriser l'approvisionnement et de mieux anticiper les pénuries. Il faut se féliciter quand nous œuvrons tous dans le même sens. J'émettrai néanmoins un avis défavorable sur plusieurs des amendements à suivre, de même que sur celui-ci, car leur objet relève du niveau réglementaire. Le décret fixant la liste des produits sera précédé d'une concertation. En outre, les industriels ont été informés directement par le Premier ministre des travaux en cours à ce sujet.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. J'ai bien compris qu'un décret en Conseil d'État préciserait les choses, mais c'est assez urgent. Les laboratoires producteurs de plasma – ou d'autres médicaments – seront-ils associés à la rédaction de ce décret ?

Par ailleurs, j'ai rencontré des représentants des associations de médecins néphrologues, qui m'ont dit que les CHU où sont pratiquées des greffes de rein manquaient de médicaments antirejet à base de cortisone alors que l'on sait combien le suivi est important dans les six mois suivants, voire la première année, pour permettre à l'organe greffé de bien fonctionner. La situation est très grave : si la greffe est inefficace, la qualité de vie du patient en est dramatiquement amoindrie et le coût pour la sécurité sociale va être beaucoup plus important.

M. le président. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Comme M. le rapporteur général a fait allusion à mon amendement n° 643, qui propose de faire passer la durée minimale de stockage de quatre à six mois, je vais rappeler quelques faits. En 2019, plus de 1 200 médicaments d'intérêt thérapeutique majeur ont été concernés par

une tension, voire une rupture dans l'approvisionnement, chiffre à comparer avec les 800 de l'année dernière et les 44 d'il y a dix ans. On voit bien que la croissance du problème est exponentielle. C'est vraiment un sujet majeur d'intérêt général. Plusieurs facteurs expliquent cette situation, notamment la délocalisation des sites de production vers des pays d'Asie, mais aussi le comportement de certains grossistes-répartiteurs, les difficultés d'approvisionnement en matières premières – on a évoqué le cas de la cortisone – et peut-être également l'individualisation de l'utilisation des médicaments, puisqu'on est de plus en plus capable d'adapter en fonction des besoins de chaque utilisateur, ce qui va à l'encontre d'une production de masse.

Notre groupe votera cet article qui organise une forme de mise sous séquestre en obligeant les fabricants à conserver des stocks. Il a cependant formulé deux propositions, car cela ne suffira pas : la première, c'est la création d'un programme public de fabrication de médicaments essentiels et concernés par les ruptures d'approvisionnement, qui pourrait être confié à la Pharmacie centrale des armées et à l'Agence générale des équipements et produits de santé, ainsi qu'à des pharmacies d'hôpitaux auxquelles on pourrait faire jouer un rôle plus important, ce qui assainirait aussi certaines pratiques ; la seconde, c'est l'instauration d'un pôle public du médicament – qui ne consisterait pas dans notre esprit en une nationalisation de fait de toute l'industrie du médicament, mais qui assurerait plusieurs missions telles que la recherche, l'information transparente sur les médicaments, et peut-être aussi une partie de la production pour mieux orienter le marché et faire notamment face aux pénuries. Je crois que nous avons besoin d'un débat beaucoup plus vaste sur tous ces enjeux et je me permets de l'esquisser devant vous ce matin.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Je voudrais poser une question à M. le rapporteur général et à madame la secrétaire d'État : si on considère qu'on ne peut stocker les médicaments plus de quatre mois au risque qu'ils perdent leur efficacité, qu'en feront les laboratoires ? Vont-ils les jeter ou les réutiliser, ce qui pourrait tout de même poser des problèmes ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Ce sera comme dans les supermarchés.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Le renouvellement régulier des produits assurera un stockage permanent, monsieur le député.

M. Jean-Pierre Door. Si le contenu des stocks est jeté, il y aura des pertes financières pour les laboratoires. Voilà toutes les questions qui se posent au regard du risque de pénurie quand les stocks arriveront à échéance. J'attends des réponses.

(L'amendement n° 436 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 465 et 671.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 465.

M. Jean-Pierre Door. J'espère qu'il sera répondu à mes questions sur le devenir des stocks après les quatre mois. Quant à cet amendement, il porte sur le problème des vaccins. Vous avez rappelé, monsieur le rapporteur général, qu'il s'agit de produits biologiques et donc extrêmement sensibles. Le cycle de production est de six à trente-six

mois après avoir trouvé la souche. La fabrication ne se fait donc pas du jour au lendemain et, comme elle fait évidemment appel à des matières premières d'origine biologique, je pose la question suivante : combien de temps peut-on stocker des vaccins sans perte d'efficacité ? Et comment orienter le contenu des stocks ? Je confirme que la lutte contre la rupture en la matière est tout à fait nécessaire, mais il y a des règles à respecter. M. Dharréville a dit à juste titre qu'il faudrait avoir un débat plus important, car la question n'est pas de savoir s'il faut garder tel nombre de boîtes au fond d'un tiroir – même si le problème des corticoïdes stockés a ému à une époque l'opinion publique et passionné les médias. Il y a certes un problème majeur, mais les vaccins ne me semblent pas pouvoir entrer dans le dispositif de stockage prévu dans cet article. C'est un point à vérifier.

M. le président. L'amendement n° 671 de Mme Agnès Firmin Le Bodo est défendu.

Quel est l'avis de la commission sur ces amendements identiques ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Il est défavorable.

Les laboratoires ne conserveront pas quatre mois de stock dans un hangar sans y toucher, monsieur Door : le stock sera tournant et une rotation sera organisée. C'est d'ailleurs le principe même du stockage : nombre d'industries ont vocation à conserver des produits pour pouvoir en assurer la commercialisation sur un marché élargi.

L'obligation faite à l'industrie du médicament n'a rien d'exceptionnel : nous ne demanderons pas aux laboratoires de stocker ce qui ne peut pas l'être.

M. Jean-Pierre Door. D'accord.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Il ne leur sera pas demandé de stocker quatre mois de produits alors que ces derniers ne peuvent pas être conservés au-delà de deux semaines. Toutes les questions sont légitimes et vous avez raison de les poser, mais une telle exigence serait shadow-kienne ! *(Sourires.)*

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Monsieur Dharréville, le programme public de fabrication de médicaments essentiels auquel vous faites référence fait l'objet d'une mission, qui est en cours. S'agissant de l'individualisation des médicaments, vous avez raison, et nous travaillons sur ce point avec les préparateurs.

Pour ce qui est des stocks, je confirme qu'ils sont tournants : il ne s'agit pas de conserver des médicaments dans un hangar et de n'y toucher qu'en cas de besoin, mais de disposer d'un stock permettant d'anticiper des besoins et pouvant être renouvelé, afin d'éviter les ruptures. Enfin, les modalités du stockage seront définies dans le décret auquel nous travaillons actuellement et qui fera l'objet d'une concertation avec l'ensemble des parties prenantes.

Avis défavorable sur les amendements.

(Les amendements identiques n° 465 et 671 ne sont pas adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 768 de la commission est défendu.

(L'amendement n° 768, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n° 670 et 1194, pouvant être soumis à une discussion commune.

Sur ces deux amendements, je suis saisi par le groupe Les Républicains d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir l'amendement n° 670.

M. Paul Christophe. N'ayant pas pu prendre part à la discussion tout à l'heure, je me permets de le faire maintenant – d'autant qu'il nous faut « meubler » avant la tenue du scrutin public. J'ai eu l'occasion, à plusieurs reprises, d'interpeller le Gouvernement sur ces questions de pénurie de médicaments. Comme Pierre Dharréville le rappelait très justement, le nombre de ruptures est passé de 44 à plus de 800 entre 2008 et 2018.

À ce titre, je salue l'investissement du ministère des solidarités et de la santé sur ce sujet, mais il est clair que nos amendements ont également vocation à vous alerter sur ces questions – les vaccins, le plasma, etc. –, et sur le fait qu'à travers ces mesures, c'est en quelque sorte notre crédit que nous jouons. La situation n'est pas simple, et je ne crois pas que l'article 34 résoudra tous les problèmes.

Peut-être aurait-il été plus sage d'attendre la conclusion de la mission confiée à M. Jacques Biot – laquelle interviendra, je le rappelle, dans moins de trois mois. Cranter les choses peut avoir du sens, mais ne faisons pas l'erreur d'aller trop loin, d'autant que si une immobilisation financière conséquente est imposée aux acteurs concernés, nous devons nous assurer de leur capacité à s'y conformer.

J'entends bien que vous traiterez ces questions dans le cadre de la concertation qui se poursuit en vue des décrets d'application, mais il était important que nous puissions vous interpeller sur ces sujets.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 1194.

M. Jean-Pierre Door. J'ai pris note des explications de M. le rapporteur général et de Mme la secrétaire d'État : des concertations auront lieu avec tous les acteurs et rien n'est figé par avance. Il me paraît néanmoins préférable de l'écrire ; le groupe Les Républicains souhaite donc préciser que le décret sera pris en Conseil d'État « après une consultation préalable des acteurs concernés. »

M. Gilles Lurton. Très bien !

M. Jean-Pierre Door. Cet ajout permettrait d'apporter une certaine sérénité et d'affirmer une certaine confiance envers les acteurs professionnels.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Le fait d'imposer cette concertation ne relève pas du domaine législatif. Nous mettons déjà en place cette concertation : un comité de pilotage œuvre en ce sens, conformément à la feuille de route définie cet été. Ce comité inclut les industriels, les professionnels de santé, les patients eux-mêmes, et les grossistes. Travaillons ensemble à la rédaction de ce décret plutôt que d'imposer cette concertation !

M. Jean-Pierre Door. On ne l'impose pas !

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Bien sûr que si, puisque vous voulez l'inscrire dans la loi !

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Vous avez tort, madame la secrétaire d'État, de ne pas accepter notre amendement : les producteurs de médicaments, l'industrie pharmaceutique et les laboratoires ont besoin que vous leur donniez confiance et que vous leur envoyiez un signe leur confirmant qu'ils seront bien associés à cette procédure. Lorsqu'ils ont été reçus par le Premier ministre le 19 septembre dernier – alors qu'ils travaillaient toujours sur ces sujets –, on leur a annoncé que l'article 34 serait adopté et qu'ils devraient donc changer leur vision des choses : peut-être est-il nécessaire de les rassurer.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. On les écoute et on les rassure !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 670.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	37
Nombre de suffrages exprimés	37
Majorité absolue	19
Pour l'adoption	10
contre	27

(L'amendement n° 670 n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1194.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	37
Nombre de suffrages exprimés	37
Majorité absolue	19
Pour l'adoption	11
contre	26

(L'amendement n° 1194 n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 643 de M. Pierre Dharréville est défendu.

(L'amendement n° 643, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Les amendements n° 1705 et 1707 de M. le rapporteur général sont rédactionnels.

(Les amendements n° 1705 et 1707, acceptés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 2050 de Mme Stéphanie Rist est défendu.

(L'amendement n° 2050, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 677 de Mme Agnès Firmin Le Bodo est défendu.

(L'amendement n° 677, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n° 840, 943 et 1464, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n° 840 et 943 sont identiques.

La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour soutenir l'amendement n° 840.

Mme Isabelle Valentin. J'ai bien entendu vos arguments, madame la secrétaire d'État, mais la pénurie de médicaments peut avoir des répercussions graves sur la santé des malades concernés. Cette question ne saurait être réduite à sa dimension financière ou à un problème de logistique des entreprises industrielles. C'est pourquoi cet amendement vise à introduire une référence explicite à l'article L. 5111-4 du code de la santé publique.

M. le président. L'amendement n° 943 de M. Paul Christophe est défendu.

La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 1464.

M. Joël Aviragnet. Il vise également à introduire une référence explicite à l'article L. 5111-4 du code de la santé publique. Face à une augmentation sans précédent du nombre de pénuries – plus de 60 % entre 2017 et 2018 –, tous les critères qualifiant les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur doivent être conservés afin de garantir aux personnes malades un accès continu à leur médicament.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Ces amendements proviennent des patients, et non plus de l'industrie.

L'amendement n° 840 a été proposé par la Ligue contre le cancer, qui souhaite étendre l'obligation de stockage à tous les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, et prend presque le contre-pied de celui qui vient d'être défendu par votre groupe, madame Valentin, et qui portait sur la non-extension.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Tout à fait !

M. Gilles Lurton. Nous ne le nions pas !

M. Olivier Véran, rapporteur général. Nous ne pouvons pas imposer une obligation d'importer tous les médicaments : il faut d'abord s'assurer que des difficultés de stock se posent, et qu'il est effectivement possible de conserver les stocks concernés. Je suis clairement plus sensible à ces amendements qu'aux précédents, mais ma réponse reste la même : ces dispositions relèvent du décret, et non de la loi.

J'émet donc un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Christelle Dubos, *secrétaire d'État*. Même avis.

(Les amendements identiques n^{os} 840 et 943 ne sont pas adoptés.)

(L'amendement n^o 1464 n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n^o 435 de M. Gilles Lurton est défendu.

(L'amendement n^o 435, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n^o 1796 de M. le rapporteur général est rédactionnel.

(L'amendement n^o 1796, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n^o 437. Pardon ! La parole est à M. Lurton.

M. Gilles Lurton. Je pourrais presque remplacer le rapporteur général, vous savez : je commence à avoir l'habitude de ces sujets !

M. Olivier Véran, *rapporteur général*. Vous le feriez d'ailleurs très bien, mais sans doute pas avec les mêmes orientations !

M. Gilles Lurton. À la réflexion, l'amendement est simplement défendu, monsieur le président. *(Sourires et applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.)*

M. le président. Sur l'article 34, je suis saisi par le groupe La République en marche d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

(L'amendement n^o 437, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n^o 434 de M. Gilles Lurton est défendu.

(L'amendement n^o 434, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Les amendements n^{os} 1715, 1739, 1794 et 1798 de M. le rapporteur général sont rédactionnels.

(Les amendements n^{os} 1715, 1739, 1794 et 1798, acceptés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n^o 433.

M. Gilles Lurton. Il vise à insérer, après l'alinéa 36, l'alinéa suivant : « Les entreprises pharmaceutiques sont exemptées de sanctions financières pour les manquements mentionnés à l'article L. 5423-9, lorsque ces manquements concernent des médicaments dérivés du plasma », pour les mêmes raisons que celles que j'ai déjà exprimées au début de l'examen de l'article.

(L'amendement n^o 433, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 34, tel qu'il a été amendé.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	36
Nombre de suffrages exprimés	36
Majorité absolue	19
Pour l'adoption	36
contre	0

(L'article 34, amendé, est adopté.) (Applaudissements sur divers bancs.)

Article 35

M. le président. La parole est à Mme Monique Limon.

Mme Monique Limon. Comme l'a rappelé Adrien Taquet, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé, lors de la présentation de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance, « tous les enfants de la République doivent avoir la même protection et les mêmes droits ». Or, en matière de santé, les enfants et adolescents pris en charge au titre de la protection de l'enfance constituent une population particulièrement vulnérable, avec des besoins spécifiques, mais leur accès aux soins est difficile. En effet, seuls 33 % des enfants bénéficient d'une évaluation médicale et psychologique, pourtant obligatoire dans le cadre du projet pour l'enfant, ou PPE. Moins d'un enfant sur deux pris en charge par l'aide sociale à l'enfance dispose d'un PPE comportant un volet relatif à la santé, alors que 32 % des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance ont un suivi psychiatrique, contre 2,6 % en population générale, et que 7,2 % suivent un traitement par neuroleptiques, contre 0,3 % en population générale.

