

**VENDREDI 17 NOVEMBRE 2017**

**Financement de la sécurité sociale pour 2018 (*Suite*)**

## SOMMAIRE

<b>INSCRIPTION À L'ORDRE DU JOUR.....</b>	<b>1</b>
<b>FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2018 (Suite).....</b>	<b>1</b>
<b><i>Discussion des articles de la quatrième partie (Suite)</i></b>	<b>1</b>
ARTICLES ADDITIONNELS APRÈS L'ARTICLE 35	1
ARTICLE 35 <i>BIS</i>	9
ARTICLE 36	9
M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales	9
ARTICLES ADDITIONNELS	13
ARTICLE 37	16
ARTICLE ADDITIONNEL	17
ARTICLE 38	18
ARTICLES ADDITIONNELS	19
ARTICLE 39	20
ARTICLES ADDITIONNELS	21
ARTICLE 40	22
ARTICLES ADDITIONNELS	24
ARTICLE 41	26
ARTICLE 42	27
ARTICLES ADDITIONNELS	28
ARTICLE 43	29
ARTICLES ADDITIONNELS	29
ARTICLE 44	31
ARTICLES ADDITIONNELS	32
ARTICLE 44 <i>BIS</i>	32
Mme Corinne Féret	32
M. Martin Lévrier	32
ARTICLE ADDITIONNEL	34
ARTICLE 44 <i>TER</i>	35
ARTICLE ADDITIONNEL	35
ARTICLE 47	36
Mme Catherine Deroche, rapporteure	36
ARTICLES ADDITIONNELS	36
ARTICLE 48	37
ARTICLES ADDITIONNELS	37
ARTICLE 49	39
ARTICLE ADDITIONNEL	39
ARTICLE 50	40
M. Philippe Mouiller	40

ARTICLES ADDITIONNELS	42
ARTICLE 50 <i>BIS</i>	44
ARTICLES ADDITIONNELS	44
ARTICLE 51	46
Mme Laurence Cohen	46
ARTICLE ADDITIONNEL	47
ARTICLE 53	47
M. Dominique Watrin	47
ARTICLE 54	47
ARTICLE ADDITIONNEL	48
ARTICLE 57	49
ARTICLES ADDITIONNELS	50
<b>ANNEXES.....</b>	<b>53</b>
<i>Ordre du jour du mardi 21 novembre 2017</i>	<b>53</b>
<i>Analyse des scrutins publics</i>	<b>53</b>

## SÉANCE du vendredi 17 novembre 2017

19<sup>e</sup> séance de la session ordinaire 2017-2018

PRÉSIDENCE DE M. DAVID ASSOULINE,  
VICE-PRÉSIDENT

SECRÉTAIRES :  
M. ÉRIC BOCQUET, M. GUY-DOMINIQUE KENNEL.

*La séance est ouverte à 9 h 40.*

*Le procès-verbal de la précédente séance, constitué par le compte rendu analytique, est adopté sous les réserves d'usage.*

### Inscription à l'ordre du jour

**M. le président.** – Par lettre en date du mercredi 15 novembre 2017, M. Jean Bizet, président de la commission des affaires européennes, a demandé l'inscription à l'ordre du jour d'un débat préalable au Conseil européen des 14 et 15 décembre 2017. Ce débat pourrait être inscrit à l'ordre du jour du mardi 12 décembre 2017 à l'issue du scrutin public à la tribune sur l'ensemble du projet de loi de finances pour 2017.

*Il en est ainsi décidé.*

### Financement de la sécurité sociale pour 2018 (Suite)

**M. le président.** – L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale, adopté par l'Assemblée nationale, pour 2018.

Discussion des articles de la quatrième partie  
(Suite)

### ARTICLES ADDITIONNELS APRÈS L'ARTICLE 35

**M. le président.** – Amendement n°14 rectifié *quinquies*, présenté par M. Dériot, Mmes Imbert et Berthet, MM. Savary, Morisset, Chaize, Gilles, Bonhomme et Pillet, Mme Garriaud-Maylam, M. D. Laurent, Mme Primas, M. Cardoux, Mme Procaccia, MM. Dallier, Saury, Revet et Bonne, Mme Morhet-Richaud, M. Cornu, Mme Troendlé, M. Mouiller, Mme M. Mercier, M. Leroux, Mme F. Gerbaud, MM. Dufaut et Kennel, Mme Micouleau, M. Longuet, Mme Lassarade, MM. B. Fournier, Pellevat, Lefèvre, Raison, Perrin et

Bazin, Mmes Giudicelli, Lamure et Deromedi, MM. Paul, Paccaud, Cambon, Huré, Chatillon, Darnaud, Daubresse, Laménie, Mandelli, Le Gleut, Buffet et Milon, Mme Bonfanti-Dossat et M. Husson.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1111-23 du code de la santé publique, après les mots : « usage intérieur », sont insérés les mots : « et les pharmaciens biologistes ».

**M. Gérard Dériot.** – Le dossier pharmaceutique (DP) est un dossier électronique partagé contenant des informations sur les médicaments (PMF et PMO) dispensés au patient au cours des quatre derniers mois dans l'ensemble des pharmacies françaises, en ville comme à l'hôpital. Il permet aux pharmaciens de détecter d'éventuels surdosages ou contre-indications.

Ces informations seraient utiles aux pharmaciens biologistes car les traitements pris par les patients peuvent influencer les résultats des examens de biologie médicale et impacter l'expertise du biologiste. Par exemple, lorsqu'un patient traité sous Anti-vitamine-K, un anticoagulant, vient tester son INR (test biologiste), le biologiste a besoin de savoir quel médicament et quel dosage a été prescrit au patient pour alerter le patient et le prescripteur afin que ce dernier ajuste la prescription. De plus, la connaissance des médicaments pris par les patients est indispensable car certains médicaments interfèrent avec les méthodes de dosage en biologie médicale comme pour la biotine, objet d'une alerte récente de l'ANSM.

Par ailleurs, l'ensemble des médecins des établissements de santé ont aujourd'hui accès au DP. Les médecins biologistes des établissements de santé ont donc accès à ces données, à l'inverse des pharmaciens biologistes de ces mêmes établissements - 80 % des biologistes en France.

**Mme Catherine Deroche**, rapporteure de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie. – C'est tout à fait pertinent pour la qualité des soins. Avis favorable.

**Mme Agnès Buzyn**, ministre des solidarités et de la santé. – Avis favorable.

*L'amendement n°14 rectifié quinquies est adopté et devient un article additionnel.*

**M. le président.** – Amendement n°496 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6... – Dans un délai de trois mois à compter de la délivrance de leur diplôme d'État de docteur de médecine, les médecins désireux d'exercer leurs fonctions à titre libéral en font la déclaration auprès de l'agence régionale de santé de la région dans laquelle ils souhaitent exercer. Ils doivent s'installer pour une durée au moins égale à deux ans dans un territoire où l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population.

« Le premier alinéa s'applique également aux médecins titulaires des titres de formation mentionnés à l'article L. 4131-1 et à ceux mentionnés à l'article L. 4131-1-1, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. »

**M. Dominique Watrin.** – Nous avons bien lu le plan que le Gouvernement présente pour « renforcer l'accès territorial aux soins » : aides supplémentaires à l'installation, cumul emploi-retraite, pratiques mixtes... rien de nouveau dans ces mesures, qui relèvent de l'incitation conduite depuis de nombreuses années et qui a malheureusement échoué. Il y aura une évaluation, c'est une bonne chose, mais les statistiques disponibles paraissent confirmer l'analyse du géographe Emmanuel Vigneron : la métropolisation a creusé les fractures territoriales, aggravant la désertification médicale.

Dans le Pas-de-Calais, département à la fois très rural et très urbain, il manque quelque deux cents généralistes et mille spécialistes pour atteindre la densité nationale moyenne, alors que la mortalité évitable bat tous les records. Si dans le Nord, la métropole lilloise connaît une densité médicale supérieure à la moyenne, du fait de l'attractivité du CHRU, dans le Pas-de-Calais, nous n'avons pas un seul CHU, pour une population de 1,5 million d'habitants. La densité médicale est deux fois moindre que la moyenne nationale dans des pans entiers du département, mais les services ferment. Dans le bassin minier, particulièrement touché par les maladies respiratoires, le service de pneumologie de l'hôpital de Lens vient de fermer, même chose à Béthune avec le service de cardiologie, ou encore le centre de santé d'Auchel, qui a compté une quinzaine de spécialités - les efforts des élus pour obtenir de l'ARS des moyens de dépistage de la rétinopathie diabétique, ou encore deux fauteuils dentaires, n'ont pas donné de résultat, aucun spécialiste ne s'étant présenté.

L'incitation ayant échoué, nous proposons, à l'instar de ce qui se fait dans l'Éducation nationale, d'obliger les jeunes médecins qui s'installent, à le faire pour deux ans dans un territoire sous-doté.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Avis défavorable. Cela ne renforcera pas l'attractivité de l'exercice libéral.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – La coercition ne présente guère d'intérêt quand la démographie médicale est trop faible, et qu'il n'y a, en fait, quasiment pas de zone surdotée. La situation est très

différente de celle des infirmières ou des kinésithérapeutes, où la forte démographie dans ces métiers a rendu la coercition utile. La coercition pour les médecins risquerait de décourager des candidats à ces formations, ou encore à faire préférer du salariat à l'exercice en libéral dans des zones sous-dotées.

Plutôt que de tout miser sur l'installation, nous avons fait le choix de réorganiser l'offre de soins, avec davantage de temps médical projeté depuis les hôpitaux de proximité, les centres de santé, les maisons médicalisées, vers les territoires sous-dotés. Nous mettons en place le principe de responsabilité territoriale, orchestré par l'ARS, avec toutes les ressources du territoire et des outils nouveaux : revalorisation de la consultation, postes partagés, stages auprès de libéraux en zones sous-dotées. Ces mesures s'ajoutent aux quelque 1 795 contrats de service public signés par de jeunes médecins qui, bénéficiaires d'une bourse pendant leurs études, se sont engagés à exercer en zone sous-dotée.

Même si nous partageons le constat, avis défavorable.

**Mme Nathalie Goulet.** – Nous attendons bien sûr d'un plan intelligent du Gouvernement qu'il donne de l'initiative aux territoires et permette des expérimentations. Cependant, je soutiendrai par principe cet amendement, quoique les mesures contraignantes ne soient pas efficaces. Essayons-les ! Nous les avons votées dans la loi Bachelot avant qu'une disposition UMP ne revienne dessus.

**M. Michel Amiel.** – Le mode d'exercice de la profession tel que je l'ai connu pendant trente-cinq ans n'existe plus. La démographie médicale est défavorable et s'aggravera jusqu'en 2025.

Les mesures coercitives peuvent aggraver les choses, alors que l'exercice de la médecine est déjà difficile. On va décourager encore plus les jeunes ! (Mme Catherine Deroche, rapporteure, et M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales, le confirment.)

L'ouverture du *numerus clausus* n'est pas la panacée. Les universités peuvent accueillir un peu plus d'étudiants mais pas massivement !

Oui à un nouveau paradigme : la télémédecine, des expérimentations, le changement du mode de rémunérations - le paiement à l'acte n'emporte plus les suffrages, les médecins veulent des horaires normaux de travail... Le Gouvernement fait des propositions novatrices, évaluons-les d'ici trois ans. Je suis très défavorable aux normes coercitives.

**Mme Laurence Cohen.** – Ces mesures incitatives sont intéressantes mais le remède est multifactoriel. Le groupe CRCE est favorable à la suppression du *numerus clausus*, compte tenu de la gravité de la situation. Arrêtons d'opposer hôpital et ville, mais arrêtez aussi de fermer des lits, Madame la Ministre !

Avec M. Watrin et Mme David, nous avons fait une étude sur nos trois départements : Isère, Pas-de-Calais et Val-de-Marne et avons rencontré tout le personnel médical : l'idée de mesures coercitives n'a pas provoqué de tollé ni chez les médecins hospitaliers, ni chez les médecins de ville ; désormais, chacun est conscient de la gravité de la situation. Mais c'est un tout : un médecin n'ira pas s'installer dans un endroit sans service public, écoles, etc. C'est un enjeu de revitalisation des territoires.

**M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.** – Régulièrement, on entend que les étudiants en médecine coûtent cher. Pas plus que les étudiants en lettres ou en droit ! Arrêtons de stigmatiser cette formation. Les étudiants en médecine travaillent dans les hôpitaux sans être rémunérés. (*M. Michel Amiel le confirme.*) Devenus médecins, ils doivent être encadrés et en contact direct avec le patient, leur patron et les « sachants », mais cela suppose de ne pas ouvrir trop largement le *numerus clausus* - car ils n'auront alors plus accès à ces « sachants ».

La coercition n'a jamais marché, souvenez-vous de la prohibition !

**M. Dominique Watrin.** – Nous avons lu votre plan d'accès, Madame la Ministre, la notion de changement de paradigme fait débat, l'évaluation sera une bonne chose.

Vous craignez une fuite vers le salariat, mais est-ce un problème ? Je ne le crois pas, des jeunes médecins y aspirent et c'est aussi à l'État de s'engager contre la désertification médicale, en investissant dans des centres de santé, dans des structures où les jeunes médecins qui le souhaitent, pourront exercer en salariés.

La réalité, c'est qu'on paie des années de *numerus clausus* serré pour cause d'économies ; on aura beau augmenter le nombre de places en CHU, mais sans médecin, ça ne marchera pas - et pire encore pour les territoires où, comme dans le Pas-de-Calais, il n'y a pas de CHU...

Vous souhaitez combattre les inégalités territoriales, je vous demanderai un rendez-vous avec les élus de mon département.

**M. Jean-Louis Tourenne.** – Je suis interloqué. Quand on évoque la moindre coercition pour les médecins, il y a une levée de boucliers ! Voyez ce qu'on demande aux professeurs... Ce n'est pas les stigmatiser que de constater le coût des études de médecine...

**M. Daniel Chasseing.** – Sur le fond, je suis favorable à cet amendement mais la coercition n'est pas la solution et je ne le voterai donc pas. Les élus sont désespérés : sans médecin, c'est la désertification !

J'espère que vos solutions nouvelles, Madame la Ministre, avec les emplois partagés, le salariat,

permettront de trouver une solution. Mais il faut aller plus loin : le *numerus clausus* doit être augmenté. Un internat par faculté devrait être organisé avec des maîtres de stage mieux rémunérés et un stage de six mois devrait être prévu chez un praticien de ville, comme à l'hôpital.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Les professeurs sont des fonctionnaires, pas les médecins ! On peut en débattre... Mais l'obligation d'installation n'est guère raisonnable.

*L'amendement n°496 rectifié n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°207 rectifié *quater*, présenté par M. Marie, Mmes Blondin et Bonnefoy, MM. Cabanel et Durain, Mme Espagnac, MM. Houllégatte, Iacovelli et Lalande, Mmes Lienemann, Meunier, Monier, Rossignol et Tocqueville et MM. Courteau, Carcenac, Montaugé et Duran.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6-... – Dans les zones définies par les agences régionales de santé en concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins au plan national, dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins, le conventionnement à l'assurance maladie d'un médecin libéral ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans la même zone. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »

**Mme Michelle Meunier.** – Nous allons dans le même sens, avec une méthode moins coercitive : nous étendons aux médecins libéraux le mécanisme de régulation à l'installation qui existe pour plusieurs autres professionnels de santé - infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes...

Dans des zones définies par les ARS en concertation avec les syndicats médicaux, un nouveau médecin libéral ne pourrait s'installer en étant conventionné à l'assurance maladie que lorsqu'un médecin libéral de la même zone cesserait son activité. Le principe de la liberté d'installation demeure donc, mais le conventionnement n'est possible que de manière sélective pour les nouvelles installations.

*L'amendement identique n°310 rectifié sexies n'est pas défendu.*

**M. le président.** – Amendement identique n°421 rectifié *bis*, présenté par M. Antiste et Mmes Conconne, Jasmin et Lepage.

**M. Maurice Antiste.** – L'adoption d'un tel principe de conventionnement sélectif des médecins libéraux permettrait de compléter utilement les dispositifs d'incitation à l'installation dans les zones sous-dotées. En matière de lutte contre les déserts médicaux, il est

urgent de mobiliser l'ensemble des solutions possibles.

**M. le président.** – Amendement identique n°560 rectifié, présenté par MM. Raison, Perrin et Dallier, Mme Morhet-Richaud, M. Reichardt, Mme Bruguère, MM. Paul, Mayet, Pillot et Houpert, Mmes M. Mercier et Deromedi, MM. Courtial, Grosdidier, de Legge, Huré, Gilles et Joyandet, Mme Micouleau, M. Vaspert, Mme Gruny, M. Groperrin, Mme Procaccia, M. Chaize, Mmes Malet et Lassarade, MM. Brisson, Genest, Charon et Mandelli, Mmes Deseyne, Imbert, Garriaud-Maylam, F. Gerbaud, Bories et Lopez, M. Paccaud, Mmes Bonfanti-Dossat et Lamure et MM. Laménie, Poniatowski, Dufaut, Pointereau, Pellevat, B. Fournier, Cuypers, Pierre, Gremillet, Revet et D. Laurent.

**M. Michel Vaspert.** – La désertification médicale s'aggrave. Selon le rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2017, « la concentration géographique tend à s'accroître et les écarts de densité médicale sont considérables. Des départements entiers sont « désertés » par certains spécialistes ».

La Cour préconise l'instauration d'un conventionnement sélectif des spécialistes. Cet amendement en propose la mise en œuvre.

**M. le président.** – Amendement n°208 rectifié *ter*, présenté par M. Marie, Mmes Blondin et Bonnefoy, MM. Cabanel, Durain, Houllegatte, Iacovelli et Lalande, Mmes Lienemann, Meunier, Monier et Rossignol, M. Tissot, Mme Tocqueville, MM. Courteau, Carcenac et Duran et Mme Grelet-Certenais.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article 44

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – À titre expérimental et pour une durée de trois ans, dans des zones définies par les agences régionales de santé, en lien avec les conseils territoriaux de santé mentionnés à l'article L. 1434-10 du code de la santé publique et en concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins au plan national, le conventionnement à l'assurance maladie d'un médecin libéral peut être limité aux seuls cas où ce conventionnement intervient en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin.

II. – Les modalités d'application de l'expérimentation sont définies par décret en Conseil d'État.

III. – Au plus tard six mois avant la fin de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un bilan de cette expérimentation, qui porte notamment sur l'opportunité de la généralisation du dispositif.

**Mme Michelle Meunier.** – Nous avons un amendement de repli car nous voulons être source de propositions.

Cet amendement reprend les mêmes dispositions, mais en lui donnant une dimension expérimentale, pour trois ans, avec une évaluation au plus tard six mois avant la fin des trois ans.