Compte tenu de l'état de santé souvent dégradé des enfants protégés, il était donc important de mettre en place un bilan de santé complet et systématique à l'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance, ce qui est l'objet du présent article.

Ce bilan de santé complet, pris en charge intégralement par l'assurance-maladie, devra leur permettre de s'engager dans un suivi médical régulier, dans le cadre d'un parcours de soins coordonné, en les faisant également bénéficier d'actions de prévention. Chaque année, près de 100 000 jeunes pourront en bénéficier. Les médecins qui réaliseront ce bilan de santé bénéficieront d'une tarification adaptée à la complexité de cet acte, et cela dès 2020. Cette mesure renforcera l'accès aux soins pour ces enfants particulièrement vulnérables. Le groupe La République en marche la soutiendra donc. *(Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.)*

M. le président. La parole est à M. Alain Ramadier.

M. Alain Ramadier. Cet article prévoit un bilan de santé pour les enfants placés. C'est une excellente chose, notamment sur le plan de la santé mentale. Mais comment s'assurer d'une pleine et entière mise en œuvre de ce dispositif sans suivi ? Comment s'assurer du suivi d'un enfant dont le diagnostic porterait à croire qu'il souffre de pathologies psychiatriques ? Le PLFSS que nous examinons renforce les moyens accordés à la santé mentale. Son article 25, notamment, consacre l'importance que revêt la réduction des disparités territoriales, mais omet de nous donner les moyens d'en

comprendre les causes. En effet, d'un établissement et d'un département à l'autre, on observe de réelles disparités tarifaires, sans que l'on sache vraiment pour quelles raisons – aucune investigation nationale n'a été menée sur le sujet. Ne faudrait-il pas commencer par là? Ou, en tout cas, adjoindre aux bonnes initiatives de ce PLFSS une réflexion de fond sur les causes des disparités, dont tout le monde s'accorde à dire qu'elles nuisent au suivi psychiatrique des enfants placés.

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Elimas.

Mme Nathalie Elimas. Madame la secrétaire d'État, vous connaissez, je crois, mon engagement et vous savez combien je suis attachée, pour ces jeunes, à une politique publique forte de protection de l'enfance. Je me réjouis donc de ce dispositif qui prévoit un bilan de santé obligatoire pour ces enfants et ces adolescents protégés, et je vous en remercie, ainsi que le Gouvernement. J'avais déposé un amendement qui n'a malheureusement pas été jugé recevable. Il mériterait néanmoins que l'on réfléchisse, à terme, à sa philosophie, qui consiste à étendre ce dispositif aux jeunes aidants.

La stratégie relative aux aidants a été lancée cette semaine. Elle comporte un point tout particulier pour ces jeunes, qui sortent enfin de l'ombre. Ils vivent des situations particulières et subissent des carences en termes de scolarité et de santé. Ce dispositif pourrait donc être très utile pour ces enfants et pour ces jeunes aidants, qui auraient bien besoin, eux aussi, d'un bilan de santé.

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 770 et 473.

La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n^o 770.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Cet amendement vise à enrichir le bilan de santé en y inscrivant des actions de prévention. Nous avons eu en commission une discussion sur ce thème, à l'initiative de plusieurs groupes et, notamment de M. Cyrille Isaac-Sibille pour le MODEM. Mme Elimas était également intervenue à ce propos, ainsi que d'autres députés issus de plusieurs groupes, qui ont souhaité mettre la prévention au cœur de ces consultations fondamentales que sont celles du bilan de santé.

M. le président. L'amendement n^o 473 de M. Cyrille Isaac-Sibille est défendu.

Quel est l'avis du Gouvernement?

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Je remercie l'ensemble des parlementaires qui se sont investis sur ce sujet très important, en particulier Mme la députée Limon et la sénatrice Catherine Deroche.

Vous souhaitez, monsieur le rapporteur général, préciser que le bilan de santé prévu à l'entrée du dispositif de protection de l'enfance au titre de l'article que nous examinons intègre un volet de prévention. Or, ce bilan comporte, par nature, une dimension de prévention. Par ailleurs, les enfants et les adolescents pris en charge au titre de la protection de l'enfance présentent souvent un état de santé dégradé, faute de suivi médical régulier, avec des besoins importants et urgents en matière de soins. La priorité doit être d'évaluer ces besoins pour y apporter une réponse, qui sera intégrée dans le projet pour l'enfant, document qui peut aussi définir les modalités de sa prise en charge et de son accompagnement. Cette priorité ne peut être diluée.

Les enfants et les adolescents protégés sont, par ailleurs, pleinement concernés par les vingt examens de suivi médical échelonnés de 0 à 18 ans pour tous les enfants et adolescents, depuis le 1^{er} mars 2019. Ces examens comportent un important volet de prévention, notamment pour ce qui concerne les addictions et la santé sexuelle de ces jeunes.

Votre demande est donc satisfaite mais, sur le fond, nous sommes d'accord. L'avis du Gouvernement sur cet amendement est donc favorable. (*Mme Monique Limon applaudit.*)

M. Olivier Véran, rapporteur général. Très bien!

M. le président. La parole est à Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Nous pouvons nous féliciter à juste titre de cet amendement, qui répond à l'une des priorités de la stratégie nationale de santé et de prévention, mais il est tout de même très paradoxal que, lorsqu'on parle de santé, il ne soit pas évident que l'on doive parler aussi de prévention – ce qui devrait pourtant, de toute évidence, être le cas. Si je me réjouis que l'on puisse désormais penser systématiquement à la prévention, je m'interroge en même temps sur le sens que nous donnons au concept de santé si nous ne sommes pas convaincus que la prévention se situe au cœur de cette notion. Je tenais à appeler l'attention de chacun sur cette réflexion car, comme dit le proverbe, mieux vaut prévenir que guérir. En matière de santé, la première des choses, c'est la prévention.

(*Les amendements identiques n^{os} 770 et 473 sont adoptés.*)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n^{os} 3, 680 et 1645.

La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour soutenir l'amendement n^o 3.

Mme Isabelle Valentin. Cet amendement de notre collègue Emmanuelle Anthoine vise à préciser que tous les enfants entrant dans le dispositif de la protection de l'enfance doivent être concernés par ce bilan de santé, qu'ils soient pris en charge par l'aide sociale à l'enfance – ASE – ou par la protection judiciaire de la jeunesse – PJJ. Il est en effet impératif que ce bilan ne soit pas réservé aux seuls enfants pris en charge par l'ASE et qu'il intègre bien ceux qui relèvent de la protection judiciaire de la jeunesse. Il s'agit là d'une politique ambitieuse en faveur des enfants et de leur santé. Il faut sortir de la logique des silos.

M. le président. La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir l'amendement n^o 680.

M. Paul Christophe. Je salue la manière dont le Gouvernement s'investit sur cette question. Voilà quelques jours, à Marcq-en-Barœul, dans le Nord, Adrien Taquet nous a fait l'honneur d'annoncer des mesures qui vont dans le bon sens. Je souscris à l'amendement proposé par ma collègue Agnès Firmin Le Bodo, afin que nous puissions embrasser le plus largement possible les enfants concernés par ce dispositif.

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n^o 1645.

Mme Caroline Fiat. Mme Valentin a très bien expliqué de quoi il est question. Nous sommes plusieurs à avoir reçu cette proposition d'amendement, portée par l'UNIOOSS – l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes

privés non lucratifs sanitaires et sociaux –, qui fait apparaître une lacune dans le texte du PLFSS. Cet amendement ne peut que recevoir un avis favorable !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. À titre personnel, je vous remercie tout d'abord, madame Fiat, de préciser qu'un amendement a été adressé par une structure associative. C'est bien de le faire.

Les amendements que nous examinons n'avaient pas été déclarés recevables au titre de l'article 40 de la Constitution pour leur examen en commission, mais ils ont finalement pu franchir cet obstacle pour être débattus en séance publique.

Le bilan de santé est proposé pour tous les enfants devant être pris en charge par l'ASE, mais il n'est pas précisé qu'il soit obligatoire pour les enfants relevant de la PJJ. En pratique, cependant, il est presque toujours – voire toujours – réalisé dans le cadre de cette dernière. Certaines choses vont cependant mieux lorsqu'on les dit ! Si, de surcroît, l'adoption de cet amendement peut faire plaisir sur la gauche de la gauche et à droite de l'hémicycle, et que nous pouvons nous rejoindre sur cette mesure, j'émet volontiers, à titre personnel, un avis favorable – en rappelant que la commission n'a pas pu examiner ces amendements et a rendu un avis défavorable au titre de l'article 88.

M. le président. Sur l'article 35, je suis saisi par le groupe La République en marche d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Le Gouvernement reconnaît la nécessité que tous les enfants puissent bénéficier de ce bilan de santé, que ce soit en termes d'accès aux soins ou de prévention, et poursuit lui aussi cet objectif. Toutefois, l'article 35 concerne uniquement les enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance, car les jeunes relevant de la PJJ bénéficient déjà d'un bilan de santé et d'une prévention financés par les crédits de la justice. Je demande donc le retrait de ces amendements, qui sont déjà satisfaits.

M. le président. La parole est à M. Christophe Blanchet.

M. Christophe Blanchet. Madame la secrétaire d'État, qu'en est-il pour les mineurs non accompagnés ? On rencontre, en la matière, deux cas : celui des mineurs non accompagnés qui sont réellement mineurs, et celui des « mijeurs » – ceux qui se déclarent éternellement mineurs, très nombreux notamment dans la circonscription dont je suis élu, à Ouireham. Comment éviter que ce système soit dévoyé tout en assurant la protection de ceux qui sont réellement mineurs ?

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Valentin.

Mme Isabelle Valentin. Madame la secrétaire d'État, permettez-moi un petit complément : la Haute Autorité de santé avait énoncé la nécessité, pour tous les établissements et les professionnels de santé, de « renforcer la prise en compte de la santé des enfants et des adolescents faisant l'objet d'une mesure de protection administrative, judiciaire civile ou judiciaire pénale. » Le besoin existe donc vraiment : il faut voter cet amendement.

Mme Caroline Fiat. Même le rapporteur général est d'accord !

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Monsieur Blanchet, lorsque l'évaluation dont il fait l'objet conclut qu'un mineur non accompagné est mineur, celui-ci entre dans le champ de l'aide sociale à l'enfance et relève donc du dispositif qui vient d'être décrit, avec les mesures de prévention et d'accès aux soins y afférentes, comme tout jeune relevant de mesures de protection assurées par l'État et par le biais des départements.

Pour ce qui est de l'amendement, j'entends vos préoccupations et je répète qu'elles sont déjà satisfaites. À défaut de retrait, j'émet un avis de sagesse.

(Les amendements identiques n^{os} 3, 680 et 1645 sont adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 35, tel qu'il a été amendé.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	38
Nombre de suffrages exprimés	38
Majorité absolue	20
Pour l'adoption	38
contre	0

(L'article 35, amendé, est adopté.)

Après l'article 35

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État, pour soutenir l'amendement n^o 1962 rectifié.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. La loi du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance prévoit que 100 % des enfants de 3 et 4 ans puissent bénéficier d'un bilan de santé organisé à l'école et réaffirme l'implication des services départementaux de PMI – protection maternelle et infantile – pour réaliser ces examens.

J'en profite pour remercier Mme Peyron pour son rapport sur ce sujet et rappeler qu'actuellement, moins d'un quart des enfants bénéficient d'un examen complet du fait de la rareté des médecins de PMI.

Lorsqu'il est effectué par le puériculteur seul, le bilan réalisé ne correspond pas à l'intégralité du contenu de l'examen médical obligatoire prévu dans le code de la santé publique et ne donne pas lieu à un remboursement par l'assurance maladie. Je propose donc d'élargir les compétences des infirmiers puériculteurs des services départementaux de PMI en leur ouvrant l'exercice des protocoles de coopération. Cette mesure permettra une délégation d'actes par le médecin au puériculteur, dans le cadre de l'activité de la PMI, après autorisation du protocole de coopération. Les services départementaux de PMI n'étant pas visés par le cadre législatif actuel des protocoles de coopération, il est nécessaire de les inclure dans le champ des dérogations sur lesquelles peuvent porter ces protocoles. Tel est l'objet de cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. La commission est tout à fait favorable à l'instauration de ce protocole national de coopération entre médecins et infirmiers de puériculture, qui permettra de renforcer l'égalité territoriale en matière de prise en charge des enfants par les structures de PMI. C'est l'occasion de saluer l'excellent travail fourni par nos collègues Michèle Peyron et Stéphanie Rist, assistées de Mme Barthet-Derrien, directrice adjointe de la PMI de la métropole de Lyon.

M. le président. La parole est à Mme Michèle Peyron.

Mme Michèle Peyron. Je me réjouis vivement de voir le Gouvernement présenter cet amendement. Le bilan de santé des enfants de 3 et 4 ans en école maternelle est essentiel, parce qu'il a lieu au terme des 1 000 premiers jours, qui représentent la période la plus importante dans le développement de l'enfant. L'organisation du bilan de santé, une des missions universelles de la PMI, se déroule malheureusement de façon hétérogène sur l'ensemble du territoire. Le bilan de santé permet de voir la totalité d'une classe d'âge et de rectifier des problèmes de développement, mais aussi de vérifier le calendrier vaccinal qui, souvent, n'est pas à jour.

L'étude de la cohorte Elfe – étude longitudinale française depuis l'enfance – montre l'intérêt de ce bilan, qui permet de repérer certains problèmes de façon précoce, et donc de les résoudre. Selon cette même étude, 10 % des enfants de 3 à 4 ans sont aujourd'hui atteints d'obésité, ce qui peut être rapidement corrigé à cet âge-là. Cette mission est aussi essentielle parce qu'elle permet à certains publics de voir du personnel médical et, au cas où un retard de développement est repéré, d'entamer un suivi ou des soins.

J'ai, pendant ma mission, assisté à un tel bilan, réalisé par une infirmière puéricultrice en présence des parents. Tout y est mis en œuvre pour détecter un potentiel problème de développement. En cas de doute, la puéricultrice peut orienter vers un médecin de PMI, le médecin traitant ou, si besoin, un spécialiste – ophtalmologue, orthophoniste, etc. J'invite donc mes collègues à soutenir cet amendement.

(L'amendement n° 1962 rectifié est adopté.)

Article 36

M. le président. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Nous abordons ici un sujet important, dont nous avons eu l'occasion de parler à plusieurs reprises : les solutions pour lutter contre la désertification médicale. Cet article vise à créer un nouveau dispositif d'incitation, une démarche nécessaire – je salue au passage l'effort de simplification fourni dans ce domaine. Je veux toutefois souligner que le rapport de la commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain concluait en juillet 2018, sous la plume de notre collègue Philippe Vigier, à « l'échec (...) des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale » et montrait notamment – à l'aide d'un tableau assez éclairant – que les différentes aides fiscales et sociales de l'État, de l'assurance maladie ou des collectivités territoriales n'atteignaient pas toujours leur cible.

C'est pourquoi il nous semble utile de ne pas nous en tenir là, d'expérimenter d'autres solutions et peut-être de mettre un petit coup d'accélérateur. Je pense notamment au

développement des centres de santé qui, on le sait, pratiquent une médecine collective en offrant aux professionnels un statut de salarié, ce qui peut séduire des jeunes médecins.

M. Olivier Véran, rapporteur général. C'est vrai.

M. Pierre Dharréville. Il serait utile de soutenir les centres de santé existants, qui se trouvent parfois en difficulté, mais également de les développer sur le territoire.