**M. le président.** – Amendement n°391 rectifié *bis*, présenté par MM. Maurey, Kern, Mayet, Lefèvre, Chatillon et Ginesta, Mme Bruguère, MM. Courtial, Vaspert, Lafon, de Nicolaÿ et Luche, Mmes Joissains et Loïsier, M. Détraigne, Mme Micouleau, MM. Huré, L. Hervé et Laugier, Mme Vullien, MM. Médevielle et Janssens, Mme Sollogoub, MM. Cornu et Mandelli, Mmes Lopez et de la Provôté, M. B. Fournier, Mmes Bonfanti-Dossat et Gatel, M. Daubresse, Mme Troendlé, MM. Pellevat, Paccaud, Canevet, Delcros, Cuypers, Chasseing, Moga, Bignon et Revet et Mme Berthet.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6-... – À titre expérimental et pour une durée de trois ans, dans les zones, définies par les agences régionales de santé en concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins au plan national, dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins, le conventionnement à l'assurance maladie d'un médecin libéral ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans la même zone.

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application de l'expérimentation.

« Au plus tard six mois avant la fin de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un bilan de cette expérimentation, qui porte notamment sur l'opportunité de la généralisation du dispositif. »

**M. Loïc Hervé.** – Cet amendement prévoit qu'une expérimentation de conventionnement sélectif puisse être menée sur une période de trois ans dans les zones dites « sur-dotées », dans lesquelles existe un fort excédent en matière d'offre de soins.

La fracture sanitaire ne cesse de s'aggraver. Les politiques incitatives mises en place depuis vingt-cinq ans ont montré leurs limites. Les mesures proposées récemment par le Gouvernement pour lutter contre les déserts médicaux ne prennent pas toute la mesure du problème qui touche nos territoires. Allons au-delà.

Cet amendement propose que dans les zones « sur-dotées », définies par les agences régionales de santé en concertation avec les organisations représentatives des médecins, un nouveau médecin libéral ne puisse s'installer en étant conventionné à l'assurance maladie que lorsqu'un médecin libéral de la même zone cesse son activité.

Le principe de la liberté d'installation demeure, mais le conventionnement n'est possible que de manière sélective pour les nouvelles installations.

Ce système de régulation reposant sur le conventionnement sélectif existe déjà pour la plupart des professions de santé et a largement fait preuve de son efficacité.

En choisissant l'expérimentation, cet amendement permettra d'évaluer sa pertinence avant d'envisager sa pérennisation.

Six mois avant la fin de l'expérimentation, le Gouvernement devra remettre un rapport au Parlement afin d'évaluer son impact.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Avis défavorable sur l'ensemble des amendements. Lors du débat de la loi Hôpital, santé et territoires, notre commission refusait le conventionnement sélectif rejeté par les médecins.

Le rapport de nos collègues Cardoux et Daudigny avance des propositions mais confirme notre position. Sans l'assentiment des professionnels, toute coercition serait contre-productive. Le principe d'une installation pour un départ ne garantit pas le rééquilibrage. (*Mme la Ministre le confirme.*)

Le conventionnement sélectif avait été mis en place pour les infirmiers mais dans un contexte très différent, car ils étaient en surnombre - et il a donné lieu à des contournements. L'impact sur les zones sous-dotées est très marginal. C'est aussi l'enseignement qu'en ont tiré nos voisins allemands, comme le souligne le rapport de MM. Cardoux et Daudigny.

L'accès aux soins est évidemment notre objectif, nous en sommes tous d'accord. En Maine-et-Loire, une enquête a montré que l'accès aux soins est la deuxième préoccupation des habitants, après l'accès au numérique. Certaines zones rurales s'organisent. En Mayenne, un pôle santé a pu être monté en zone hyper-rurale, avec un vrai projet de santé pour le territoire - alors qu'au Mans, qui n'est pas une localité perdue, on ne parvient pas à trouver de médecin scolaire.

Il n'y a pas de solution miracle. Une multitude de mesures envisagées permettra de résoudre ces problèmes. Attention également à ne pas créer des coquilles vides : une maison de santé, ce n'est pas seulement des murs, c'est une façon de travailler en se coordonnant.

Il faut donner le goût aux étudiants de venir dans la ruralité, les préparer à des exercices pluridisciplinaires, les intégrer à des projets de santé en soins primaires. C'est la conjonction de plusieurs outils qui incitera les étudiants à venir dans les territoires sous-dotés. Le territoire doit être aussi suffisamment accueillant pour la famille du médecin, il faut créer une dynamique nouvelle, les élus y ont toute leur part. Je comprends l'idée d'obligation, les maires nous demandent de l'instaurer, mais il faut tenir compte de la démographie

médicale, des aspirations des jeunes médecins, et notre action est plutôt du côté de l'attractivité du territoire. Qui plus est, bien malin qui pourra dire où sont les zones sur-denses ?

L'obligation est une fausse bonne idée, avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Mme la Rapporteuse a tout dit. Le Sénat représente les territoires, j'ai une question à poser à chacun de vous : qui considère qu'il est dans une zone sur-dotée ? Qu'il lève la main ? (*Aucune main ne se lève.*) Il n'y a pas de zones sur-dotées !

**Une voix.** – Paris ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même Paris n'est pas une zone sur-dotée : il faut six mois pour obtenir un rendez-vous en ophtalmologie ! Avis défavorable.

**M. René-Paul Savary.** – Je partage l'avis de la ministre. Pour encourager les médecins à faire de la médecine générale, ne les contrainsons pas ! Les choses s'améliorent, et s'amélioreront avec plus de souplesse. S'il fallait contraindre, il faudrait le signaler aux étudiants qui se forment, et comme il faut dix ans pour former un médecin, la contrainte n'aurait pas d'effet avant. En tout état de cause, il faut augmenter le *numerus clausus* - si nous l'avions fait il y a dix ans, nous aurions moins de problèmes aujourd'hui.

En cas de liberté complète, seuls les bons médecins trouveront leur clientèle. On ne force pas les ingénieurs ou les docteurs en sciences humaines à s'installer ! Nos collègues feraient mieux de retirer ces amendements.

**M. Philippe Mouiller.** – Dans ma commune, nous avons mis en place une maison de santé avec quatre jeunes médecins, alors que ce n'était pas évident. Il faut établir un lien privilégié avec l'hôpital de proximité. En réalité, nous avons beaucoup travaillé sur l'attractivité du territoire, les services publics, les enfants, les conjoints... Dans ce dialogue, ce sont ces arguments et l'énergie collective qui ont fait basculer le choix des médecins dans des territoires qui a priori avaient peu d'atouts.

**Mme Laurence Cohen.** – Nous cherchons tous des solutions. Tous les secteurs connaissent des déserts médicaux même Paris et l'Île-de-France !

Je m'étonne qu'on puisse penser au déconventionnement comme un levier, car ce serait le patient qui en subirait les conséquences.

**Mme Patricia Schillinger.** – J'ai apprécié le discours de la ministre. Ce qui compte, ce sont les lieux, leur attractivité. Dans ma commune, trois médecins sont venus s'installer... d'une commune voisine pourtant plus peuplée : en s'installant chez nous, ils ont conservé leur clientèle.

Un autre problème, dont on ne parle guère, c'est que les médecins ne se parlent pas, ne se coordonnent en rien, alors qu'ils ont un devoir de



s'organiser. Trouvons un référent pour les mettre en lien, au-delà des querelles d'ego.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe**, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. – Depuis des années, j'entends toutes ces excellentes idées nécessaires mais qui marchent plus ou moins bien selon les départements. Je me permets de le suggérer à Mme la ministre : dans chaque ARS, il faut avoir une personne chargée des déserts médicaux, qui ferait du management de projet - c'est ce qu'on fait dans les entreprises face à un problème d'envergure. Personne ne peut résoudre le problème tout seul, ce référent épaulerait le maire et contribuerait à animer le territoire.

**M. Michel Vaspert**. – Une centaine de sénateurs ayant signé ces amendements, je ne saurais retirer le mien.

Les médecins ne s'opposent pas à l'idée d'empêcher de nouvelles installations dans les zones sur-dotées, je le sais... comme époux d'une médecin. Et tout le monde sait qu'il y a des secteurs sur-dotés, même si personne d'entre nous n'a levé la main.

**M. Pierre Ouzoulias**. – En tant qu'enseignant, je crois que des rapprochements sont possibles entre université et médecine. Nous manquons d'enseignants à tous les niveaux et le Gouvernement, avec une sélection qui ne dit pas son nom, va introduire du *numerus clausus*. En première année de médecine, un taux de 90 % d'échec ne pose pas de problème, alors que 60 % en licence semble un scandale. Pourquoi gérer la pénurie par des méthodes malthusiennes ?

**M. Daniel Chasseing**. – Je suis signataire de l'un de ces amendements, mais je suis d'accord avec Mme Deroche, MM. Savary et Mouiller. Cependant, la contrainte que nous introduisons n'est pas considérable... Les ARS définissent des zones bien précises, qui sont expérimentales.

**M. Alain Milon**, *président de la commission*. – Tout le monde a un peu raison.

**M. Gérard Dériot**. – Quel bon président !

**M. Alain Milon**, *président de la commission*. – Je pense au ressenti des étudiants en médecine qui lisent ces amendements... Imaginez un amendement qui interdirait aux entreprises de s'installer dans des zones surdotées telles que l'Île-de-France, ou du moins qui les pénaliseraient en doublant leurs impôts et cotisations.

**M. Loïc Hervé**. – C'est de la caricature !

**Mme Agnès Buzyn**, *ministre*. – Le *numerus clausus* est effectivement très sévère, une solution que l'on peut juger dramatique, car des jeunes très brillants sont refoulés. Mais on n'a pas trouvé d'autre moyen de contenir les dépenses de santé. Ce raisonnement a été assumé par les gouvernements pendant quarante ans. Mais on a mal anticipé les changements sociologiques : les nouveaux médecins ne veulent plus la même vie que les anciens.

Le *numerus clausus* a été augmenté de 30 %, de 6 000 à 8 000 places. Nous savons déjà qu'en 2030, après le creux de 2025, la démographie médicale sera supérieure. Si nous augmentons le *numerus clausus* en 2018, nous aurons en 2030 exactement l'inverse de ce que nous connaissons aujourd'hui, une catastrophe dans l'autre sens. Et il nous faudrait alors un Ondam à 7 % et pas à 2,3 % comme aujourd'hui. La tarification de la médecine de ville est compliquée, je veux du reste associer à la tarification à l'acte une régulation par la qualité et la pertinence des actes.

Interrogeons-nous : de quels médecins aurons-nous besoin dans l'avenir ? Travaillant sous quelles formes ? Je veux bien augmenter le nombre de médecins mais de façon réfléchie. La coercition et l'augmentation du *numerus clausus* sont des idées un peu trop simples.

*Les amendements identiques n<sup>os</sup> 207 rectifié quater, 421 rectifié bis et 560 rectifié ne sont pas adoptés, non plus que les amendements n<sup>os</sup> 208 rectifié ter et 391 rectifié bis.*

**M. le président**. – Amendement n°493 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La section 1 du chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est complétée par un article L. 1434-8-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1434-8-.... – Ce zonage est établi en fonction de critères qui prennent en compte :

« 1° La densité, le niveau d'activité et l'âge des professionnels de santé ;

« 2° La part de la population qui est âgée de plus de soixante-quinze ans ;

« 3° La part des professionnels de santé qui exercent dans une maison de santé ou un centre de santé ;

« 4° L'éloignement des centres hospitaliers ;

« 5° La part des professionnels de santé qui sont autorisés à facturer des dépassements d'honoraires.

« Ce zonage est soumis pour avis à la conférence régionale de santé. »

**Mme Laurence Cohen**. – Dans le prolongement de l'amendement présenté par Dominique Watrin, celui-ci fixe des critères pour le zonage et soumet l'installation des médecins à l'autorisation des ARS, dans les zones sur-densifiées et pour certaines spécialités médicales, afin d'éviter que certaines zones soient saturées alors que d'autres manquent cruellement de médecins.

Le médecin qui s'installe recherche la proximité d'un CHU, et, pour sa famille, des services publics de qualité. D'après la MECSS, selon le rapport de MM. Cardoux et Daudigny, la densité médicale devrait

connaître un niveau historiquement bas, à trois médecins pour mille habitants, en 2023.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Le zonage des aides à l'installation est en cours de révision. Un indicateur synthétique a été défini. Il n'est pas opportun de fixer de nouveaux critères. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis. Défavorable.

*L'amendement n°493 rectifié n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°157 rectifié *quater*, présenté par Mmes Lassarade, Deseyne et Di Folco, MM. Paul, Paccaud, Mouiller, Revet, Chaize et Carle, Mmes Estrosi Sassone et F. Gerbaud, MM. Gremillet et Raison, Mme Lamure, M. Laménie et Mme Bories.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 165-1-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-1-... ainsi rédigé :

« Art. L. 165-1-... – Pour la première délivrance, les verres correcteurs et les lentilles de contact oculaire correctrices dont la prescription médicale date de moins d'un an peuvent être remboursés par l'assurance maladie et dans les conditions prévues à l'article L. 165-1. »

**M. Philippe Mouiller.** – Le décret du 12 octobre 2016 relatif aux conditions de délivrance de verres correcteurs ou de lentilles de contact oculaire correctrices et aux règles d'exercice de la profession d'opticien-lunetier donne la même durée de validité de l'ordonnance médicale pour la primo-délivrance de l'équipement optique ou son renouvellement. On peut utiliser une ordonnance vieille de plusieurs années. Or à la première délivrance, l'opticien-lunetier ne pourra adapter la prescription initiale, cela lui est seulement permis lors du renouvellement. La prescription initiale risque de ne plus être adaptée et l'équipement optique par conséquent inadéquat. Cet amendement propose de limiter à un an sa durée de validité pour un remboursement par l'assurance maladie.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – La filière s'est organisée et un équilibre a pu être trouvé ces derniers mois entre ophtalmologistes, orthoptistes et opticiens, pour un travail coordonné et intelligent.

Je ne suis pas opposée à cet amendement, qui vise à améliorer la sécurité des ordonnances, car il ne faut pas oublier le dépistage de pathologies qui évoluent à bas bruit. Mais des progrès étant intervenus récemment, de nouvelles dispositions étant à venir en 2018, je demande le retrait.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Cet amendement durcit les conditions d'accès aux soins : avis défavorable.

*L'amendement n°157 rectifié quater est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°510, présenté par M. Patriat et les membres du groupe La République En Marche.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le sixième alinéa de l'article L. 4342-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il peut renouveler et adapter, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions médicales des verres correcteurs d'amétropie et lentilles de contact oculaire correctrices selon des dispositions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de l'Académie nationale de médecine. »

**M. Michel Amiel.** – La loi Santé de 2016 a codifié la profession d'orthoptiste et l'on avait discuté dès la loi Macron de la capacité de renouveler ses lunettes sans consultation chez un ophtalmologue.

Rien ne remplace l'action du médecin dans la prévention, le dépistage et le traitement des maladies visuelles, mais les difficultés actuelles pour obtenir des rendez-vous ne sont pas sans conséquences pour les citoyens.

Sauf contre-indication médicale signalée, les orthoptistes qui pourront dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018 procéder à la mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction pourraient, au même titre que les opticiens, renouveler en fonction de ces résultats les prescriptions de lunettes ou de lentilles.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Retrait ou avis défavorable. Orthoptistes et opticiens exercent des métiers différents.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°510 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°424 rectifié, présenté par MM. Savary et Milon, Mme Deroche, MM. Bizet, Bonhomme, Chaize, de Nicolaÿ et Détraigne, Mme Férat, M. Gremillet, Mme Imbert, M. Lefèvre, Mme Lopez et MM. Mandelli, Paccaud, Panunzi, Pellevat, Perrin, Raison, Reichardt et Vial.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 5121-12 du code de la santé publique, est complété par treize alinéas ainsi rédigés :

« VII. – En dehors des situations visées à l'article L. 5121-8, L. 5121-9-1 et au présent article du présent code, un médicament peut, à titre exceptionnel et de manière temporaire, être mis à disposition à un stade précoce de développement pour des patients incurables volontaires, dès l'issue de la phase I des essais cliniques, dans le cadre d'une utilisation testimoniale éclairée et surveillée du médicament, non investigatoire et ne se substituant pas aux essais cliniques, sous les conditions suivantes :

« a) Différer le traitement exposerait le patient à des conséquences graves, dégradantes ou invalidantes ;

« b) Il n'existe pas, pour la pathologie dont souffre le patient, d'alternative thérapeutique appropriée et le patient n'est pas susceptible d'être inclus dans un essai clinique, notamment pour des raisons géographiques, de calendrier de l'essai ou de non-satisfaction des critères d'inclusion ;

« c) Un comité indépendant institué sur demande du titulaire des droits sur le médicament et dans des conditions déterminées par un décret qui en précise la composition et les modalités de fonctionnement, fournit aux médecins traitants, à la demande de leurs patients volontaires, et sur la sollicitation préalable du titulaire des droits, la preuve de l'existence d'éléments scientifiques, pré-cliniques ou cliniques, démontrant le potentiel intérêt thérapeutique chez l'homme et permettant de présumer sa sécurité ;

« d) Le patient pris en charge ou son représentant légal reçoit une information appropriée délivrée par son médecin prescripteur, le cas échéant à l'aide de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du présent code, et a une pleine connaissance du risque thérapeutique potentiellement associé à l'utilisation du médicament auquel il doit exprimer un consentement exprès et éclairé ;

« e) L'utilisation du médicament fait l'objet d'une surveillance médicale étroite dans des conditions définies par l'opérateur titulaire des droits sur le médicament et validées par le comité indépendant mentionné au c du présent VII ;

« VIII. – L'utilisation du médicament dans les conditions qui précèdent est sous le contrôle d'une personne responsable, résidant en France et rattachée à l'opérateur titulaire des droits sur le médicament, présentant les compétences scientifiques, toxicologiques, pharmacologiques, industrielles et médicales appropriées.

« IX. – Le médecin traitant, à la demande du patient volontaire, soumet au titulaire des droits sur le médicament, une demande de communication d'information des données portant sur le médicament. Le titulaire des droits peut, sans motif, s'y opposer. Dans le cas contraire, il sollicite expressément le comité mentionné au c du VII aux fins de transmission au médecin traitant des données sollicitées.

« Le médecin traitant, à la demande du patient volontaire et après avoir reçu les éléments sollicités mentionnés au VIII, peut soumettre une demande pour une utilisation testimoniale éclairée et surveillée, auprès du titulaire des droits sur le médicament. À réception de cette demande, le titulaire des droits lui transmet l'identité de la personne responsable mentionnée au VIII. Cette personne peut, dans des conditions définies par décret, s'opposer à la demande d'utilisation testimoniale, si elle estime cet usage inapproprié. En l'absence de réponse de la société titulaire des droits

dans le mois à compter de la réception de la demande, celle-ci est réputée refusée.

« En cas d'acceptation par la société titulaire des droits, l'utilisation du médicament fait l'objet, dans des conditions précisées par décret, d'une déclaration préalable auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, adressée par le médecin prescripteur et visée par le patient volontaire. Cette déclaration précise l'identité de la personne responsable mentionnée au VIII.