Le CESP – contrat d'engagement de service public – permet d'attribuer une allocation aux étudiants en médecine qui s'engagent à exercer pendant plusieurs années dans des déserts médicaux ou dans des spécialités médicales carencées. Ce dispositif, qui a fait ses preuves, coûte aujourd'hui 30 millions d'euros. Il serait nécessaire de le développer. Le Gouvernement en a-t-il la volonté ?

Enfin, nous avons formulé une modeste proposition au sujet des dispositifs de régulation en matière d'installation des médecins. Je pense que nous devons y avoir recours, sinon nous ne mobiliserions pas tous les leviers disponibles.

M. le président. La parole est à Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. L'option préférentielle pour les territoires déficitaires en médecins est un objectif prioritaire de la loi pour la réorganisation et la transformation de notre système de santé. La majorité gouvernementale a fait le choix de mesures motivantes, favorisant la créativité et l'innovation. Cet article va dans ce sens en visant à simplifier et promouvoir des dispositifs incitatifs pour les jeunes médecins et à renforcer ainsi l'attractivité des territoires éligibles.

Je me permets de partager auprès de Mme la secrétaire d'État la proposition, qui fait écho aux propos de M. Dharréville, d'une mesure supplémentaire sans coût financier. Il s'agit d'accepter, sous couvert d'une autorisation des doyens et des ARS – agences régionales de santé – la demande de mutation d'étudiants en médecine qui s'engagent, via un CESP, à choisir comme nouvelle affectation une zone sous-dense.

Au nom de notre groupe, je tiens à exprimer ici ma reconnaissance à ces jeunes étudiants et médecins dont le travail, dans le cadre de longues et difficiles études, contribue à la mission des hôpitaux. Si la majorité a fait le choix de mesures incitatives et non coercitives, c'est parce qu'elle sait qu'elle peut compter sur l'engagement et la responsabilité de ces jeunes.

Je veux en témoigner : plus de trente jeunes, issus de toute la France, présidents de syndicats d'étudiants et jeunes professionnels, médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, ont tenu leur promesse de venir à Mesnil-en-Ouche, au cœur de ma circonscription rurale, pour échanger sur l'avenir de ce territoire en grande difficulté.

Leur présence a redonné confiance aux acteurs de terrain. Ils ont su partager cette culture nouvelle d'exercice pluriprofessionnel partagé qui vise à prendre en charge toute une population. Ils aspirent à l'émergence de ce nouveau modèle – car oui, le modèle peut changer. Une nouvelle dynamique est impulsée. Ces jeunes ont témoigné avec détermination de leur engagement futur dans une zone déficitaire. Ils ont redonné espoir. À nous de leur faire confiance à travers une politique encourageante.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Cet article peut apporter beaucoup de clarté concernant l'ensemble des dispositifs incitatifs – ce dont les jeunes médecins ont besoin. Depuis plusieurs années, les collectivités – régions ou départements – essaient de faire des efforts pour attirer ces derniers. L'État, de son côté, a mis sur la table quatre contrats incitatifs.

Lorsqu'on rencontre les jeunes médecins, ils nous disent qu'ils souhaitent la création d'un guichet unique, qui recenserait toutes les propositions des uns et des autres, accessible sur internet, au sein de la faculté ou du Conseil de l'ordre, sans qu'il soit nécessaire de faire des recherches. L'ISNI – intersyndicale nationale des internes – organise en novembre une grande réunion nationale afin d'exprimer les besoins et d'expliquer les problèmes des jeunes médecins, qui souhaitent des mesures incitatives et non coercitives. Cette simplification, qui n'est pas d'ordre administratif mais bien concrète, me semble nécessaire pour eux. Nous voterons bien évidemment cet article. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe LR.)*

M. le président. L'amendement n° 1172 de M. le rapporteur général est un amendement de coordination.

(L'amendement n° 1172, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État, pour soutenir l'amendement n° 2071.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Il vise à répondre aux interrogations exprimées durant les débats en commission des affaires sociales sur les zones d'application du dispositif de prise en charge complémentaire des cotisations. Il permet de clarifier la méthodologie et les procédures retenues pour la détermination de ces zones. Les territoires éligibles seront bien ceux caractérisés par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, des critères déjà utilisés pour définir l'éligibilité aux aides existantes. Concrètement, la méthodologie reste déterminée par un arrêté ministériel et les zones éligibles restent fixées dans chaque région par un arrêté du directeur général ou de la directrice générale de l'ARS. Cette aide, au même titre que les aides conventionnelles, aura vocation à s'appliquer dans les zones d'intervention prioritaire, telles que définies par chaque ARS.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je remercie le Gouvernement pour cet amendement qui n'a pas été examiné par la commission, mais auquel je donne à titre personnel un avis favorable. En commission, nous avons discuté des moyens d'associer au mieux les agences régionales de santé à la détermination des fameuses zones sous-denses. Un décalage existe parfois entre les études de la DREES – direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – et la réalité vécue sur le terrain. Je pense notamment au territoire corse, pour lequel le zonage de la DREES – qui ne datait pourtant que de dix-huit mois – indiquait la présence de sept généralistes pour 10 000 habitants. Un an et demi plus tard, ils n'étaient plus que deux.

Il est très compliqué pour un territoire d'être reconnu comme zone d'intervention prioritaire, label donnant accès aux aides conventionnelles de l'assurance maladie. Les ARS, qui se trouvent parfois en difficulté sur ce point, avaient déjà le moyen juridique de passer outre ces obstacles et de

s'adapter. Mais, en pratique, cela coince très souvent. De beaux projets de développement médical peuvent ainsi être bloqués. C'est pourquoi nous avions déposé, tout comme M. Vigier, un amendement en ce sens en commission. Ces amendements, qui avaient été adoptés, tomberont avec l'adoption de l'amendement du Gouvernement, dont la rédaction me semble satisfaire les objectifs de la commission.

M. le président. La parole est à Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Pour rebondir sur les propos de M. Door et de M. le rapporteur général sur les territoires déficitaires et sur l'intérêt du guichet unique, je souhaite témoigner de mon expérience, dans l'Eure, de ce guichet unique à destination des jeunes médecins qui veulent s'installer. Les futurs praticiens rencontrent physiquement l'ensemble des protagonistes institutionnels qui participent à leur installation. Ce contact direct avec les interlocuteurs institutionnels est très apprécié. Le guichet unique émane d'une volonté commune des acteurs de terrain – soit la meilleure des configurations – qui se mettent au service des citoyens et leur facilitent la vie. Il faut donc développer ce guichet unique, qui fonctionne très bien et s'avère extrêmement bénéfique.

(L'amendement n° 2071 est adopté et l'amendement n° 771 tombe.)

M. le président. L'amendement n° 1171 de M. le rapporteur général est rédactionnel.

(L'amendement n° 1171, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1734 de M. le rapporteur général est un amendement de précision.

(L'amendement n° 1734, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 772 de la commission des affaires sociales.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Cet amendement important, adopté en commission, vise à éviter un éventuel effet d'aubaine qui n'a pas été prévu par le texte. Un jeune médecin qui s'installera dans une zone sous-dotée ne paiera pas de cotisations ni de charges sur son activité pendant deux ans ; mais s'il ne reste qu'un mois puis part s'installer dans le cœur d'une ville, en l'état actuel du droit, il continuera à bénéficier de l'exonération. Nous avons souhaité, à l'unanimité, éviter cet effet d'aubaine.

(L'amendement n° 772, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Alexandre Freschi, pour soutenir l'amendement n° 1318.

M. Alexandre Freschi. Il poursuit un objectif simple : soutenir les territoires où l'offre médicale est insuffisante en incitant les personnes habilitées à exercer la médecine à le faire dans ces zones. Actuellement, l'article L. 642-4-2 du code de la sécurité sociale permet aux personnes habilitées à exercer la médecine à titre de remplacement dont la rémunération est inférieure à un certain seuil d'opter pour un taux global et le calcul mensuel ou trimestriel de l'ensemble des cotisations dont elles sont redevables.

L'alinéa 8 de l'article 36 du PLFSS prévoit cependant qu'elles peuvent perdre le bénéfice de ces dispositions dans des conditions fixées par simple décret. Afin d'encourager l'exercice de la médecine là où l'accès aux soins est difficile, l'amendement complète l'alinéa 8 en précisant que les personnes ayant exercé la médecine à titre de remplacement dans des zones où l'offre médicale est insuffisante ne peuvent perdre ces avantages.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. La commission a donné un avis défavorable, et je vous propose de retirer l'amendement. Nous avons bien compris le sens de la proposition – favoriser l'exercice des remplaçants en zones sous-dotées – mais l'amendement créerait un nouveau régime dérogatoire, quasiment un régime social parallèle, avec un système de cotisations différent, qui permettrait à des médecins de bénéficier indéfiniment de ce régime simplifié sans aucun critère de revenus ou de durée d'activité. Cela irait au-delà de notre objectif et pourrait même encourager à pratiquer l'activité de remplacement dans la durée, sans jamais s'installer. Les effets de bord sont donc importants.

(L'amendement n° 1318 est retiré.)

M. le président. L'amendement n° 1173 de M. le rapporteur général est rédactionnel.

(L'amendement n° 1173, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 1650.

M. Joël Aviragnet. L'amendement vise à encadrer plus strictement l'installation des médecins libéraux dans les zones sous-denses en prévoyant que l'exonération de cotisations allant jusqu'à 80 000 euros ne puisse pas être renouvelée. L'objectif est double : éviter les effets d'aubaine, mais également inciter au maintien des médecins dans les zones sous-denses après la période d'exonération.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Favorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Vous proposez de préciser que le contrat de début d'exercice ne peut être renouvelé. Ce contrat permettra aux signataires de bénéficier d'une garantie financière ainsi que de certains avantages sociaux pendant une durée fixée par voie réglementaire – probablement deux ou trois ans. Il est en revanche bien distinct du dispositif d'exonération de cotisations sociales prévu au premier alinéa du même article.

Cette sécurisation est précieuse pour des jeunes professionnels qui viennent sauter le pas de l'installation libérale ; elle est moins déterminante pour un médecin installé depuis plusieurs années sur un territoire, même fragile, et peut dans ce cas présenter le caractère d'un effet d'aubaine. Je souhaite donc que le contrat de début d'exercice soit non renouvelable et je ne suis pas opposée à ce que cette précision figure dans le texte de loi. Avis favorable.

M. le président. La parole est à M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Je vous remercie d'accepter cette proposition, car la précision paraît nécessaire. Les zones sous-denses méritent toute notre vigilance.

(L'amendement n° 1650 est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1174 de M. le rapporteur général est rédactionnel.

(L'amendement n° 1174, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 36, amendé, est adopté.)

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à onze heures cinq, est reprise à onze heures vingt.)

M. le président. La séance est reprise.

Article 37

M. le président. La parole est à Mme Stéphanie Rist.

Mme Stéphanie Rist. Cet article apporte une réponse à un engagement pris notamment lors des débats relatifs à la loi sur l'organisation et la transformation du système de santé qui se sont tenus dans cet hémicycle. Proposer un bouquet de services intégralement pris en charge par l'assurance maladie, incluant logement et transport pour les femmes enceintes résidant à plus de quarante-cinq minutes d'une maternité, leur permet d'être rassurées. La qualité de la prise en charge est ainsi garantie, tout comme la prise en considération des contraintes pratiques, afin de proposer une offre adaptée aux besoins.

Le groupe de La République en marche est fier d'ouvrir ce nouveau droit, s'inscrivant dans une politique globale de santé et visant à améliorer l'accompagnement des femmes enceintes durant toute la grossesse, en proximité et en s'appuyant sur tous les acteurs de santé. Cet article constitue la réponse à des besoins très concrets et pratiques des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés.

M. le président. Sur l'amendement n° 663, je suis saisi par le groupe La France insoumise d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 663 tendant à supprimer l'article 37.

Mme Caroline Fiat. Nous nous sommes rabattus sur un amendement de suppression car l'article 40 de la Constitution faisait barrage à beaucoup de nos propositions, mais, madame la ministre des solidarités et de la santé, c'est un véritable message d'alerte que nous vous lançons. Cet article est une fausse bonne idée.

Proposer des nuits d'hôtel à la charge des hôpitaux nous semble complètement aberrant étant donné qu'aucun d'entre eux, et ils le disent, ne dispose des moyens financiers suffisants. Leur demander de financer des nuitées d'hôtel afin que

les futures mamans se tiennent proches de la maternité ne fonctionnera pas : aucun hôpital n'a le budget nécessaire pour cela. Nous tenons vraiment à vous alerter.

S'il y a quelque chose d'imprévisible, c'est bien la date d'un accouchement : c'est pour cela qu'on parle toujours de date présumée. Qu'en est-il donc des mamans qui accouchent prématurément ? Et celles qui ont plusieurs jours de retard, leur offre-t-on quinze jours d'hôtel ? Avez-vous prévu de rembourser les frais de baby-sitting de celles qui ont déjà des enfants ? Parce que pendant que maman est à l'hôtel, il faut aller les chercher à l'école, les baigner, les nourrir, les coucher.

Vous ouvrez une dangereuse boîte de Pandore. Le seul résultat prévisible, étant donné que les hôpitaux ne pourront pas financer ces séjours à l'hôtel, sera une augmentation incroyable du taux de déclenchement des accouchements, ce que personne ne souhaite sur ces bancs. C'est pour cela que nous vous lançons ce message : si cette idée paraît bonne sur le fond, elle se révèle en réalité très dangereuse.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je défends pour ma part cet article avec vigueur, car il permet de renforcer la sécurité des femmes enceintes et la qualité des soins qui leur sont destinés.

Comme vous le soulignez à raison, il existe des pans entiers du territoire national au sein desquels l'accès à une maternité en vingt ou trente minutes n'est pas garanti. Nous constatons donc un décalage entre des femmes pouvant accoucher à proximité de leur domicile et d'autres contraintes d'effectuer un long trajet le moment venu.

Dans certaines situations, comme celle de la menace d'accouchement prématuré, il n'est pas nécessaire d'être hospitalisé à la maternité mais il faut tout de même rester à proximité, parce que l'éventualité de complications existe, ou parce qu'une évaluation quotidienne doit être effectuée afin de vérifier la stabilité de l'état de la mère et de l'enfant. Dans une telle situation, de deux choses l'une : ou la mère réside à proximité de la maternité et peut rester chez elle, ou la mère réside loin. Dans ce cas, en l'état actuel des choses, la mère est hospitalisée à la maternité de manière prématurée. Ce n'est pas souhaitable, et d'abord en termes de confort, car on est toujours mieux chez soi. L'hôpital, mieux vaut ne s'y trouver que pour des raisons médicales : il y a les infections nosocomiales, l'inconfort, la séparation vis-à-vis des enfants, du conjoint, des amis...

Mme Caroline Fiat. C'est la même chose à l'hôtel !

M. Olivier Véran, rapporteur général. Non, ce n'est pas la même chose, car l'hôtel hospitalier – nous en avons déjà parlé et ce débat a été tranché par le Parlement il y a cinq ans – ne revient pas à choisir entre la maison et l'hôpital, mais entre l'hôpital et hôtel. Or une structure hôtelière ne nécessitant pas forcément de médicalisation, mais travaillant en lien étroit avec l'hôpital, permet de garder des personnes à proximité dans une situation de confort nettement plus satisfaisante, avec de surcroît la prise en charge du transport.