« Si le prix du produit est librement déterminé par le titulaire des droits, celui-ci s'engage à examiner, au cas par cas, des demandes d'accès à titre gratuit, qui pourraient lui être présentées de manière motivée. En tout état de cause, si le produit est fourni à titre onéreux, son coût ne fait en aucun cas l'objet d'une prise en charge ou d'un remboursement par l'assurance maladie.

« L'opérateur titulaire des droits sur le médicament dépose chaque année auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et du comité indépendant mentionné au c du VII, un bilan de l'état d'avancement du développement de son médicament et des données collectées à partir des patients ayant reçu le produit de manière testimoniale, dans des conditions définies par décret.

« XI. – L'utilisation testimoniale éclairée et surveillée du médicament, telle que prévue au présent article, cesse de produire ses effets dès lors que le médicament obtient, dans l'indication concernée, soit une autorisation de mise sur le marché, soit une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée au même article. Il peut également y être mis fin à tout moment, soit par l'Agence nationale de sécurité sanitaire des produits de santé, soit par la société titulaire des droits en cas d'impossibilité matérielle de fourniture ou de remise en cause du bénéfice prévisible du médicament au regard des informations disponibles. »

**M. René-Paul Savary.** – Cet amendement tend à gagner du temps administratif dans le traitement des troubles neurodégénératifs, par l'utilisation testimoniale éclairée par le malade de certains médicaments, afin d'accélérer la mise sur le marché de molécules innovantes. Le malade prend la responsabilité d'accepter un traitement innovant. C'est tout sauf du compassionnel, c'est une question de survie.

L'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) fait très bien son travail, elle a participé à la rédaction de cet amendement et son but est de gagner du temps. Nous serons tous honorés d'y avoir participé.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Les évaluations sont lentes, c'est juste, dans les pathologies neurodégénératives. Avis favorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Cet amendement est effectivement intéressant mais il intervient sans doute un peu tôt. Il y a un risque à mettre à disposition des patients des médicaments très peu testés.

Préférons les essais cliniques à une mise sur le marché précoce. Qui paierait des produits, en outre ? Si ce sont les patients, ce serait une médecine à deux vitesses. Retrait ? Nous devons y retravailler.

**M. René-Paul Savary.** – Mais les découvertes sur les paillasses des laboratoires mettront tellement de temps à se retrouver sur les étagères des pharmacies... C'est dommage.

Il y a une différence entre le compassionnel et le testimonial. Dans le second cas, le patient choisit de prendre un risque, et de payer son traitement. C'est une innovation du XXI<sup>e</sup> siècle. Il y va de la survie et non des soins ! Je demande à nos collègues de voter unanimement, comme en commission, cet amendement.

*L'amendement n°424 rectifié est adopté et devient un article additionnel.*

**M. le président.** – Amendement n°228 rectifié *quater*, présenté par Mme Lassarade, MM. Paul et Houpert, Mme Deromedi, M. Chaize, Mmes Procaccia et Gruny, M. de Legge, Mmes Deseyne et Lopez, M. Chatillon, Mme Imbert, M. Mandelli, Mme Bonfanti-Dossat et MM. Laménie, Lefèvre, Pellevat, Pierre, Husson et Revet.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après les 8<sup>o</sup> des articles L. 162-9 et L. 162-12-2, le 9<sup>o</sup> de l'article L. 162-12-9, le 6<sup>o</sup> de l'article L. 162-14 et le 10<sup>o</sup> de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...<sup>o</sup> Le cas échéant, les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux professionnels de santé interrompant leur activité professionnelle pour cause de maternité ou de paternité. »

**M. Alain Houpert.** – Il est défendu.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – La commission avait été favorable à cette disposition pour les médecins dans la loi de financement pour 2017. Avis favorable à cette généralisation.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis défavorable.

*L'amendement n°228 rectifié quater est adopté et devient un article additionnel.*

### ARTICLE 35 BIS

**M. le président.** – Amendement n°119, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Supprimer cet article.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la remise d'un rapport au Parlement relatif aux dépenses des indemnités journalières au titre de la maladie et leur articulation avec les dispositifs de prévoyance.

Le sujet est important compte tenu de la dynamique de ces dépenses qui représentent, pour le seul régime général, plus de 7 milliards d'euros en 2016, en progression de 5 % sur un an.

Des économies sur ce poste sont d'ores et déjà attendues pour 2018 avec un objectif de maîtrise des dépenses relevé de 100 à 165 millions d'euros par le présent PLFSS.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Sagesse.

*L'amendement n°119 est adopté.*

*L'article 35 bis est supprimé.*

### ARTICLE 36

**M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.** – Le Conseil de l'ordre vient de déposer une plainte pour distorsion de concurrence après la diffusion par une mutuelle d'une publicité pour une téléconsultation - gratuite pour ses adhérents, mais payante pour les autres. Les mutuelles sélectionnent ainsi leurs patients qui seront bientôt captifs. Quel est l'avis du Gouvernement sur ce point ?

**M. le président.** – Amendement n°363 rectifié *ter*, présenté par Mmes Imbert et Morhet-Richaud, M. Morisset, Mme Gruny, MM. de Legge, Pillat et Mandelli, Mme Deseyne, MM. Frassa et Paul, Mmes Berthet et Garriaud-Maylam, M. Pellevat, Mme Micouleau, MM. Poniatowski, Buffet, Pierre, Vial, Gremillet et D. Laurent, Mme Deromedi et MM. Savin et Dufaut.

Alinéa 1

1<sup>o</sup> Après la référence :

L. 162-14-1

insérer les mots :

et le 2<sup>o</sup> de l'article L. 162-16-1

2<sup>o</sup> Remplacer les mots :

est complété

par les mots :

sont complétés

**Mme Patricia Morhet-Richaud.** – La pharmacie établie dans un territoire isolé doit pouvoir mettre en contact, dans son espace de confidentialité, le patient avec son médecin traitant ou un service hospitalier.

La pharmacie d'officine est un espace de santé réglementé qui peut utiliser des outils de télésanté. Aussi, il est essentiel que la convention pharmaceutique prévue à l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale soit intégrée dans cet article, ce qui est une reconnaissance du rôle des pharmaciens dans le développement de la télémédecine.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – C'est une demande légitime... Sagesse.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Une réflexion sur le sujet est engagée entre les pharmaciens et l'assurance maladie dans le cadre conventionnel. Les pharmaciens peuvent déjà, comme les infirmières, employer la télémédecine. Retrait au profit de l'amendement n°597 du Gouvernement dont la rédaction est plus satisfaisante.

**Mme Patricia Morhet-Richaud.** – Je le maintiens.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – L'amendement du Gouvernement, que nous n'avons pas examiné en commission, est juridiquement mieux rédigé.

**Mme Patricia Morhet-Richaud.** – Soit.

*L'amendement n°363 rectifié ter est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°120, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 1

Après le mot :

télémédecine

insérer les mots :

, définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique

*L'amendement rédactionnel n°120, accepté par le Gouvernement, est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°386 rectifié bis, présenté par MM. Houpert, Bonhomme, Mandelli et Frassa, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Paul, Le Gleut, Charon et Pellevat et Mme Deromedi.

Alinéa 1

Remplacer le mot :

vidéotransmission

par les mots :

les technologies de l'information et de la communication

**M. Alain Houpert.** – L'exigence de la vidéotransmission pourrait se heurter, dans certains cas, à un échec technique du fait de l'insuffisance de réseau numérique. Cette condition crée aussi une rupture d'égalité, notamment pour les personnes âgées ou les ménages les plus modestes, qui ne sont pas nécessairement équipés d'outil de vidéotransmission et qui de ce fait ne pourraient accéder à ce nouveau service.

Cet amendement atténue le caractère impératif et systématique de l'utilisation de la vidéotransmission pour les actes de téléconsultation. Une rédaction plus souple garantit en effet l'accès d'une population plus large aux actes de téléconsultation.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – La vidéotransmission garantit la qualité des soins. La

rédaction pose problème, elle pourrait inclure le simple appel téléphonique. Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis. Défavorable.

*L'amendement n°386 rectifié bis n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°12 rectifié quinquies, présenté par M. Dériot, Mmes Imbert et Berthet, MM. Savary, Morisset, Chaize, Gilles, Bonhomme et Pillet, Mme Garriaud-Maylam, M. D. Laurent, Mme Primas, M. Cardoux, Mme Procaccia, MM. Dallier, Saury, Revet et Bonne, Mmes Canayer et Morhet-Richaud, M. Cornu, Mme Troendlé, M. Mouiller, Mmes M. Mercier et F. Gerbaud, MM. Dufaut et Kennel, Mme Micouleau, M. Longuet, Mme Lassarade, MM. B. Fournier, Pellevat, Lefèvre, Raison, Perrin et Bazin, Mmes Giudicelli, Lamure et Deromedi, MM. Paul, Paccaud, Cambon, Huré, Chatillon, Darnaud, Daubresse, Laménie, Mandelli, Le Gleut, Buffet, Milon et Husson et Mme Bonfanti-Dossat.

Après l'alinéa 1

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

... – Après le deuxième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les prescriptions issues des actes de télémédecine peuvent être dématérialisées et sont partagées entre professionnels de santé de manière sécurisée. »

**M. Gérard Dériot.** – L'article 36 prévoit de développer la télémédecine. Afin d'éviter les fraudes notamment, encadrons la manière dont les prescriptions correspondantes seront transmises au pharmacien. Les patients présenteront leurs ordonnances par des moyens électroniques divers, via un smartphone par exemple, en décalage avec les textes existants qui mentionnent l'original.