Aussi, je conteste l'idée, que vous émettiez plus tôt, selon laquelle cette solution ne permettra pas une prise en charge et comportera un reste à charge. La prise en charge hôtelière et du transport seront évidemment assurés par l'intermédiaire

des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, et des prises en charge spécifiques : aucun coût ne reviendra à la patiente.

De nombreux pays ont déjà instauré cette mesure depuis plusieurs années, laquelle a également fait l'objet d'un test à Paris avec des taux de satisfaction des usagers supérieurs à 95 %. Nous nous efforçons ainsi de faire face aux difficultés d'accès aux maternités sur certains territoires de notre pays et de procurer aux futures parturientes le plus haut degré de confort possible au moment de donner naissance à leur enfant.

Je donne donc un avis défavorable à votre amendement.

M. le président. La parole est à Mme la ministre des solidarités et de la santé, pour donner l'avis du Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. M. le rapporteur général a donné l'état des lieux : cette première mesure, élaborée avec les professionnels et que nous crantons dans le PLFSS, vise à sécuriser les 60 000 femmes qui accouchent à plus de quarante-cinq minutes de leur domicile chaque année. Nous travaillons également sur la place des centres de périnatalogie et des sages-femmes dans le cadre d'un dispositif plus large visant à sécuriser les femmes résidant loin des maternités et dont nous posons aujourd'hui la première pierre.

Pareilles mesures ont été mises en œuvre dans nombre de pays où les distances à parcourir pour rejoindre une maternité peuvent être très grandes, comme la Norvège ou l'Australie. Nous nous inscrivons donc dans une démarche de sécurisation des femmes, étant donné que nous ne pouvons leur garantir à toutes de résider à moins de dix minutes d'une maternité. Cette mesure allant améliorer leur quotidien, le Gouvernement est donc évidemment défavorable à cet amendement de suppression.

M. le président. La parole est à M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. J'entends la nécessité de sécuriser les femmes enceintes, mais cette mesure ne concernera probablement qu'un minimum d'entre elles et ne remédiera pas à l'éloignement géographique. Car si nous nous projetons dans la réalité, une femme ne quittera pas sa famille pour s'installer dans un hôtel situé à proximité d'une maternité. Les choses ne se dérouleront pas de cette manière.

Cette mesure constitue peut-être une partie de la réponse à apporter, mais elle ne résoudra pas la question de l'éloignement, relative au déplacement et au transport. Il convient de replacer cette mesure dans son contexte et de s'en tenir à l'effet produit, qui ne constituera en rien une réponse générale.

Rappelez-vous que nous avons voté l'an dernier un texte accordant un forfait aux urgences pour qu'elles puissent renvoyer les patients ne relevant pas de leurs services vers les médecins libéraux – lesquels sont inexistantes sur certains territoires... Nous connaissons, un an après, le faible effet de la mesure et je prédis qu'il en sera de même avec celle-ci.

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Prévoyez-vous de prendre en charge la garde des enfants d'une femme enceinte qui est déjà maman ? Car, si elle se trouve à l'hôtel, elle ne peut s'occuper de ses enfants ou aller les chercher à l'école. À cela s'ajoutent de nombreuses autres questions sans réponse, comme celle de la

place des sages-femmes. Si bien que nous nous retrouvons dans une situation ubuesque où la fermeture de maternités sur certains territoires nous conduit à vouloir loger des femmes à l'hôtel.

Par ailleurs, je n'ai pas dit, monsieur le rapporteur général, que les mamans auront à payer les nuitées d'hôtel, mais que ce coût reposera sur les hôpitaux, ceux-là mêmes qui n'ont pas assez d'argent pour embaucher du personnel. Ils ne paieront pas des nuits d'hôtel ! Le seul résultat que vous obtiendrez sera l'augmentation du nombre de déclenchements d'accouchements dans ces maternités. Je vous alerte tous sur la fausse bonne idée que représente cette mesure. J'espère, madame la ministre, que le message sera passé, que des clips publicitaires seront diffusés, afin de rappeler aux femmes que la décision du déclenchement de leur accouchement leur revient et ne peut leur être imposée. Car vous verrez que, pour ne pas payer une nuit d'hôtel, les maternités chercheront à déclencher les accouchements.

M. le président. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Mme Fiat vient d'évoquer le sujet des déclenchements, lesquels dépendent de critères précis et ne doivent pas devenir la norme, même si c'est le cas dans certains pays. Il ne faudrait pas que de semblables mesures entraînent une telle banalisation.

Au-delà de cette question, je rencontre un autre problème. La quasi-totalité de l'exposé des motifs de l'article peut être lue comme une justification des fermetures de maternités. La disposition que vous proposez ne réglera pas les problèmes causés par ces fermetures. Je crois que nous devons arrêter ce processus. Certaines régions en ont connu de nouvelles, et mettre fin à ce mouvement est le premier levier que nous devrions mobiliser. Si nous sommes dans cette situation aujourd'hui, c'est à cause des fermetures de maternités.

Les dispositions évoquées dans l'article peuvent avoir des effets bénéfiques pour certaines femmes placées dans une situation particulière, mais elles ne constituent pas la solution.

M. le président. La parole est à Mme Émilie Bonnard.

Mme Émilie Bonnard. Je suis d'accord avec le principe de ce dispositif, puisqu'il vise à sécuriser le parcours de la femme enceinte et à permettre son accouchement dans les meilleures conditions possibles, pour elle comme pour son bébé. Toutefois cela doit rester l'exception ; il ne faudrait pas que l'existence de telles mesures devienne la justification de fermetures de maternités. La prudence s'impose donc. J'appelle votre attention sur les territoires de montagne. Lorsque vous habitez une vallée longue de plus de 130 kilomètres et que c'est l'hiver, vous avez besoin d'un hôpital de proximité et d'une maternité : ils sont nécessaires pour irriguer le territoire.

Au-delà de l'objectif qui est le vôtre, il faut continuer à déployer les moyens nécessaires pour que ces hôpitaux disposent de soignants et de médecins, de façon à pratiquer les accouchements dans de bonnes conditions. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LR. – M. Joël Aviragnet applaudit également.*)

M. le président. La parole est à Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Je ne voterai pas l'amendement de suppression parce que l'article vise à résoudre des difficultés. Mais surtout, je me demande, à l'heure où nous

développons les prises en charge ambulatoires, pourquoi nous n'essayons pas de favoriser l'accouchement assisté à domicile. Plus de 140 millions de naissances ont lieu chaque année dans le monde et la plupart se passent très bien. Il n'est pas toujours nécessaire de médicaliser une naissance. J'aimerais que nous nous posions cette question sans tabous.

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je veux rétablir ce qu'est la réalité : personne ne ferme des maternités par choix. La question n'est pas celle des moyens financiers : notre démographie médicale impose des fermetures, par manque d'anesthésistes, de pédiatres, d'obstétriciens, d'infirmiers de bloc opératoire pour effectuer les césariennes. Quand bien même nous voudrions conserver ces maternités et leur affecter des crédits, ce phénomène démographique l'empêcherait en France, comme partout en Europe et sans doute dans le monde entier.

J'entends vos arguments et je veux bien, comme M. Dharréville, laisser toutes les maternités ouvertes mais, de facto, certaines seront vides. Nous sommes donc obligés de pallier une difficulté à laquelle sont confrontés tous les pays européens. La Norvège est obligée de fermer un nombre considérable de maternités faute d'obstétriciens ; elle a instauré le même type de dispositif.

Nous pourrions tous vouloir la même chose, des hôpitaux de proximité et des maternités de proximité, mais force est de constater qu'indépendamment des moyens alloués, nous ne disposons pas des professionnels pour en assurer le fonctionnement.

Par ailleurs, il arrive que certaines femmes ne soient pas en sécurité, non parce que la maternité a fermé, mais parce qu'elles habitent trop loin. Je pense à la Corse, île-montagne que je connais bien. Aucune maternité n'a été fermée, et il n'en est pas question, mais beaucoup de femmes habitent à une heure et demie de Bastia ou d'Ajaccio : elles ne sont pas sécurisées.

Ce dispositif permettra d'améliorer la situation de toutes les femmes qui habitent en montagne, au fin fond de la Guyane, aux Antilles, et qui n'ont pas d'hôpital de proximité, la situation de toutes les femmes dont la maternité est obligée de fermer faute de personnel. C'est un plus pour les femmes, non une contrainte : elles ne sont évidemment pas obligées d'aller à l'hôtel si elles n'en ont pas envie. Nous travaillons également sur les accompagnements par des sages-femmes : le dispositif est bien plus large que cette première mesure.

Je rappelle par ailleurs que c'est un financement forfaitaire qui est prévu pour payer l'hôtel. Les hôpitaux ne paieront pas l'hôtel. Nous définissons des crédits pour payer des hôpitaux hospitaliers : l'argent ne sort pas de la poche d'un hôpital qui n'aurait pas les moyens, ni de celle des patientes. Nous finançons, vous votez le financement des transports nécessaires et l'hébergement pour les femmes qui le souhaitent, parce qu'elles se sentent sécurisées de passer une nuit ou deux à l'hôtel avant la date présumée d'accouchement, ou parce que le col est dilaté et qu'elles savent qu'elles vont accoucher bientôt.

C'est sécurisant, c'est du plus, c'est du mieux, face à une situation que nous pouvons tous déplorer mais qui est une réalité. Je vous incite donc fortement à voter l'article. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes LaREM et MODEM.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 663.
(*Il est procédé au scrutin.*)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	50
Nombre de suffrages exprimés	45
Majorité absolue	23
Pour l'adoption	2
contre	43

(*L'amendement n° 663 n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 664 de M. François Ruffin est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à Mme Gisèle Biémouret.

Mme Gisèle Biémouret. J'habite un territoire où la maternité est située à plus de quarante-cinq minutes depuis plus de vingt ans. Tout dépend de chaque situation, mais je considère que ce dispositif constitue un avantage, notamment pour les femmes qui sont peut-être moins favorisées que d'autres. Certes, nous préférerions avoir des maternités, mais je vous rejoins : certaines fermetures sont inévitables. En revanche, madame la ministre, il faut maintenir les urgences. Avoir des urgences à moins de trente minutes peut combler le manque de maternités. (*Mme la ministre Agnès Buzyn acquiesce.*)

(*L'amendement n° 664 n'est pas adopté.*)

M. le président. Les amendements n° 2026 et 2028 de M. le rapporteur général sont rédactionnels.

(*Les amendements n° 2026 et 2028, acceptés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, sont adoptés.*)

M. le président. La parole est à Mme Cendra Motin, pour soutenir l'amendement n° 1372.

Mme Cendra Motin. Il vise à demander un rapport spécifique de suivi de cette mesure. Elle est extrêmement importante, notamment dans les territoires ruraux et, comme tous mes collègues, je la soutiens totalement. Néanmoins, l'étude d'impact que nous avons reçue estime le coût afférent pour l'année 2020 entre 7 et 17 millions, et pour l'année 2021 entre 20 et 40 millions.

La fourchette me semble très large, et c'est pourquoi je souhaite disposer d'une étude d'impact, grâce à un rapport spécifique permettant de suivre le déploiement de l'engagement du « pack maternité » et d'en connaître les conséquences sociales, territoriales et financières.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Le délai d'un an que vous proposez est trop court pour permettre une évaluation. Je propose que celle-ci se fasse, non dans le cadre du printemps de l'évaluation, mais du RALFS – ce magnifique sigle qui désigne le rapport d'application des lois de finance-

ment de la sécurité sociale de la Cour des comptes –, en 2021, pour avoir au moins un an de recul sur la pleine application du dispositif. Nous pourrions alors l'examiner en commission, où vous serez la bienvenue. Je pense que cette solution peut convenir à tous, je vous suggère donc de retirer votre amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

(*L'amendement n° 1372 est retiré.*)

(*L'article 37, amendé, est adopté.*)

Après l'article 37

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements portant article additionnel après l'article 37.

Nous commençons avec les amendements n° 713 rectifié, 736, 1208, 1272 et 1273, qui peuvent être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour soutenir l'amendement n° 713 rectifié.

Mme Isabelle Valentin. Il vise à permettre aux sages-femmes de dispenser des arrêts de travail supérieurs à quinze jours, dans le cadre de la maternité, et de renouveler les arrêts de travail initialement ordonnés par un médecin. La Haute Autorité de santé reconnaît la compétence des sages-femmes pour assurer le suivi de grossesse en toute autonomie et pour définir le niveau de risque associé à la grossesse. (*M. Alain Ramadier applaudit.*)

M. le président. La parole est à Mme Marie-Pierre Rixain, pour soutenir l'amendement n° 736.

Mme Marie-Pierre Rixain. Les sages-femmes sont en effet compétentes, en toute autonomie, pour assurer le suivi de la grossesse ainsi que pour définir le niveau de risque d'une grossesse. La plupart des arrêts de travail prescrits pendant la grossesse ne le sont pas en raison de pathologies mais de l'état de grossesse, qui pourrait indirectement impliquer une complication ou une pathologie.

Un arrêt prescrit par une sage-femme à une femme enceinte doit être pris en charge au titre de l'assurance maternité ou maladie, selon la période de la grossesse, comme le sont ceux établis par un médecin. Les sages-femmes doivent pouvoir prescrire une période supplémentaire de deux semaines avant le congé prénatal, ainsi qu'une période supplémentaire de quatre semaines après le congé postnatal.

En toute transparence, je tiens à indiquer que cet amendement a été élaboré en lien avec l'Organisation nationale syndicale des sages-femmes et vise à faciliter le travail des sages-femmes, mais surtout la prise en charge des patientes.

M. le président. La parole est à Mme Albane Gaillot, pour soutenir l'amendement n° 1208.

Mme Albane Gaillot. Lorsqu'une femme est enceinte, elle peut faire appel à différents professionnels de santé pour le suivi de sa grossesse : une sage-femme, un gynécologue obstétricien, un gynécologue médical, ou encore un médecin généraliste. Toutefois, ces spécialistes n'ont pas tous les mêmes attributions.

Ainsi, pour le renouvellement du congé pathologique pré ou post-natal des femmes connaissant des complications médicales, seuls les médecins, généralistes ou gynécologues, peuvent prescrire ce renouvellement ; les sages-femmes n'en ont pas la possibilité.

De même, les sages-femmes ne peuvent prescrire plus de quinze jours d'arrêt, lorsque les médecins peuvent aller jusqu'à vingt-huit jours après l'accouchement.

Or, l'obligation de consulter un médecin pour un renouvellement de l'arrêt de travail constitue une réelle difficulté, pour les sages-femmes comme pour les patientes.

Cette différence de traitement entre sage-femme et médecin doit être corrigée. C'est l'objet de cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Josiane Corneloup, pour soutenir les amendements n^{os} 1272 et 1273, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

Mme Josiane Corneloup. L'amendement n^o 1272 vise à offrir aux patientes suivies par des sages-femmes lors de leur grossesse un maintien de leur indemnisation en cas de prolongation d'un arrêt de travail, au même titre que s'il avait été prescrit par le médecin traitant. On évitera ainsi à la sécurité sociale d'assumer le coût d'une consultation auprès d'un médecin traitant qui ne suit pas la patiente pour sa grossesse.

L'amendement n^o 1273 vise à donner aux sages-femmes la possibilité de renouveler, au même titre que le médecin traitant, une prescription d'arrêt de travail dans le cadre d'un suivi de grossesse et lors de la période postnatale.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je défends depuis des années l'extension des missions confiées aux sages-femmes dans le suivi de la santé des femmes, enceintes ou non.