L'introduction de la notion d'ordonnance dématérialisée dans le code de la santé publique poursuit jusqu'au bout la logique de dématérialisation, depuis la consultation jusqu'à la prescription.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – L'enjeu de la dématérialisation dépasse en effet le champ de la télémédecine. L'amendement a le mérite de poser le problème même s'il semble redondant. Sagesse.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Il s'agit de données à caractère personnel, elles sont couvertes par le droit commun de la sécurisation des échanges. Cet amendement est satisfait : retrait ?

*L'amendement n°12 rectifié quater est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°13 rectifié quinquies, présenté par M. Dériot, Mmes Imbert et Berthet, MM. Le Gleut, Mandelli, Médevielle, Savary, Morisset, Chaize, Gilles, Bonhomme et Pillet, Mme Garriaud-Maylam, M. D. Laurent, Mme Primas, M. Cardoux,

Mme Procaccia, MM. Dallier, Saury, Revet, Retailleau et Bonne, Mmes Canayer et Morhet-Richaud, M. Cornu, Mme Troendlé, M. Mouiller, Mme M. Mercier, M. Leroux, Mme F. Gerbaud, MM. Dufaut et Kennel, Mme Micouleau, M. Longuet, Mme Lassarade, MM. B. Fournier, Pellevat, Lefèvre, Raison, Perrin et Bazin, Mmes Giudicelli, Lamure et Deromedi, MM. Paul, Paccaud, Cambon, Huré, Chatillon, Darnaud, Daubresse, Laménie, Buffet et Milon, Mme Bonfanti-Dossat et M. Husson.

Après l'alinéa 1

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après l'article L. 162-14-1 du même code, il est inséré un article L. 162-14-1... ainsi rédigé :

« Art. L. 162-14-1-... – Une commission de la télémédecine est créée auprès de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Cette commission, présidée par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, est composée de représentants syndicaux et ordinaires des professionnels de santé concernés, et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union des organismes des caisses d'assurance maladie complémentaire. Un représentant de l'État et un représentant de chaque assemblée parlementaire assistent à ses travaux.

« Cette commission rend un avis motivé sur les propositions présentées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, mentionnées à l'article L. 162-14-1.

« La composition et les règles de fonctionnement de la commission sont fixées par arrêté. »

**M. Gérard Dériot.** – Cet amendement associe les professionnels de santé, médecins mais aussi pharmaciens ou infirmiers, aux travaux de déploiement de la télémédecine, *via* leurs représentants syndicaux et ordinaires.

L'intégration dans le droit commun tarifaire de la téléconsultation est une excellente option. Pour autant, il est indispensable que cette thématique nouvelle créatrice de liens renouvelés entre la ville et l'hôpital, au service des parcours de soins et de vie des patients à domicile, associe d'emblée tous les professionnels de santé qui pourront être concernés par les nouvelles dispositions de l'article L. 162-14-1.

**M. le président.** – Amendement n°242 rectifié *quater*, présenté par Mme Delmont-Koropoulis, MM. Dallier, Paul et Gilles, Mmes Deromedi et Procaccia, M. Daubresse, Mmes F. Gerbaud, Lamure et Garriaud-Maylam et M. Paccaud.

Après l'alinéa 1

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après l'article L. 162-14-1 du même code, il est inséré un article L. 162-14-1... ainsi rédigé :

« Art. L. 162-14-1-... – Une commission de la télémédecine est créée auprès de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Cette commission, présidée par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, est composée de représentants des médecins libéraux et hospitaliers, de représentants des fédérations hospitalières représentatives publiques et privées, et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes des caisses d'assurance-maladie complémentaire. Un représentant de l'État assiste à ses travaux.

« Cette commission rend un avis motivé sur les propositions présentées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, prévues à l'article L. 162-14-1.

« La composition et les règles de fonctionnement de la commission sont fixées par arrêté. Les membres de cette commission ne sont ni rémunérés ni défrayés à ce titre. »

**Mme Annie Delmont-Koropoulis.** – La télémédecine est un levier. Sa démocratisation aura un impact notamment pour nos concitoyens souffrant de pathologies rares.

L'intégration dans le droit commun tarifaire des actes de télémédecine et de téléconsultation est une bonne option, il est indispensable que cette thématique nouvelle, créatrice de liens renouvelés entre la ville et l'hôpital, au service des parcours de soins et de vie des patients à domicile, associe d'emblée les professionnels hospitaliers et les fédérations hospitalières représentatives, publiques et privées.

Le dispositif proposé est établi en analogie avec l'article L. 162-1-9 du code de la sécurité sociale, introduit à l'article 99 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

**M. le président.** – Amendement identique n°323 rectifié, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste et républicain.

**M. Yves Daudigny.** – C'est une ouverture considérable que d'intégrer la télémédecine dans le droit commun tarifaire - et c'est aussi une condition de son déploiement. Le débat est ouvert, pour faire écho à ce qu'a dit le président de la commission des affaires sociales, entre le rôle de l'assurance maladie et le rôle des mutuelles...

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Il n'y a pas lieu de prévoir des modalités dérogatoires par rapport aux tarifs conventionnels. La commission que vous proposez est inspirée de celle mise en place pour les équipements lourds... La télémédecine devra associer tous les acteurs. Mais quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Cet article 36 était demandé par tous. Il est contradictoire de créer une commission qui ralentirait l'inscription des actes de

télémedecine dans le droit commun conventionnel. Reste à discuter avec tous les acteurs pour savoir comment tous les intégrer dans le dispositif de télémedecine.

Retrait, sinon avis défavorable.

**M. Gérard Dériot.** – Je comprends les arguments de Mme la Ministre. C'était un amendement d'appel pour ne pas oublier les pharmaciens...

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Ah bon ?

**M. Gérard Dériot.** – Combien êtes-vous de médecins dans cet hémicycle ? Il faut bien que je défende ceux sans qui vous ne sauriez bien exercer...

*L'amendement n°13 rectifié quinquies est retiré.*

**M. Yves Daudigny.** – Sensible à l'argument qui m'a été opposé, ne pas ralentir le progrès de la télémedecine, je retire mon amendement.

**Mme Annie Delmont-Koropoulis.** – De même.

*Les amendements identiques n°242 rectifié quater et 323 rectifié sont retirés.*

**M. le président.** – Amendement n°597, présenté par le Gouvernement.

Après l'alinéa 1

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après le 10° de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les modalités de participation des pharmaciens à l'activité de télémedecine définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique. »

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – L'article 36 de la présente LFSS a pour objet d'habilitier les partenaires conventionnels à négocier avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie les modalités de réalisation et de tarification des actes de téléconsultation et de téléexpertise, tels que définis à l'article L. 6361-1 du code de la santé publique.

Nous négocierons d'abord avec les médecins puis, pour un déploiement ultérieur, avec les autres professions. Cet amendement intègre les pharmaciens.

**M. Gérard Dériot.** – Merci Madame la Ministre !

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Avis favorable, l'amendement répare un oubli.

*L'amendement n°597 est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°231, présenté par MM. Morisset et Mouiller.

Alinéas 4 à 18

Supprimer ces alinéas.

**M. Jean-Marie Morisset.** – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 met fin au caractère expérimental de la télémedecine et la

généralise pour partie en confiant aux partenaires conventionnels le soin de déterminer, en particulier, la tarification des actes de téléconsultation et de téléexpertise.

Si l'objectif est d'éviter les hospitalisations et les transports qui peuvent l'être, de faciliter la coordination entre professionnels de santé et d'améliorer l'accès aux soins : économisons une expérimentation de quatre années encore !

**M. le président.** – Amendement n°366 rectifié bis, présenté par Mmes Imbert et Morhet-Richaud, M. Morisset, Mme Gruny, MM. de Legge, Pillet, Mandelli, Frassa et Paul, Mmes Berthet et Garriaud-Maylam, M. Pellevat, Mme Micouleau, MM. Poniatowski, Buffet, Pierre, Vial, Gremillet et D. Laurent, Mme Deromedi et MM. Savin et Dufaut.

Alinéa 4

Après le mot :

télesurveillance

insérer les mots :

et de suivi

**Mme Patricia Morhet-Richaud.** – Les expérimentations qui pourront être menées pendant quatre ans ne doivent pas s'arrêter à la télé-surveillance. La télémedecine doit également permettre d'assurer le suivi du patient.

**M. le président.** – Amendement n°121 rectifié, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Après l'alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

Ces expérimentations portent sur la réalisation d'actes de télé-surveillance pour des patients pris en charge en médecine de ville, en établissement de santé ou en structure médico-sociale.

II. – Alinéa 14

Remplacer les mots :

Le dixième alinéa du présent IV

par les mots :

L'alinéa précédent

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Cet amendement de coordination rédactionnelle précise le champ des expérimentations de télé-surveillance, qui doivent concerner aussi bien les patients pris en charge en ville qu'en établissement de santé ou en établissement médico-social.

**M. le président.** – Amendement n°354 rectifié ter, présenté par M. Daudigny, Mme Blondin, MM. Cabanel et Iacovelli, Mme Guillemot, MM. Todeschini et Vaugrenard, Mmes Ghali et Conconne, M. Daunis, Mmes Tocqueville et Cartron, MM. Carcenac, Houllegatte et Raynal,

Mme Espagnac, MM. Duran, Lalande, Boutant et Courteau, Mmes Bonnefoy et Rossignol, MM. Sutour et Mazuir, Mme Lubin et M. Jeansannetas.

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Le cahier des charges relatif aux expérimentations de la télésurveillance dans le domaine de l'insuffisance rénale chronique intègre la dialyse à domicile.

**M. Yves Daudigny.** – La prolongation des expérimentations sur la télésurveillance est prévue notamment pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, mais pas pour la dialyse péritonéale à domicile alors qu'elle favorise l'autonomie du patient. Cet amendement y pourvoit.

**M. le président.** – Amendement n°122, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 17, première et dernière phrases

Remplacer le mot :

télé médecine

par le mot :

télésurveillance

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Précision rédactionnelle. L'amendement n°231 est tentant ; mais on manque encore de recul pour sortir ainsi de l'expérimentation ! Sous réserve des assurances que donnera Mme la Ministre, retrait.

L'amendement n°366 rectifié *bis* est satisfait, l'interprétation des données à distance relève bien du suivi. Retrait. Sur l'amendement n°354 rectifié *ter*, il n'appartient pas à la loi de fixer ces choses, mais nous aimerions en savoir davantage. Avis du Gouvernement ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis défavorable à l'amendement n°231 : la télésurveillance est bien plus complexe que la téléconsultation et le téléexercice. Nous souhaitons poursuivre les expérimentations. Un rapport au Parlement est prévu en juin 2019, à mi-parcours.

Retrait de l'amendement n°366 rectifié *bis*, satisfait. Avis favorable à l'amendement n°121 rectifié.

Sur le n°354 rectifié *ter*, nous partageons, monsieur Daudigny, votre intérêt pour les prises en charge à domicile. Mais cela ne relève pas de la loi. Nous y travaillerons cependant.

Avis favorable à l'amendement n°122.

**M. Jean-Marie Morisset.** – Compte tenu de l'engagement de la ministre, je retire mon amendement.

*L'amendement n°231 est retiré,  
de même que l'amendement n°366 rectifié bis.*

*L'amendement n°121 est adopté.*

**M. Yves Daudigny.** – Cet amendement n'est pas de même nature que celui adopté hier sur la dialyse. Compte tenu de votre engagement à vous pencher sur le cas, Madame la Ministre, je le retire.

*L'amendement n°354 rectifié ter est retiré.*

*L'amendement n°122 est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°479, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Une charte de bonnes pratiques relative à la télémédecine est établie en concertation avec les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et leurs représentants.

**M. Pierre Ouzoulias.** – Il ne faut pas s'imaginer que la télésurveillance va tout régler dans les déserts médicaux - c'est le corrézien d'origine qui parle, nos campagnes sont des déserts médicaux... et numériques ! Il faudrait également éviter de déshumaniser la médecine : le praticien n'est pas un garagiste, il doit aussi accoucher des esprits. Cet amendement ajoute une charte de bonnes pratiques. (*Mme Laurence Cohen applaudit.*)

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Certes, mais la HAS y travaillera. Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Je suis sensible à vos arguments. M. Mahjoubi travaille à mettre fin aux déserts numériques... La télémédecine ne remplace pas la consultation physique. C'est pourquoi j'ai saisi la HAS pour qu'elle identifie des symptômes - comme le mal de ventre, pour lequel il faut poser sa main, tous les médecins le savent, qui seraient exclus de la télémédecine. Retrait ?

*L'amendement n°479 est retiré.*

*L'article 36, modifié, est adopté.*

## ARTICLES ADDITIONNELS

**M. le président.** – Amendement n°481, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 36

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au 2° de l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « le tact et la mesure » sont remplacés par les mots : « un plafond dont le montant est défini par décret ».

**M. Dominique Watrin.** – Les notions de « tact et mesure » pour limiter des dépassements d'honoraires sont très subjectives.

La convention nationale entre les médecins et l'assurance maladie, censée encadrer les dépassements d'honoraires, est une contrainte de



faible portée pour les praticiens, et leur procure aussi des avantages.

Selon le rapport d'activité 2016 de la direction conciliation de l'assurance maladie, cette contractualisation est inefficace. Les problèmes d'accès aux soins ont augmenté de 8 % entre 2013 et 2016 : en cause, les refus de tiers payant et les dépassements d'honoraires. Encadrons-les réellement par un plafond.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – La notion de « tact et mesure » est plus adaptée. Elle prend en compte la diversité des situations tout en protégeant les assurés. Retrait sinon avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Le gouvernement précédent a mis en place une logique de régulation avec le contrat d'accès aux soins. Elle porte ses fruits : entre avril et août 2016, dix mille médecins ont adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) chirurgie et chirurgie obstétrique. Il n'est pas opportun de revenir sur les accords signés, au risque de provoquer des déconventionnements. Retrait ou avis défavorable.

*L'amendement n°481 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°480, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 36

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 2° de l'article L. 4124-6 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° bis Dans le cas de non-respect du tact et de la mesure dans la fixation des honoraires ou dans le cas de méconnaissance des dispositions de l'article L. 1110-3, l'amende, dont le montant ne peut excéder 10 000 € ; ».

**Mme Laurence Cohen.** – Cet amendement de repli - car nous restons opposés à toute barrière financière aux soins - rétablit les sanctions financières supprimées par la loi HPST.

Il y a deux jours, j'ai consulté un ophtalmologue dans le quartier du Sénat : 150 euros pour cinq minutes, est-ce ce que vous appelez « tact et mesure » ?

La Cour des comptes a jugé inefficaces les mesures mises en place pour lutter contre les dépassements d'honoraires. De 2006 à 2015, la proportion de spécialistes pratiquant des dépassements est passée de 39,2 % à 44,3 %. Pour certaines spécialités, c'est la norme : 84 % des gynécologues, 69 % des ophtalmos les pratiquent.

Si la hausse du taux moyen de dépassement a bien été enrayerée, passant de 55 % à 51 %, c'est au prix d'une forte dépense publique : pour éviter 1 euro de dépassement, l'assurance maladie en a dépensé 10 !

La Cour dénonce par ailleurs la tolérance des caisses d'assurance maladie à l'égard des gros dépasseurs, avec seulement quatorze sanctions prononcées entre 2012 et 2015 à l'égard de médecins refusant d'infléchir leur pratique tarifaire !

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – La chambre disciplinaire est compétente pour sanctionner les abus, n'ajoutons pas un nouvel étage à l'arsenal de sanctions existantes. Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

**Mme Laurence Cohen.** – Ces mesures ne sont pas efficaces : quatorze sanctions seulement entre 2012 et 2015 ! On laisse courir !

**Mme Marie-Noëlle Lienemann.** – Exactement.

*L'amendement n°480 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°162 rectifié *ter*, présenté par M. Houpert, Mme Gruny, M. Frassa, Mme Lassarade, MM. Joyandet, Paul, Cambon, Karoutchi et Longuet, Mmes Deromedi et Goy-Chavent, MM. Carle et Charon, Mme Loisier, MM. Médevielle et Leroux, Mme F. Gerbaud et MM. Laménie, Paccaud et Pierre.

Après l'article 36

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6316-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La définition des actes de téléradiologie ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret. »

**M. Alain Houpert.** – J'ai eu l'honneur de faire inscrire dans le marbre de la loi HPST la télémédecine et la téléradiologie, avancées majeures pour les territoires les plus reculés. Malheureusement, la législation actuelle ne permet pas de garantir la régularité des actes de téléradiologie. En effet, des sociétés *low cost* sont apparues, qui ne garantissent pas le respect de la réglementation et de la déontologie : on ne connaît pas le radiologue qui interprète le scanner, ses diplômes... Je ne parle même pas du respect des tarifs médicaux réglementaires, mais de la qualité ! Il y a une rupture d'égalité entre le patient du VI<sup>e</sup> arrondissement de Paris, qui verra un radiologue, et celui du Châtillonnais...

**Mme Nathalie Goulet.** – Ou de l'Orne !

**M. Alain Houpert.** – ...dont le scanner sera interprété à Abu Dhabi !

Il faut définir des règles communes, par exemple celles inscrites dans la charte de la téléradiologie élaborée par le Conseil professionnel de la radiologie et cosignée par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

**M. le président.** – Amendement identique n°232, présenté par MM. Morisset et Mouiller.

**M. Jean-Marie Morisset.** – Je partage entièrement la position de mon collègue.

**M. le président.** – Amendement identique n°324, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste et républicain.

**M. Yves Daudigny.** – De même. Avec le développement de nouvelles pratiques utilisant des technologies modernes, gare aux sociétés *low cost* qui ne garantissent pas la qualité.

**M. le président.** – Amendement identique n°430 rectifié bis, présenté par MM. Chasseing, Malhuret et Decool, Mme Mélot et MM. Bignon, Capus, Guerriau, A. Marc, Lagourgue, Wattebled et Fouché.

**M. Daniel Chasseing.** – La télémédecine ne devrait-elle pas être réalisée après accord du médecin traitant ? Je profite de cet amendement pour rassurer M. Ouzoulias : le conseil départemental de Corrèze a décidé le plan Fibre à la maison pour 2020, la télémédecine va donc arriver dans notre département !

**Mme Nathalie Goulet.** – Pas encore dans l'Orne.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – A priori, il n'y a pas lieu de distinguer les actes de télé-radiologie des autres actes de télémédecine, mais il est vrai que les inquiétudes sont fortes. Avis du Gouvernement ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Je suis totalement en accord avec votre constat. Je suis sidérée de voir que certains établissements s'engouffrent dans un vide juridique pour faire interpréter des clichés à l'étranger. J'ai saisi la HAS car je souhaite encadrer ces pratiques déviantes. Ce que nous allons mettre en place pour la télé-expertise permettra de poser des conditions et de négocier les tarifs. C'est l'objectif de la convention.

L'amendement, tel qu'il est rédigé, ne change rien à ce que nous proposons. La télé-radiologie est de la télé-expertise. Je m'engage à porter une attention toute particulière à la mise en œuvre de cette convention dans le champ de la radiologie. Retrait ou avis défavorable.

**M. Alain Houpert.** – En tant que radiologue, je constate chaque jour des erreurs de diagnostic. Exigeons la même traçabilité que pour les aliments. Certains radiologues retraités souhaitent continuer à exercer - car la médecine est une mission, une vocation. Rassurons les radiologues et garantissons la qualité au patient.