Cependant, l'article L. 2122-1 du code de la santé publique dispose qu'en cas de grossesse pathologique, la sage-femme qui suit la femme enceinte doit l'adresser à un médecin gynécologue obstétricien. C'est pourquoi une sage-femme peut aujourd'hui prescrire un arrêt de travail de deux semaines mais, aux termes du code de la santé publique et des décrets de compétence, doit, si elle constate qu'une femme enceinte doit bénéficier d'un arrêt de travail plus long, signe que sa grossesse est pathologique – car on n'arrête pas une femme enceinte pendant un mois si sa grossesse ne l'est pas – l'adresser à un médecin.

L'adoption des amendements entérinerait le fait qu'une sage-femme peut assurer le suivi d'une grossesse complexe ou pathologique. Je ne peux donc pas émettre un avis favorable, même si je comprends parfaitement l'esprit dans lequel ont été rédigés ces amendements et suis disposé à en discuter avec les organisations représentatives des sages-femmes.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je pense que chacun juge ces amendements intéressants. Nous souhaitons tous valoriser le travail des sages-femmes, dont les compétences sont trop peu connues par le grand public. Elles peuvent notamment assurer le suivi gynécologique des femmes sans pathologie. Ainsi, beaucoup de femmes qui ne font pas de frottis parce qu'elles ne trouvent pas de gynécologues pourraient être suivies par des sages-femmes libérales.

Nous devons donc nous atteler à la valorisation professionnelle des sages-femmes et bien les positionner dans le travail que nous menons sur les maternités et les centres de périnatalogie de proximité. Nous collaborons beaucoup avec elles, mais je rejoins l'analyse du rapporteur général : il serait incohérent de les autoriser à signer des arrêts de travail successifs permettant de longs arrêts, alors qu'elles n'ont pas de compétence sur les pathologies et ne peuvent suivre que des femmes enceintes en bonne santé. Pour cette raison, j'émet un avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Ces explications me semblent alambiquées. Les sages-femmes sont des professionnelles de santé, d'ailleurs incluses dans les communautés professionnelles territoriales de santé. Vous savez comme moi qu'on ne trouve pas toujours un médecin disponible pour renouveler ou prolonger un arrêt de travail, et qu'aucune sage-femme ne délivrera un arrêt de travail par plaisir !

Au reste, un arrêt, ou le prolongement de la durée d'un arrêt, peut être commandé par d'autres raisons qu'une grossesse pathologique : une fatigue, par exemple, ou des difficultés au travail, ou encore des problèmes personnels.

Dès lors, les amendements paraissent justifiés. Pourquoi ne pas refuser de considérer les sages-femmes comme de véritables professionnelles de santé ?

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. En votant les amendements, vous acteriez dans la loi l'extension des compétences des sages-femmes aux grossesses pathologiques.

M. Julien Borowczyk. Oui !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Or ce n'est pas ainsi que l'on travaille sur les compétences des corps de métier. C'est la raison pour laquelle j'émet un avis défavorable, même si nous pouvons réfléchir avec les sages-femmes sur leur positionnement, leurs compétences et leur valorisation.

J'ajoute qu'un arrêt de travail d'un mois pendant la grossesse n'est pas si banal. En général, cela signale un problème.

M. le président. La parole est à Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Je soutiens les amendements, d'autant que les femmes ont souvent du mal à accéder à un médecin traitant. Certaines situations peuvent être absurdes, par exemple celle dans laquelle la patiente est renvoyée vers un médecin traitant qui n'a pas forcément le temps de la voir, qui ne la connaît pas et qui délivrera un certificat à la va-vite, sans connaître son suivi.

Dans certains métiers, les femmes travaillent debout et, même lorsque leur grossesse n'est pas pathologique, elles peuvent avoir du mal à maintenir leur activité.

(Les amendements n^{os} 713 rectifié, 736, 1208, 1272 et 1273, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Marie-Pierre Rixain, pour soutenir l'amendement n^o 2045.

Mme Marie-Pierre Rixain. Toute travailleuse indépendante a du mal à s'arrêter, car elle est soucieuse de la pérennité de son activité. Or, comme l'a rappelé Boris Cyrulnik lors de la mise en place de la commission des 1000 premiers jours, voulue par le Président de la République, le congé de maternité est un moment essentiel pour la création du lien mère-enfant. Aussi l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a-t-il prévu une expérimentation nationale visant à introduire une flexibilité dans la prise en charge du congé maternité des travailleuses indépendantes, notamment par la possibilité de reprise partielle d'abord encadrée – j'y insiste – après la phase d'arrêt obligatoire. Ce dispositif permettrait aux femmes de prendre effectivement leur congé de maternité.

Il est donc proposé d'assouplir la date de début de la reprise partielle d'activité et sa durée, afin que les travailleuses indépendantes puissent dans toutes les situations bénéficier de cette expérimentation dans les meilleures conditions.

Une date maximale de report des indemnités journalières de maternité serait fixée à dix semaines, pour permettre une reprise à temps partiel de l'activité dans la foulée du congé maternité. Pour tenir compte de ces ajustements du cadre d'application, l'expérimentation entrerait en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2020.

Enfin, dans le but d'associer les assurées concernées à l'évaluation de l'expérimentation, un questionnaire pourrait être intégré au cahier des charges de l'expérimentation, ce qui nous permettrait de disposer d'un retour qualitatif.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je saisis l'occasion pour féliciter Mme Rixain et la remercier pour son excellent travail sur la situation des travailleuses indépendantes. Lorsqu'elle s'est réunie au titre de l'article 88, la commission a accepté l'amendement, qui va dans le bon sens.

L'an dernier, les avancées que Mme Rixain avait permis d'intégrer au projet de loi de financement de la sécurité sociale avaient été unanimement saluées dans les territoires par toutes les personnes concernées.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Madame la députée, je vous remercie pour votre investissement sur la question des travailleuses indépendantes. Avec cet amendement, vous poursuivez une tâche qui s'est déjà concrétisée dans le PLFSS de 2019. Avis très favorable.

(L'amendement n° 2045 est adopté.)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 777.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Cet amendement, adopté par la commission, tend à réintroduire dans la loi l'expérimentation relative aux hôtels hospitaliers introduite par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Je l'ai déposé dans un esprit un peu taquin, mais aussi afin de faire le bilan sur le développement de ces structures, ce qui fait écho au débat que nous venons d'avoir sur les femmes enceintes.

Dans beaucoup de pays, des structures hôtelières permettent de réduire la durée des séjours hospitaliers. Elles accueillent les patients n'ayant pas la chance d'habiter près d'un hôpital où ils peuvent recevoir des soins techniques et dont

l'état de santé ne justifie pas qu'ils passent la nuit à l'hôpital, par exemple ceux qui viennent seulement à l'hôpital pour un pansement. Actuellement, ces patients séjournent à l'hôpital, où ils sont exposés aux risques d'infections nosocomiales, éloignés de leur famille et soumis au régime des plateaux-repas, le tout pour un coût très élevé. Une nuit à l'hôpital peut coûter 1200 euros, même, je le répète, quand une médicalisation n'est pas nécessaire.

Il s'agit de choisir non entre la maison ou l'hôtel, mais entre l'hôpital ou l'hôtel. Quand j'ai fait adopter l'amendement en 2015, l'administration s'est montrée réticente, craignant à tort qu'on aille vers davantage d'hospitalocentrisme. En Île-de-France, l'agence régionale de santé avait retenu vingt-trois projets. Cependant, bien que le principe de l'expérimentation ait été voté, le décret n'avait prévu pour la France entière qu'un financement de 1 million d'euros, qui ne permettait pas de la mener à grande échelle.

Cela avait déçu beaucoup de gens. Un montant de 1 million d'euros ne permettait pas de payer les nuitées des malades en évitant tout reste à charge ni de passer des partenariats avec des structures hôtelières. C'est pourquoi, pour faire le point sur le sujet, j'ai redéposé l'amendement que la commission a adopté la semaine dernière à l'unanimité.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Monsieur le rapporteur général, je vous remercie d'ouvrir ce très beau dossier qui, j'en conviens, avance lentement. Votre amendement est évidemment d'appel. Vous le savez, depuis la LFSS de 2015, nous avons lancé une expérimentation portant sur quarante et un établissements, qui se sont engagés pour réaliser ces hôtels hospitaliers.

Le dispositif est essentiel pour améliorer le confort de vie de certains patients. Je pense notamment aux malades soignés en cancérologie, qui doivent subir des séances de radiothérapie matin et soir, et qui n'ont d'autre choix que de séjourner à l'hôpital ou d'effectuer des heures de transport.

On peut aussi imaginer qu'il entre dans le cadre de l'article 51 voté en 2017, qui permet d'établir des forfaits pour certaines pathologies. Une expérimentation est menée dans le cadre de cet article. Je vous demande donc de retirer l'amendement, sachant que nous reviendrons devant le Parlement avec les résultats pour réfléchir au moyen d'améliorer ce dispositif essentiel.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur général.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je retire évidemment cet amendement d'appel. Il s'agissait d'obtenir des résultats et de donner une impulsion, car, comme vous le reconnaîtrez vous-même, madame la ministre, nous avançons trop lentement sur ce sujet. Dans ce dossier, la France n'est pas en avance, et c'est dommage.

(L'amendement n° 777 est retiré.)

Article 38

M. le président. La parole est à M. Thierry Michels.

M. Thierry Michels. Il y a un an jour pour jour, le comité interministériel du handicap lançait la cinquième conférence nationale du handicap, 2018-2019. Placée sous le mot d'ordre « tous concernés, tous mobilisés », cette conférence dédiée à une grande cause du quinquennat se matérialisait

par le lancement par Mme Sophie Cluzel, secrétaire d'État chargée des personnes handicapées, de cinq chantiers prioritaires pour la période 2018-2019.

Ce sont les préconisations issues de l'un de ces chantiers que le présent article vise à traduire dans la loi. Depuis trop longtemps déjà, faute de place dans les structures d'accueil du Nord et de l'Est de la France, 1 500 enfants et 6 500 adultes sont dans l'obligation de quitter leurs familles et leurs proches pour aller en Wallonie, où ils sont accueillis dans un établissement spécialisé.

Si la prise en charge des enfants et des adolescents est assurée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie – CNSA –, grâce à un accord-cadre entre la France et la Wallonie en vigueur depuis 2014, le cas des personnes adultes en situation de handicap restait en suspens.

L'article 38 prévoit donc d'étendre aux adultes l'encadrement conventionnel financé par la CNSA, garantissant à tous nos concitoyens concernés un accueil dans les meilleures conditions. Outre ce conventionnement, il est prévu de verser des financements complémentaires, à hauteur de 90 millions d'euros sur trois ans, afin de créer de nouvelles places dans les régions principalement concernées par les départs et de proposer ainsi un accueil de proximité. C'est une excellente nouvelle pour de nombreuses familles.

Nous devons également nous assurer de la mise en œuvre effective de ces mesures tant attendues. C'est pourquoi je salue l'amendement de mon collègue Marc Delatte, adopté par la commission des affaires sociales, qui a pour objet la remise d'un rapport au Parlement permettant d'évaluer les effets de cet article sur la prise en charge des adultes handicapés français par des établissements situés à l'étranger. Vous comprendrez donc, chers collègues, que le groupe parlementaire de La République en marche votera avec enthousiasme cet excellent article 38. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LaREM.*)

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Valentin.

Mme Isabelle Valentin. L'article 38 concerne l'accueil des personnes handicapées en Belgique. Plus de 8 000 Français porteurs de handicaps sont actuellement hébergés dans des institutions et des centres en Belgique. Cette expatriation s'explique par le manque de place dans les structures françaises, notamment pour les personnes atteintes de troubles autistiques, de handicaps rares, et plus largement, pour les personnes handicapées souffrant de troubles cognitifs ou du comportement.

Cette situation est regrettable. Il est très compliqué pour les familles d'être séparées de leurs proches. Ces situations sont humainement inacceptables. Il est urgent d'améliorer l'offre de soins et d'accueil des personnes handicapées.

Les solutions d'accueil familial peuvent être développées et mieux reconnues. Elles sont présentes sur l'ensemble du territoire et répondent aux besoins et aux souhaits des familles et des personnes handicapées.

Beaucoup de patients jugent que l'accueil belge est plus professionnel et adapté que celui proposé en France. Cela étant, certains de nos établissements d'accueil n'ont rien à envier à nos voisins. Dans ma circonscription, la MAS – maison d'accueil spécialisé – et le FAM – foyer d'accueil médicalisé – de Beaux donnent un parfait exemple d'accueil d'adultes handicapés en situation de grande dépendance et nécessitant un suivi régulier. Malheureusement, les places

d'accueil dans les établissements sont très limitées; il est parfois difficile pour les personnes aux handicaps les plus lourds de trouver une solution, faute de structure. Les familles qui en ont besoin sont tentées de partir en Belgique, pour bénéficier d'une solution d'accueil.

Pourtant, le prix de l'immobilier dans les territoires ruraux est peu élevé. L'accueil, le soin, les services à la personne pourvoient des emplois non délocalisables. Nous devons encadrer le financement de l'offre belge, tout en accentuant nos efforts afin de trouver des solutions pour les familles sur le territoire national. C'est ce que propose cet article.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 778.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Cet amendement, adopté par la commission des affaires sociales, a pour objet la remise au Parlement d'un rapport d'évaluation sur la prise en charge des adultes handicapés français par des établissements à l'étranger et les financements alloués par la CNSA. Dans la discussion générale, les députés de différents groupes ont souligné les difficultés que pose le présent article. Ce rapport permettra d'y voir plus clair.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Sophie Cluzel, secrétaire d'État chargée des personnes handicapées. Je commencerai par répondre à Mme Valentin et M. Michels. Je partage votre avis : il faut mettre fin à l'exil de ces adultes, dont beaucoup se trouvent dans des situations complexes; ils ont toute leur place en France. Les dispositions de cet article le permettront.

Monsieur le rapporteur général, nous partageons votre volonté d'évaluer ce dispositif. Il nous faut toutefois plus de temps que ce que vous prévoyez – nous réfléchissons, lors de la navette, à un report.

Nous lançons un immense chantier, qui était très attendu par les familles et les associations. Nous sommes le premier gouvernement à prendre à bras-le-corps le problème que constitue cet exil des adultes en Belgique. Nous disposons d'une belle occasion de travailler rapidement, de manière ciblée, en nous appuyant sur les trois ARS des régions concernées par la majorité des départs d'adultes handicapés, soit les Hauts-de-France, l'Île-de-France et Grand Est. Nous avons les moyens d'agir vite, comme on nous le demande.

Bien sûr, nous partageons le souhait qu'un rapport d'évaluation soit rédigé. Il nous faudrait simplement un peu plus de temps que prévu dans l'amendement pour le faire. Avis favorable. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LaREM.*)

M. le président. La parole est à M. Julien Borowczyk.

M. Julien Borowczyk. Je parlerai au nom de Marc Delatte, qui est à l'initiative de l'amendement adopté en commission des affaires sociales – je tiens d'ailleurs à le féliciter.

L'amendement est né d'un constat : depuis de nombreuses années, des familles traversent la frontière pour leurs proches handicapés, parce que ceux-ci n'ont pas trouvé le soutien et les structures adaptés. C'est une réalité quotidienne dont le Gouvernement, les élus et les collectivités territoriales ont pris conscience ces dernières années, comme Mme la secrétaire d'État vient de le rappeler. De réelles avancées sont à saluer : la nouvelle stratégie pour l'autisme, les mesures en faveur des proches aidants annoncées récemment. Il faut poursuivre nos efforts avec les familles et les associations. Il ne s'agit pas de

rediger un énième rapport : cette proposition est née d'une réflexion éthique témoignant de la solidarité nationale et du respect de la dignité de chacun. Chers collègues, nous espérons que dans cette assemblée, pas une voix ne manque pour adopter cet amendement à l'article 38. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

(*L'amendement n° 778 est adopté.*)

(*L'article 38, amendé, est adopté.*)

Après l'article 38

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements identiques, n° 782, 64, 749 et 1640.

La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 782.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Cet amendement, adopté par la commission des affaires sociales, vise à ce que le financement de l'offre médico-sociale prenne en compte des critères qualitatifs en plus des critères financiers, comme c'est déjà le cas dans le secteur sanitaire.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Trastour-Isnart, pour soutenir l'amendement n° 64.

Mme Laurence Trastour-Isnart. Comme vient de l'indiquer le rapporteur, on ne peut pas juger un établissement exclusivement sur le taux d'occupation. Il faut avant tout prendre en compte la qualité de l'animation, l'organisation d'activités. Cet amendement vise à modifier le texte en ce sens.

M. le président. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 749.

M. Joël Aviragnet. Un des leviers pour trouver des réponses aux difficultés actuelles – dont le Gouvernement s'est saisi, il faut s'en féliciter – est la transformation de l'offre. Si l'on change de modèle, en passant par exemple de l'internat à l'accueil de jour, il faut aussi faire évoluer les indicateurs en fonction desquels le financement des établissements est modulé. Souvent, le principal critère retenu est le taux d'occupation. On sait pourtant que dans les centres d'accueil de jour, le nombre de personnes accueillies compte davantage que le temps passé par les patients dans l'établissement, parce que ces centres sont soumis à divers impératifs – je pense par exemple aux relations avec les familles.

À une époque, les enfants pouvaient arriver le dimanche soir dans les établissements, puis repartir le samedi matin, sans que cela pose le moindre problème de financement, le financement du prix de journée étant assuré. Actuellement, la situation est différente, et les dispositifs s'adaptent, heureusement ; il faut en tenir compte, et renoncer à faire du taux d'occupation le principal indicateur pour les financeurs.

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 1640.

Mme Caroline Fiat. Je précise que l'amendement nous a été proposé par la FEHAP – Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs. Il est soutenu par la FHF – Fédération hospitalière de France –, Nexem, l'UNA – Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles, la Croix-Rouge française, l'UNIOPSS – Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux –, la

FNADEPA – Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées –, l'AD-PA – Association des directeurs au service des personnes âgées –, l'ADAPT – Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées –, l'APF France Handicap et la fédération des APAJH – associations pour adultes et jeunes handicapés.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Sophie Cluzel, secrétaire d'État. Vous demandez que l'activité d'accueil temporaire dans les EHPAD – établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – et les établissements et services médico-sociaux pour les personnes handicapées ne soit pas appréciée uniquement selon le taux d'occupation.

S'agissant de l'accueil temporaire en EHPAD, les objectifs d'activité des établissements sont fixés dans des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qui tiennent déjà compte des spécificités de chaque EHPAD.

Les personnes âgées désirent aujourd'hui vieillir le plus longtemps possible chez elles, ce qui nécessite parfois des périodes d'accueil temporaire en EHPAD. Actuellement, le taux d'occupation de certains de ces établissements est très faible, voire inférieur à 50 %. Nous devons en tenir compte.

Concernant les personnes handicapées, alors que nombre d'entre elles ne trouvent pas de solution, il me semble important de suivre avec vigilance l'activité des établissements et services médico-sociaux, et de conserver la faculté de réviser leur dotation en cas de sous-activité notable.

Je suis cependant très attentive à ce que cette faculté ne soit pas un obstacle à l'innovation et à des modes d'accompagnement plus inclusifs. Il convient donc de concilier deux objectifs stratégiques : d'une part, utiliser de la manière la plus complète les ressources existantes ; d'autre part, mettre en œuvre une logique de parcours, qui implique davantage d'accompagnement en milieu ordinaire et la possibilité de moduler l'accompagnement selon les périodes et de combiner simultanément plusieurs types d'accompagnement.

Le décret d'application de la disposition permettant de moduler les dotations, adoptée en 2018, prévoit déjà que l'activité soit appréciée en tenant compte de la nature des missions de l'établissement et de son mode d'accompagnement. Le taux d'occupation n'est donc pas l'indicateur unique. La mesure d'activité prend aussi en compte le nombre de personnes accompagnées dans l'année, c'est à dire la file active, ou encore le nombre de prestations réalisées dans l'année.

Ces notions ont été précisées dans un guide de janvier 2019 de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, après une longue concertation avec les fédérations du secteur des ESMS – établissements sociaux et médicaux-sociaux – que vous avez citées, madame la députée, les ARS et les conseils départementaux. Ce guide propose notamment des modalités de mesure en cas d'absence d'un résident non imputable à l'établissement, par exemple pour un week-end à domicile, afin de ne pas pénaliser l'établissement.

En pratique, les ARS appliquent déjà cette modulation avec toute la souplesse requise pour tenir compte des spécificités de chaque territoire. Preuve en est qu'en 2019, le montant des reprises de dotation ne s'élève finalement qu'à 805 000 euros, sur une dotation globale de plus de 11 milliards d'euros. Dans ces conditions, je pense que la

réglementation actuelle et les pratiques sur le terrain satisfont déjà votre amendement. Je m'en remets néanmoins à la sagesse de l'Assemblée.

M. le président. La parole est à M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. J'entends bien vos arguments, madame la secrétaire d'État. Toutefois, cette proposition ne concerne pas uniquement l'accueil temporaire, mais aussi d'autres formes d'accueil – semi-internat, accueil de jour, etc. Vous dites que d'autres critères que le taux d'occupation sont pris en compte dans les textes. Pourtant, selon les associations, – du moins à ce que j'ai compris –, cela reste le principal critère d'appréciation des financeurs. Il faudrait que l'appréciation soit affinée. Outre le taux d'occupation, la file active doit être prise en compte, afin d'avoir une appréciation juste du service fourni aux familles et aux jeunes en situation de handicap.

(Les amendements identiques n° 782, 64, 749 et 1640 sont adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État, pour soutenir l'amendement n° 2082.

Mme Sophie Cluzel, secrétaire d'État. Cet amendement a pour objet de lancer une expérimentation sur le panier de soins des établissements médico-sociaux pour les personnes handicapées. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 prévoyait la remise d'un rapport sur l'accès aux soins des personnes handicapées et des personnes en situation de précarité. Ce rapport, rédigé par M. Philippe Denormandie et Mme Marianne Cornu-Pauchet, a notamment mis en évidence la nécessité de revoir le périmètre du panier de soins des établissements et services médico-sociaux pour les personnes handicapées.

Par ailleurs, le rapport Charges et produits de la CNAM – Caisse nationale d'assurance maladie – pour 2020 a mis en évidence le très faible recours aux soins des personnes handicapées, sans pour autant être en mesure de l'objectiver pour les personnes en établissement.

En effet, les soins de ville comme les consultations, les examens de radiologie ou de laboratoire et les dépenses de pharmacie, y compris celles concernant les molécules onéreuses, sont actuellement à la charge des établissements, sans que leur dotation tienne compte du besoin réel en soins des personnes.

En pratique, les ESMS privilégient donc, pour des soins d'ordinaire effectués en ville, le recours à l'hôpital, car ces derniers ne leur sont pas refacturés. Cela génère des retards de prise en charge, une aggravation de la santé des personnes, une pression accrue sur l'hôpital et des surcoûts pour l'assurance maladie, surcoûts que nous ne savons pas évaluer.

Dans certains cas, ce système peut même entraîner des refus de prise en charge pour les personnes handicapées. Cette situation est d'autant plus inacceptable qu'elle concerne des personnes accompagnées par des ESMS auxquelles devraient être garanties à la fois la qualité des soins et la fluidité des parcours.

Compte tenu de ces éléments, Mme Agnès Buzyn et moi-même avons demandé à Philippe Denormandie de mener une concertation avec l'ensemble des acteurs pour redéfinir ce panier de soins. Il en ressort une proposition de clarification des modalités de financement des soins.

Elle doit permettre, d'une part, une plus forte accessibilité aux soins de ville et à la prévention pour des parcours plus fluides évitant des risques de santé aggravés, d'autre part, un renforcement des engagements des établissements, en particulier pour assurer la coordination des soins, y compris pendant les week-ends et les vacances, et la prise en charge des actes nécessaires à l'autonomie des personnes.

Pour se saisir de ce sujet, quand bien même les conclusions du rapport de M. Denormandie ne nous ont pas encore été formellement remises, et parce que les échanges entre les acteurs ont été de grande qualité et convergents, je vous propose d'engager une expérimentation de façon à valider les contours et l'efficacité du modèle proposé.

Un décret en Conseil d'État viendra en préciser les modalités et fera l'objet d'une concertation dans l'esprit des travaux conduits par Philippe Denormandie, en lien avec toutes les administrations concernées et la CNAM.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. La commission n'a pas pu examiner l'amendement n° 2082 du Gouvernement. À titre personnel, après avoir entendu les explications de Mme la secrétaire d'État, j'émet un avis très favorable. Il s'agit d'une expérimentation importante qui a toute sa place dans ce PLFSS.

(L'amendement n° 2082 est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 666.

Mme Caroline Fiat. Parce que l'article 40 de la Constitution ne nous permet pas de créer des places dans le secteur médico-social par amendement, nous nous contentons de demander que le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur ce sujet. Nous voulons surtout alerter sur le fait qu'il manque, en France, 50 000 places pour accueillir les personnes en situation de handicap. Madame la secrétaire d'État, il faut accélérer les choses pour que ces places soient ouvertes le plus rapidement possible.

(L'amendement n° 666, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Article 39

M. le président. M. Jean-Pierre Door est inscrit sur l'article 39.

M. Jean-Pierre Door. Je profite de cet article qui traite, en particulier, de la lutte contre la tuberculose pour rappeler que cette maladie est malheureusement loin d'avoir disparu. Nous avons cru que c'était le cas dans notre pays, mais aujourd'hui, dans certains secteurs, cette maladie explose. Je pense à l'Île-de-France, où elle est deux fois plus présente que dans le reste du territoire, et où, entre 2015 et 2017, on a enregistré une hausse de 10 % des cas signalés. D'autres régions sont touchées : le Sud de la France fait par exemple face à un grand nombre de cas.

On ne peut ignorer ce sujet majeur. Les financements sont assurés par les départements ou par les agences régionales de santé. Il faut absolument prendre cette question à bras-le-corps et ne pas penser que la tuberculose, c'est terminé.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Bien sûr !

M. Jean-Pierre Door. Elle est toujours à nos portes. Il peut même y avoir une recrudescence qui provoquerait des contagions ou des contaminations qui toucheraient les plus jeunes.

M. Olivier Véran, rapporteur général. C'est bien pour cela que l'on conserve le dispositif de l'aide médicale de l'État !

M. le président. La parole est à Mme Gisèle Biémouret, pour soutenir l'amendement n° 938.

Mme Gisèle Biémouret. Mme Ericka Bareigts, première signataire de l'amendement, rappelle, dans l'exposé sommaire, que si la tuberculose a failli disparaître dans les années 1980, on la range aujourd'hui, comme la lèpre, parmi les maladies récurrentes. Il nous paraît important que le suivi des malades soit coordonné entre les agences régionales de santé – ARS – et les départements qui ont souhaité conserver la compétence de la lutte contre la tuberculose et la lèpre – certains ont fait ce choix, de même qu'ils peuvent être compétents dans la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Cet amendement est satisfait. Je demande son retrait.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'amendement est satisfait : les départements peuvent d'ores et déjà conserver la gestion des centres. L'article 39 vise surtout à centraliser le financement au niveau des ARS. Je demande le retrait.

(L'amendement n° 938 est retiré.)

M. le président. Les amendements n° 1165 et 1166 de M. le rapporteur général sont rédactionnels.

(Les amendements n° 1165 et 1166, acceptés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

(L'article 39, amendé, est adopté.)

Après l'article 39

M. le président. Nous en venons à des amendements portant article additionnel après l'article 39.

Je suis saisi de trois amendements, n° 730, 1097 et 1953, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n° 730 et 1097 sont identiques.

La parole est à M. Yannick Favennec Becot, pour soutenir l'amendement n° 730.

M. Yannick Favennec Becot. Afin de faciliter l'accès aux traitements de substitution nicotinique, l'amendement n° 730 vise à renforcer le rôle du pharmacien en autorisant la « prescription » des traitements de substitution nicotinique par le pharmacien d'officine, comme peuvent déjà le faire les médecins, les sages-femmes, les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers ou les masseurs-kinésithérapeutes.

L'accompagnement des fumeurs vers le sevrage est l'une des conditions nécessaires pour lutter contre le tabagisme. Il s'agit de l'une des actions importantes du plan de lutte contre le tabac initié en 2018.

Ces mesures de prévention et d'accompagnement gagneraient en efficacité certaine si les pharmaciens pouvaient prescrire des traitements de substitution nicotinique afin que les difficultés rencontrées pour consulter un médecin ne constituent pas un obstacle dans le parcours des patients vers le sevrage.

L'amendement s'inscrit dans une logique de coordination des professionnels de santé, de délégation de tâches, et d'amélioration de la santé de la population par des politiques de prévention.

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Touraine, pour soutenir l'amendement n° 1097.

M. Jean-Louis Touraine. Il faut soutenir la lutte contre le tabagisme et aider au sevrage en permettant aux pharmaciens de prescrire des substituts nicotiniques. De nombreuses mesures ont déjà été mises en œuvre en matière de lutte contre le tabac, mais il reste encore beaucoup à faire. L'expérimentation locale de la vaccination en pharmacie, aujourd'hui étendue à tout le territoire, a montré le caractère positif d'un tel dispositif et son bienfait pour la population. De la même façon, l'extension de la prescription des substituts nicotiniques par les pharmaciens se révélera très positive pour le sevrage.

Je rappelle que les médecins, y compris les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes peuvent déjà prescrire des substituts nicotiniques. Si nous ajoutons les pharmaciens à cette liste – pharmaciens qui se trouvent à l'endroit où les fumeurs se procurent généralement les substituts nicotiniques en question –, nous serons évidemment d'autant plus efficaces.

M. le président. La parole est à Mme Stéphanie Rist, pour soutenir l'amendement n° 1953.

Mme Stéphanie Rist. Certains pharmaciens participent à la lutte anti-tabac en organisant des consultations d'éducation thérapeutique dans le cadre de parcours coordonnés. C'est notamment le cas dans la communauté professionnelle territoriale de santé – CPTS – d'Orléans.

Il semble logique de permettre la prescription par les pharmaciens des substituts nicotiniques dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des CPTS. C'est le sens de mon amendement, qui entend renforcer la prévention.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces trois amendements en discussion commune ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Le sujet de l'extension de la vente et de la prescription des produits nicotiniques est compliqué, et il revient régulièrement. Pourquoi empêcherait-on un pharmacien, professionnel de santé, de prescrire ces produits ? Il y a une raison, à la fois essentielle et toute simple, qui tient à la volonté de séparer la prescription et la vente. En France, nous essayons de maintenir en la matière le cloisonnement le plus strict possible. Les amendements n° 730 et 1097 me semblent contrevenir à ce principe.

Je suis plus ennuyé s'agissant de l'amendement n° 1953. Je me souviens que, lors de l'examen du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, nous avons adopté l'amendement du rapporteur, Thomas Mesnier, qui permet aux pharmaciens, dans certaines conditions, de prescrire ou de renouveler des traitements et de les ajuster, dans le cadre d'un exercice coordonné, au sein d'une CPTS, en lien avec les médecins. Cette démarche fait-elle

sens s'agissant de la prescription de produits nicotiques ? Le médecin ne préférera-t-il pas prendre le temps d'accompagner un patient plutôt que de recevoir un appel téléphonique du pharmacien ? Ce dernier a-t-il suivi la formation ad hoc en matière de sevrage tabagique ? Cela pose beaucoup de questions. J'ai besoin d'entendre la position du Gouvernement.

La commission a émis un avis défavorable sur les trois amendements. À titre personnel, je serais tenté de m'en remettre à la sagesse de l'Assemblée s'agissant de l'amendement n° 1953, mais je veux d'abord écouter ce que Mme la ministre va nous dire.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Ce sujet intéresse mon ministère au plus haut point, car la lutte contre le tabagisme est une priorité de son action, et tous les moyens ont été mis en œuvre pour réduire le nombre de fumeurs en France. Je rappelle que nous avons mis en place le remboursement sur prescription des substituts nicotiques, qui faisaient auparavant l'objet d'un remboursement au forfait. Cette décision a permis une augmentation extrêmement importante de l'usage des substituts nicotiques dans notre pays.

Nous avons aussi permis à un plus grand nombre de professions de prescrire ces produits en ajoutant aux médecins les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes ou les dentistes. La question d'une extension aux pharmaciens nous est aujourd'hui posée.

Cet élargissement amènerait à autoriser des professionnels à prescrire eux-mêmes des produits qu'ils vendent, et dont ils retirent des bénéfices. C'est selon nous un principe assez fondamental que le prescripteur ne soit pas le bénéficiaire de la vente. C'est pour le faire respecter que nous nous opposons aux amendements. Ce principe vaut d'autant plus à nos yeux que nous parlons d'un produit remboursé par l'assurance maladie. Je reste donc ferme, et je maintiens notre avis défavorable.

Par ailleurs, un énorme travail est en cours avec les pharmaciens sur leur rôle en matière de santé publique, sur l'accompagnement des malades, sur leur implication dans l'usage des tests rapides d'orientation diagnostique – TROD –, sur leur capacité à délivrer des médicaments sans prescription médicale dans le cadre de l'urgence. Tout un travail est en cours, et tout est fait pour que les pharmaciens s'emparent d'un rôle de premier recours en santé publique. Cependant, s'agissant de ces amendements, je veux que l'on maintienne une forme de digue entre d'un côté, la prescription, et de l'autre, celui qui bénéficie immédiatement de la vente d'un produit remboursé.

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Madame la ministre, il me semble qu'au cours du « mois sans tabac », les pharmacies peuvent prescrire des produits nicotiques. Si cela est vrai – mais je n'en suis pas certaine –, pourquoi les pharmaciens ne pourraient-ils pas faire toute l'année ce qu'ils font durant un mois ?

M. le président. La parole est à M. Bertrand Bouyx.

M. Bertrand Bouyx. Madame la ministre, vous ne souhaitez pas que le pharmacien devienne, en quelque sorte, juge et partie, mais cela existe déjà. Je pense à la contraception d'urgence. Les pharmaciens délivrent du lévonorgestrel et

constituent un dossier pour son remboursement. On pourrait imaginer un dispositif similaire pour les produits nicotiques.

Quoi qu'il en soit, les caisses primaires d'assurance maladie disposent de tous les outils leur permettant de vérifier la façon dont les pharmaciens délivrent un produit. Ils peuvent surveiller les ventes et constater très rapidement les abus ou les fraudes.

M. Benoit Potterie. Bel éclaircissement !

M. le président. La parole est à M. le rapporteur général.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Dans la mesure où un pharmacien peut délivrer des substituts nicotiques à ses patients sans ordonnance, ni remboursement il est vrai, et bien que je sois très favorable à l'extension, à terme, de la présence de ces substituts dans tous les points de vente, parce que tout doit être fait dans la lutte contre le tabac, la question de ces amendements est celle du remboursement.

La notion de digue exposée par Mme la ministre est importante dans notre pays, où la répartition des compétences entre les uns et les autres est entérinée depuis des décennies. J'avais dit que je me prononcerais après l'intervention de Mme la ministre : je m'excuse auprès de mes collègues, mais, sensible à ses arguments, je voterai, à titre personnel, contre les amendements.

Mme Caroline Fiat. Je n'ai pas de réponse à ma question ?

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Pourquoi refuserions-nous la double fonction de prescripteur et de vendeur du pharmacien dans la lutte contre le tabac alors que nous l'acceptons dans la vaccination ? Nous venons d'étendre la possibilité de se faire vacciner en pharmacie, simplification bénéfique que nous pourrions étendre à la lutte contre le tabac.

Si une personne qui veut arrêter de fumer doit prendre un rendez-vous chez son médecin, qu'elle n'obtiendra peut-être que plusieurs semaines plus tard compte tenu de la pénurie médicale, avant d'aller chez son pharmacien, sa détermination à se sevrer du tabac aura le temps de flancher. Si, au contraire, la démarche est unique et immédiate, ses chances de succès seront plus élevées.

Si nous appliquions le modèle du vaccin à la lutte contre le tabac, nous renforcerions la lutte contre les méfaits du tabac, ce qui nous rendrait tous heureux ici.

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Madame Fiat, je suis presque sûre que les pharmaciens ne peuvent pas prescrire lors du mois sans tabac. Je vous dirai si des expérimentations ont été menées, mais cette possibilité n'est pas prévue aujourd'hui.

Monsieur Touraine, vous avez avancé la raison précise pour laquelle je ne suis pas favorable à cette extension. Il faut une prescription pour se faire vacciner contre la grippe en pharmacie ; certes, elle n'est pas individuelle, mais concerne des groupes cibles, auxquels l'assurance maladie envoie un bon parce que le vaccin leur est indiqué. Il y a une différence entre vendre un produit remboursé sans prescription et

vacciner une personne disposant d'une prescription de l'assurance maladie. Je maintiens mon avis défavorable sur les amendements.

(Les amendements identiques n^{os} 730 et 1097 ne sont pas adoptés.)

(L'amendement n^o 1953 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Martine Wonner, pour soutenir l'amendement n^o 1001.

Mme Martine Wonner. Comme nous venons de le dire, les pharmaciens peuvent vacciner contre la grippe les personnes appartenant à des groupes définis par décret. L'amendement vise, dans un souci de santé publique, à étendre la vaccination contre la grippe saisonnière à toutes les populations.

Plus il y aura de personnes vaccinées contre la grippe, plus le risque d'extension de l'épidémie sera réduit.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Votre proposition ne correspond pas aux recommandations de la Haute Autorité de santé, qui travaille en continu sur l'évolution des critères afin d'accélérer, là où cela est nécessaire, la vaccination par les pharmaciens. Le critère que vous mettez en avant n'entre pas dans les recommandations de la HAS, que nous suivons, selon la règle que nous nous sommes fixée il y a deux ans. Je vous propose donc de retirer votre amendement.

(L'amendement n^o 1001, ayant reçu un avis défavorable du Gouvernement, est retiré.)

M. le président. Je suis saisi de cinq amendements, n^{os} 959, 1337, 1068, 1069 et 1070, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n^o 959.

M. Pierre Dharréville. En 2018, le Gouvernement a repoussé le déploiement du tiers payant généralisé, au prétexte de difficultés techniques pour les médecins libéraux. Bonne nouvelle : ces obstacles seraient désormais levés, selon les professionnels de santé eux-mêmes, comme le révèle un article du *Parisien* du 22 octobre.

M. Boris Vallaud. Eh bien, voilà !

M. Pierre Dharréville. Nous proposons donc de mettre en place un tiers payant intégral pour les bénéficiaires de l'assurance maladie. L'accès à des soins de qualité dépendant de plus en plus de la capacité de nos concitoyens à avancer les frais médicaux, la généralisation du tiers payant nous semble un levier majeur pour améliorer l'accès aux soins. L'amendement généralise le tiers payant intégral pour les professionnels de santé relevant de la médecine de ville à compter du 1^{er} janvier 2021, ce délai laissant un peu de temps pour sa mise en œuvre. L'adoption de cet amendement constituerait une très bonne nouvelle et une belle avancée. *(M. Boris Vallaud applaudit.)*

M. le président. La parole est à Mme Albane Gaillot, pour soutenir l'amendement n^o 1337.

Mme Albane Gaillot. Il vise à rendre obligatoire le tiers payant chez l'ensemble des professionnels de santé. Si celui-ci est massivement pratiqué par certains professionnels de santé, notamment les pharmaciens, il reste limité, malgré

une progression, pour les consultations et les actes médicaux, puisque seuls 28 % d'entre eux étaient concernés, hors obligation légale, en 2017 ; pour les cas d'obligation légale, le taux s'élevait à 85 % la même année.

En dispensant les patients de l'avance de frais, la généralisation du tiers payant représenterait une avancée sociale pour de nombreuses personnes en situation de précarité, qui renoncent aujourd'hui aux soins pour des raisons financières. Une enquête de l'observatoire du non-recours – Odénore – a mis en lumière, dès 2016, le fait que plus de 25 % des personnes qui se présentent à un guichet de la sécurité sociale ont déjà renoncé à des soins dans l'année. Le renoncement aux soins a des conséquences importantes, non seulement pour la santé des personnes vivant dans la précarité, mais également pour l'ensemble de notre système de santé. En effet, si les personnes ne se soignent pas à temps, elles se dirigent plus tard vers les urgences des hôpitaux, où les coûts de prise en charge sont largement plus élevés.

M. le président. Sur l'amendement n^o 1070, je suis saisi par le groupe de la Gauche démocrate et républicaine d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Les amendements, n^{os} 1068, 1069 et 1070 peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Joël Aviragnet, pour les soutenir.

M. Joël Aviragnet. L'avance des frais médicaux pose des problèmes à certaines familles, représente un frein à l'accès aux soins et entraîne un renoncement de fait pour, semble-t-il, un tiers de nos concitoyens.

Le tiers payant existe déjà en partie, notamment dans les laboratoires et les pharmacies, mais il est difficile de savoir qui le pratique et qui le refuse. Voté par le gouvernement précédent, socialiste, le tiers payant a été supprimé à la fin de l'année 2017. Nous en avons parlé à plusieurs reprises, madame la ministre, car cette question revient chaque année ; je me souviens avoir retiré un amendement l'an dernier, ou il y a deux ans, dans l'idée de travailler ensemble à l'extension du tiers payant : je vous fais confiance sur ce sujet, car je sais que vous y tenez.

Le tiers payant doit maintenant se généraliser, d'autant que, comme l'a souligné mon collègue Pierre Dharréville, si les mutuelles n'étaient pas, au contraire de la Caisse nationale d'assurance maladie, techniquement prêtes pour le mettre en œuvre, elles le sont aujourd'hui, comme elles nous l'ont confirmé lors des auditions préparatoires à l'examen du PLFSS. Il n'y a donc plus d'obstacle à la généralisation du tiers payant.

M. le président. Sur l'amendement n^o 1069, je suis saisi par le groupe Socialistes et apparentés d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je vais vous dresser un panorama du déploiement du tiers payant, sachant que l'on retrouve sur tous les bancs le même intérêt pour favoriser l'accès aux soins de nos concitoyens. J'avais pris des engagements en ce sens, et je rappelle ceux sur le « 100 % santé », dispositif qui constitue une immense avancée. En outre, le Parlement a voté, l'année dernière, la complémentaire santé solidaire. Toutes ces mesures constituent une politique déterminée en faveur de l'accès aux soins des personnes qui ont le moins de moyens.

Le tiers payant fait partie de ce paquet. Il est évident que nous devons favoriser le tiers payant intégral : dans cette optique, nous menons une politique qui se veut opérationnelle, et non incantatoire. Nous avons beaucoup travaillé avec les organismes complémentaires, mais également avec les professionnels de santé pour qu'ils s'emparent des logiciels indispensables au tiers payant intégral. Il existe aujourd'hui un outil opérationnel, que les médecins peuvent utiliser et qui couvre 83 % des assurés – seules quelques mutuelles ne peuvent pas encore l'employer. Il faut que les éditeurs l'intègrent dans les logiciels métiers des professionnels de santé, ce que nous leur avons demandé de faire. Les choses avancent, mais l'outil n'est pas encore opérationnel dans tous les logiciels.

Sur l'ensemble des actes facturés, l'accessibilité au tiers payant intégral se situe à 50 % chez les généralistes, 44 % chez les spécialistes, 75 % chez les radiologues, 25 % chez les chirurgiens-dentistes – il reste là des progrès à faire –, 99 % chez les infirmiers – bravo à eux ! –, 82 % chez les kinésithérapeutes, 84 % chez les sages-femmes, 99,5 % chez les pharmaciens et 99,3 % dans les laboratoires. L'effort doit se poursuivre chez les médecins et les chirurgiens-dentistes. Nous travaillons avec ces professionnels pour développer l'accessibilité au tiers payant intégral. Entre l'année dernière et cette année, la progression a été de 5,8 %. Le problème est que les logiciels métiers doivent intégrer le nouveau dispositif pour qu'il soit utilisable chez l'ensemble des professionnels, ce qui n'est pas encore le cas. Les progrès sont néanmoins rapides, et l'intégration sera complète en 2020.

Monsieur Aviragnet, vous avez demandé le tiers payant intégral sur le « 100 % santé ». Je l'ai dit hier, si l'on veut que le « 100 % santé » rende le service que l'on attend de lui, il faut éviter l'avance de frais. Le tiers payant intégral doit être accessible. Nous travaillons de la même façon dans les secteurs de l'optique et de l'audioprothèse qu'avec les médecins et les dentistes, mais le processus y est bien plus avancé. Cette année, il faudra intensifier le travail avec les médecins et les chirurgiens-dentistes pour accomplir un bond en avant vers le tiers payant intégral.

Je suis défavorable à tous les amendements, parce que nous continuons à déployer le dispositif dans une dynamique d'échanges avec les professionnels.

M. le président. La parole est à M. Boris Vallaud.

M. Boris Vallaud. J'aimerais obtenir des éclaircissements sur ce que vous entendez par tiers payant intégral, tiers payant généralisé et tiers payant généralisable. De quoi parle-t-on ? Quel est le calendrier ?

Nous aspirons, vous l'avez compris, à ce qu'un tiers payant généralisé soit déployé le plus tôt possible.

M. le président. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Nous partageons bien entendu le souhait exprimé à l'instant par Boris Vallaud.

Les chiffres que vous nous donnez sont plutôt encourageants, madame la ministre. La date du 1^{er} janvier 2021 pour la mise en œuvre du tiers payant généralisé, que notre amendement fixe, semble atteignable. Notre proposition est une manière de vous aider dans votre tâche : que le législateur proclame aujourd'hui l'objectif d'un tiers payant généralisé au 1^{er} janvier 2021 serait un moyen de nous donner les moyens de déployer cette mesure, dans un délai d'un peu plus d'un an. Vos chiffres montrent que cela est possible : il est temps d'envoyer un beau et retentissant signal à la société, qui serait de nature à faire avancer les choses.

M. le président. La parole est à M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Je ne dirai pas autre chose. Je conçois que nous revenions sur ce sujet chaque année, et j'ai pris note que des négociations sont en cours. Je sais également que les médecins sont très fermement opposés – c'est connu – à la mise en place du tiers payant.

Madame la ministre, je vous fais entièrement confiance pour mener cette négociation, mais je vous saurais gré de ne pas me faire le coup chaque année sur l'air du « Attendons l'année prochaine ! ». Il faudra que nous y parvenions, faute de quoi le prochain gouvernement pourrait annuler cette mesure.

M. le président. La parole est à M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. J'aimerais compléter les propos tenus par Mme la ministre et par nos collègues. Si nous voulons avancer sur ce point, peut-être suffit-il d'inscrire dans la loi l'obligation, pour les éditeurs de logiciels, de prévoir l'option nécessaire.

Si une telle disposition est inscrite dans la loi, décliner et incrémenter les logiciels devient une obligation, sans surcoût pour les bénéficiaires de surcroît, ce qui permet d'avancer concrètement vers le petit manque à gagner qui subsiste. Si les chiffres sont très satisfaisants, un petit coup de pouce s'avère nécessaire.

J'avais d'ailleurs déposé un amendement, qui n'a pas passé les fourches de l'analyse, visant à obliger de la même façon – chacun sait ici que je suis très favorable au dossier médical partagé, le DMP – les éditeurs de logiciels à modifier ceux-ci afin que les comptes rendus des radiologues puissent être automatiquement transmis et versés au DMP. Son adoption aurait permis de communiquer à ce sujet, tout en obligeant les éditeurs de logiciels à modifier les dispositifs existants.

M. le président. La parole est à M. Julien Borowczyk.

M. Julien Borowczyk. Je voudrais m'assurer de l'absence de toute dichotomie dans le discours. On entend beaucoup dire qu'il faut aider les médecins à s'implanter et à travailler en les déchargeant de leurs tâches administratives.

J'ai du mal à admettre qu'on les accuse de ne pas accepter le tiers payant. Pour ma part, je le fais régulièrement, s'agissant de la couverture maladie universelle – CMU –, de l'aide au paiement d'une complémentaire santé – ACS – et de l'exonération pour affection de longue durée – ALD –, sans que cela pose problème. À l'heure actuelle, toutefois, sa généralisation n'est pas possible techniquement.

M. Joël Aviragnet. Ah ?

M. Julien Borowczyk. Oui. Mme la ministre a indiqué que nous sommes en train de mettre en place les logiciels nécessaires.

J'ai pris note des observations de M. Christophe : il est probablement nécessaire de fixer une limite – je suis prêt à l'admettre. Le seul problème, dans cette affaire, est le suivant : valider un tiers payant total sur le logiciel n'implique pas que le remboursement des soins soit effectif. Tous les professionnels de santé le disent : ils doivent ensuite vérifier les retours, ce qui suppose de lourdes démarches administratives.

Les Français, me semble-t-il, demandent avant tout d'avoir accès à des médecins. Nous y travaillons, dans le cadre de la stratégie Ma santé 2022. Telle est notre priorité, conformément à ce que demandent nos concitoyens au jour le jour.

Par ailleurs, si certains ont des problèmes en matière d'accès aux soins, peut-être est-ce surtout un problème d'accès au droit, à la résolution duquel nous travaillons également.

Mme Marie-Christine Dalloz. Pas d'obligation !

M. le président. La parole est à M. Bertrand Bouyx.

M. Bertrand Bouyx. J'aimerais rappeler la situation dans laquelle se trouvent les médecins. Il faut bien distinguer les groupes professionnels : tous n'ont pas les mêmes problèmes.

Prenons le cas des pharmaciens, qui pratiquent le tiers payant depuis plus de cinquante ans. À l'époque, nous devions recourir à la calculatrice pour déterminer le taux de remboursement de chaque médicament, puis décliner nos calculs selon les mutuelles.

Le tiers payant s'est progressivement imposé comme un supplément de service. Il faut laisser à chaque groupe professionnel le temps de s'organiser. Je ne doute pas que les médecins y viendront. Les problèmes qu'ils connaissent leur sont propres. Il en va de même des opticiens.

M. le président. La parole est à M. Benoit Potterie.

M. Benoit Potterie. J'estime que nous pouvons voter l'amendement n° 1070, relatif à la mise en place du tiers payant intégral pour le « 100 % santé » pour les soins d'optique, les audioprothèses et les soins dentaires. Les professionnels concernés sont prêts à passer au tiers payant généralisé. Peut-être le logiciel des médecins n'est-il pas prêt, mais ceux utilisés par ces trois spécialités le sont.

Lorsque l'adhérent d'une mutuelle désireux de bénéficier du « 100 % santé » se verra présenter un devis de 1 900 euros pour des prothèses auditives, il saura certes qu'il va être remboursé, mais il n'aura pas les moyens d'avancer l'argent. Pour cette raison, les patients auxquels nous nous adressons renonceront toujours aux soins. Au contraire, s'ils bénéficient du tiers payant intégral, ils pourront être soignés sans délai.

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Je conteste l'argument selon lequel les médecins veulent bien appliquer le tiers payant généralisé, mais ne le peuvent pas. D'autres professionnels de santé sont confrontés à des missions qu'il n'est pas possible de remplir, par exemple s'occuper de dix-huit résidents en trois heures le matin. Pourtant, nous le faisons.

Certaines tâches ne sont pas possibles, et on ne fait rien pour corriger cet état de fait. Il est un peu facile de se cacher derrière cet argument.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur général.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Je m'étais contenté d'indiquer que l'avis de la commission était défavorable, mais le débat a été lancé, comme chaque année à ce sujet – ce qui est tout à fait normal. Je rappelle que, lorsque la carte Vitale a été proposée aux médecins et qu'il était question de la rendre obligatoire, ils n'en ont pas voulu.

Certains l'ont adoptée, d'autres ont dit : « Nous ne savons pas comment fonctionne ce truc ; il n'est pas prêt, il n'est pas opérationnel ; trouvez une solution technique qui fonctionne, et nous l'adopterons ». À l'heure actuelle, plus de 95 % des médecins l'utilisent – et comme ce chiffre date de quatre ou cinq ans, nous devons être aujourd'hui à la limite de 100 % –, sans qu'il ait été nécessaire de prévoir une obligation. Lorsqu'un tel dispositif est opérationnel, il représente un avantage pour le médecin.

Vous êtes médecin, installé en ville, et votre patient vous tend sa carte Vitale : il n'est plus nécessaire d'encaisser son règlement, de calculer la part complémentaire ni de savoir si la mutuelle et la Caisse nationale d'assurance maladie paieront ou non, et il n'est plus non plus nécessaire d'entreposer dans un tiroir les chèques laissés par les patients n'ayant pas les moyens d'avancer les frais, ni de les déposer en liasses à la banque. Toutes ces difficultés disparaissent.

M. Pierre Dharréville. Les amendements ne sont pas dirigés contre les médecins !

M. Olivier Véran, rapporteur général. Vous êtes médecin libéral, exerçant en cabinet ; vous êtes sous l'eau du matin au soir, recevant cinquante ou soixante patients dans la journée : si on vous propose un dispositif permettant de simplifier vos tâches administratives et de garantir que vous serez payé, il est probable que vous l'adoptiez. Dès que les solutions techniques seront opérationnelles – elles le seront prochainement –, les médecins demanderont d'eux-mêmes la généralisation du tiers payant et l'adopteront. Je maintiens l'avis défavorable. (*M. Julien Borowczyk applaudit.*)

(*Les amendements n° 959, 1337 et 1068, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1069.

(*Il est procédé au scrutin.*)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	47
Nombre de suffrages exprimés	43
Majorité absolue	22
Pour l'adoption	10
contre	33

(*L'amendement n° 1069 n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1070.

(*Il est procédé au scrutin.*)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	47
Nombre de suffrages exprimés	42
Majorité absolue	22
Pour l'adoption	9
contre	33

(L'amendement n° 1070 n'est pas adopté.)

M. le président. Les amendements n°s 1067 et 1066 peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Joël Aviragnet, pour les soutenir.

M. Joël Aviragnet. Ils portent également sur la généralisation du tiers payant, en l'espèce dans les maisons de santé et les centres de santé. J'aimerais réagir aux propos tenus précédemment, notamment par M. le rapporteur général, au sujet des médecins. Il est tout de même extraordinaire que le tiers payant pose des problèmes à certains médecins et non à tous !

M. Julien Borowczyk. C'est pourtant le cas !

M. Joël Aviragnet. Notre collègue Borowczyk, qui est médecin, a indiqué qu'il n'avait aucun problème technique et qu'il le pratiquait.

M. Julien Borowczyk. Ce n'est pas ce que j'ai dit !

M. Joël Aviragnet. Il y a là une anomalie. De même, le tiers payant fonctionne pour les pharmaciens. Qui veut noyer son chien l'accuse de la rage – voilà bien ce dont il s'agit !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis défavorable. S'agissant des centres de santé, les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire – soit 10 millions de Français – bénéficient du tiers payant, ainsi que les femmes enceintes et les patients souffrant d'une affection de longue durée. Le tiers payant couvre donc une part importante de la population.

M. Joël Aviragnet. Nous pouvons donc adopter les amendements !

(Les amendements n°s 1067 et 1066, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 1960.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il vise à élargir les possibilités de vaccination, en permettant la prise en charge, par l'assurance maladie obligatoire et pour la part obligatoire, de certains vaccins, s'ils sont administrés dans des centres de vaccinations internationales. Pour l'heure, les seuls vaccins pris en charge par l'assurance maladie sont ceux inscrits au calendrier vaccinal, uniquement s'ils sont délivrés par une pharmacie d'officine, un centre de vaccination gratuit ou un centre de protection maternelle et infantile.

L'amendement vise à permettre, à l'occasion de la vaccination d'un voyageur par les professionnels de santé des centres de vaccinations internationales, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour la part obligatoire, des vaccins remboursables du calendrier vaccinal.

(L'amendement n° 1960, accepté par la commission, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n°s 1606, 1540 et 1622, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 1540 et 1622 sont identiques.

La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir l'amendement n° 1606.

M. Paul Christophe. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Benoit Potterie, pour soutenir l'amendement n° 1540.

M. Benoit Potterie. Il vise à encadrer la pratique du remboursement différencié. Mes chers collègues, vous semble-t-il normal que deux adhérents d'une même complémentaire santé, versant les mêmes cotisations, ne soient pas remboursés à l'identique s'ils consultent un professionnel de santé de leur choix ?

La différence peut aller du simple au triple. Or les professionnels de santé de certains territoires ne sont pas référencés par les réseaux mutualistes. Il en résulte une grande inégalité territoriale, qui met à mal le principe de libre choix de son professionnel de santé. C'est pourquoi le présent amendement vise à encadrer cette pratique, en vue de rétablir l'égalité des Français en la matière.

M. le président. L'amendement n° 1622 de Mme Agnès Firmin Le Bodo est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Avis défavorable. Un rapport de l'inspection générale des affaires sociales – IGAS – publié en 2017 démontre que la pratique du remboursement différencié est minoritaire au sein des réseaux de soins. Il existe des garde-fous. Si le remboursement des patients empruntant le parcours de soins est bonifié, celui des autres ne fait l'objet d'aucun malus.

En outre, les assurés sociaux conservent la liberté de ne pas recourir aux réseaux de soins. La mission de l'IGAS n'a identifié aucune corrélation entre la différenciation du taux de remboursement des soins et le taux de recours aux réseaux de soins par les assurés. Il n'existe pas de réseau fermé.

Une proposition de loi, dite « proposition de loi Le Roux », a été déposée à l'orée de la précédente législature. Elle visait à autoriser certains réseaux de soins à verser des remboursements différenciés – historiquement, cette pratique était confinée aux assurances privées. Elle a été censurée par le Conseil constitutionnel s'agissant des réseaux mutualistes.

L'extension de cette disposition propre aux assurances privées aux assurances mutualistes avait fait l'objet de nombreux débats au Parlement. Nous avons prévu plusieurs garde-fous pour éviter que les patients ne soient piégés ou trop orientés, ou que le remboursement différencié des soins ne tourne à leur désavantage. Pour moi, les amendements sont satisfaits. Retrait ou avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

(L'amendement n° 1606 n'est pas adopté.)

(Les amendements identiques n°s 1540 et 1622 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Josiane Corneloup, pour soutenir l'amendement n° 661.

Mme Josiane Corneloup. Les conventions nationales conclues entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie – UNCAM – et les médecins peuvent prévoir des aides aux professionnels pour l'utilisation ou l'acquisition d'un logiciel d'aide à la prescription.

L'amendement prévoit, par le biais d'une expérimentation d'une durée de trois ans, d'élargir la possibilité – sans en faire une obligation –, pour les médecins, de bénéficier d'aides pour l'utilisation et l'acquisition des technologies d'assistance à la prévention ou d'assistance diagnostique ou thérapeutique, dans des conditions définies par la Haute autorité de santé.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Demande de retrait ou avis défavorable. L'amendement est satisfait par l'article 55 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, qui prévoit la remise au Parlement, au plus tard le 31 décembre de l'année 2019, d'un « rapport détaillant les enjeux et les modalités des évaluations des logiciels destinés à fournir des informations utilisées à des fins diagnostiques et d'aide aux choix thérapeutiques ». En outre, il habilite le Gouvernement à légiférer par ordonnances sur ce point, dans les six mois suivant la remise du rapport.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à Mme Véronique Louwagie.

Mme Véronique Louwagie. Nous avons pris note de la réponse de M. le rapporteur général et retirons cet amendement, dont notre collègue Jean-Carles Grelier est le premier signataire.

(L'amendement n° 661 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 784 et 934.

La parole est à M. le rapporteur général, pour soutenir l'amendement n° 784.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Cet amendement a été adopté par la commission ; il propose d'expérimenter la prise en charge du vaccin contre le papillomavirus humain. Mais un détail avait échappé à ma vigilance : nous avons déjà adopté cet amendement l'année dernière. *(Sourires.)*

M. le président. La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir l'amendement n° 934.

M. Paul Christophe. En raison des explications du rapporteur général, je retire l'amendement.

(L'amendement n° 934 est retiré.)

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. En effet, cette proposition est satisfaite.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur général.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Par cohérence avec moi-même, je retire l'amendement.

(L'amendement n° 784 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n°s 932 et 935, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Paul Christophe, pour les soutenir.

M. Paul Christophe. Ces deux amendements visent à nous faire réfléchir à la généralisation de la vaccination, et donc à l'élargissement du remboursement. Afin d'en évaluer les risques, les coûts et les avantages, ma collègue Agnès Firmin Le Bodo, première signataire, propose d'expérimenter dans une ou plusieurs régions la prise en charge du vaccin contre la grippe – c'est l'amendement n° 932 – et contre les méningites bactériennes – c'est l'amendement n° 935.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. De telles expérimentations relèvent de la HAS. Demande de retrait.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Sur la vaccination, monsieur le député, faites-moi confiance : tout ce que nous pourrons faire, nous le ferons. La HAS a été saisie. Je vous propose de retirer ces amendements.

M. le président. La parole est à M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Comme souvent, je choisis de vous faire confiance, madame la ministre, et je retire ces amendements.

(Les amendements n°s 932 et 935 sont retirés.)

M. le président. La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir l'amendement n° 1125.

M. Paul Christophe. Il est retiré.

(L'amendement n° 1125 est retiré.)

M. le président. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2**ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE**

M. le président. Prochaine séance, cet après-midi, à quinze heures :

Suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

La séance est levée.

(La séance est levée à treize heures cinq.)

*Le Directeur du service du compte rendu de
la séance de l'Assemblée nationale*

SERGE EZDRA