**M. Alain Milon, président de la commission.** – Je soutiens Alain Houpert sur la télé-radiologie. Plus largement, on assiste à un dévoiement de l'acte médical. Ainsi, certaines mutuelles préconisent une seconde consultation, par téléphone ! Il y a urgence à régler. Le numérique ne doit pas prendre le dessus sur l'acte médical humain.

**Mme Nathalie Goulet.** – Je soutiens aussi cet amendement, en tant que malade en puissance... (*Sourires*)

L'uberisation de la lecture des clichés est terrifiante. Cela dit, qu'Alain Houpert se rassure : la qualité des soins à Abu Dhabi est remarquable !

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Je ne souhaite naturellement pas l'uberisation de la médecine. Pour autant, il y a des pertes de chance dans certains territoires. On peut avoir un IRM qui fonctionne la nuit pour diagnostiquer un AVC sans avoir forcément un radiologue de garde. La télé-expertise à distance est aussi un moyen de sauver des hôpitaux de proximité. Je souhaite encadrer ; la HAS précisera le type d'actes concernés. Certains, comme une mammographie, ne peuvent être faits sans examiner le patient.

Avec votre amendement, la télé-radiologie serait le seul acte médical dont la tarification serait définie par décret et non par la négociation conventionnelle... Je maintiens mon avis défavorable.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Oui sur l'objectif, mais je partage l'avis de la ministre sur la rédaction. Nous sommes tous contre la marchandisation de la télé-expertise, mais celle-ci peut accélérer les délais pour une thrombectomie en cas d'AVC, par exemple. Le président est favorable à l'amendement, la rapporteure non : sagesse !

*Les amendements identiques n°s 162 rectifié ter, 232, 324 et 430 rectifié bis sont adoptés, et deviennent un article additionnel.*

**M. le président.** – Amendement n°482, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 36

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le IV de l'article 83 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, la date : « 3 août 2010 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2016 » et la date : « 31 décembre 2016 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2024 » ;

2° Au troisième alinéa, l'année : « 2016 » est remplacée par l'année : « 2024 » ;

3° Au 1°, les mots : « 3 août 2010 et le 31 décembre 2011 » sont remplacés par les mots : « 31 décembre 2016 et la date de parution de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2018 ».

4° Aux sixième et septième alinéas, la date : « 3 août 2010 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2016 » ;

5° L'avant-dernier alinéa est ainsi modifié :

a) Les deux occurrences du mot : « année » sont remplacées par le mot : « période » ;

b) Sont ajoutés les mots : « un établissement de santé » ;

6° Après le même avant-dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les sages-femmes ayant satisfait à l'épreuve de vérification des connaissances exercent durant une période probatoire de 6 mois des fonctions rémunérées ou non, dans des conditions fixées par décret, dans un établissement de santé. »

**M. Pierre Ouzoulias.** – Les praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) exercent dans nos hôpitaux sur des contrats précaires, sans perspectives d'évolution et pour des rémunérations souvent inférieures à leurs confrères. Bref, ils forment la masse des travailleurs détachés de la médecine.

Le nombre de postes ouverts aux non-résidents est quasi nul alors que les besoins sont immenses. Nous proposons de permettre leur exercice sous réserve de vérification de leur formation, diplômes et expérience. À responsabilité égale, rémunération similaire ! Ils ne doivent pas être la variable d'ajustement le soir et le week-end.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Il est prématuré d'engager une évolution sur ce sujet dans ce PLFSS. Quelles garanties peut apporter le Gouvernement ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Nous nous penchons sur la question des Padhue. Plutôt que de proroger un dispositif provisoire, nous souhaitons améliorer leurs conditions d'exercice en déterminant une procédure, notamment par la valorisation des acquis de l'expérience, qui mette fin à cet exercice dérogatoire. Retrait ou avis défavorable.

**M. Pierre Ouzoulias.** – Votre proposition va plus loin que notre amendement, nous le retirons.

*L'amendement n°482 est retiré.*

## ARTICLE 37

**M. le président.** – Amendement n°156 rectifié *ter*, présenté par Mmes Lassarade, Di Folco et Gruny, MM. Paul, Paccaud, Mouiller, Revet, Chaize, Carle et Laménie et Mme Bories.

Après l'alinéa 2

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Le deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ces commissions déterminent également les règles d'évaluation du coût de la pratique des prestations et actes hiérarchisés. » ;

**M. Philippe Mouiller.** – Selon le code de la sécurité sociale, l'Uncam définit le tarif de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles de hiérarchisation. Cet amendement prévoit que la commission de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP), instance paritaire, pilote et détermine la procédure d'évaluation du coût de la pratique des actes.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – La rédaction est imprécise, la commission, perplexe : avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – La CHAP mobilise des experts pour apprécier le niveau de rémunération des professionnels en fonction de la complexité d'un acte. À l'Assurance maladie de procéder à l'inscription de la tarification. Si on étend le rôle des CHAP, on transforme des experts scientifiques en analystes économiques. Avis défavorable.

*L'amendement n°156 rectifié *ter* est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°123, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 14

Remplacer cet alinéa par onze alinéas ainsi rédigés :

3° L'article L. 162-1-8 est ainsi modifié :

- a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- b) Au troisième alinéa, les mots : « du présent article » sont remplacés par les mots : « du présent I » ;
- c) Au quatrième alinéa, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième » ;
- d) Après le cinquième alinéa, sont insérés cinq alinéas ainsi rédigés :

« II. – Sans préjudice des dispositions du I du même article, en l'absence de hiérarchisation par les commissions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7 dans un délai de onze mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa du même article, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation d'un acte ou d'une prestation.

« Le délai mentionné au premier alinéa du présent II peut être prolongé de six mois lorsque la commission compétente prévue au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7, par demande motivée adressée à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, justifie de difficultés techniques ou scientifiques particulières dans l'accomplissement de sa mission.

« Lorsqu'il est fait usage de la faculté prévue au sixième alinéa, la décision d'inscription est adressée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai de trente jours à compter de l'expiration du délai mentionné au même alinéa.

« En l'absence de décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans le délai mentionné au précédent alinéa, l'Union en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et en précise les motifs.

« Les actes et prestations inscrits selon la procédure prévue au présent II peuvent faire ultérieurement l'objet d'une nouvelle inscription suivant la procédure prévue à l'article L. 162-1-7. »

e) Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « III. – ».

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Nous rétablissons la procédure d'inscription accélérée des actes à la nomenclature, supprimée par l'Assemblée nationale, qui passe par un dessaisissement temporaire des CHAP en cas de blocage.

Il s'agit de concilier l'association des partenaires conventionnels et la priorité que constitue l'accès des patients à l'innovation thérapeutique.

L'amendement reconnaît une simple faculté d'intervention à l'Uncam, sans obligation d'intervenir, et préserve la compétence de principe des CHAP, qui pourront voter une hiérarchisation différente. Au total, la procédure aboutirait à l'inscription d'un acte nouveau en un an et demi, c'est un maximum raisonnable : on a connu pire !

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – J'avais donné un avis favorable à l'amendement du rapporteur à l'Assemblée nationale. Par cohérence, avis défavorable.

*L'amendement n°123 est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°338 rectifié, présenté par M. Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain.

Alinéa 20, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

notamment le développement de la prévention et l'amélioration de l'accès aux soins, de leur qualité et de leur sécurité.

**M. Bernard Jomier.** – Cet amendement réduit les délais induits par l'interprétation de la pertinence des projets de protocole de coopération au regard des priorités nationales, pour faciliter le recours à ces protocoles.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Je partage les objectifs mais la précision est inutile, tant le domaine visé est vaste. Avis défavorable, d'autant qu'il y a un problème rédactionnel.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Merci, Monsieur Jomier, de vous préoccuper de ma stratégie nationale de santé ! Nous allons prendre un arrêté. Retrait ?

*L'amendement n°338 rectifié est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°124, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 28, première phrase

Remplacer la référence :

au II

par la référence :

au cinquième alinéa

*L'amendement de coordination n°124, accepté par le Gouvernement, est adopté.*

*L'article 37, modifié, est adopté.*

## ARTICLE ADDITIONNEL

**M. le président.** – Amendement n°191 rectifié *bis*, présenté par Mme Morhet-Richaud, MM. de Legge, Cornu et D. Laurent, Mme Duranton, MM. Meurant et Bazin, Mme Garriaud-Maylam, M. Grosdidier, Mme Gruny, MM. Leroux, B. Fournier, Milon, Lefèvre et Cardoux, Mmes Di Folco, Imbert, Deseyne et Deromedi, MM. Kennel, Gilles, Mayet, Courtial et Dallier, Mme Keller, MM. Carle, Darnaud et Mandelli, Mmes F. Gerbaud, Bories et Canayer, M. Dufaut, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Revet et Vaspart, Mmes Troendlé et Puissat, MM. Perrin, Raison, Vogel, de Nicolaÿ, Paccaud, Rapin, Moullier, Genest et Amiel, Mmes Doineau et Lamure et MM. Husson et Savin.

Après l'article 37

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – L'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « , établi par un médecin, » sont supprimés ;

2° Le début du deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Le certificat est établi par un médecin ou, si le décès était prévisible, par un infirmier ou une infirmière ayant dispensé des soins lors de la dernière maladie. Rédigé sur un modèle établi par le ministre chargé de la santé, il précise ... (le reste sans changement). »

II. – Le deuxième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il peut établir un certificat de décès dans les conditions prévues à l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales. »

**Mme Patricia Morhet-Richaud.** – Seul un médecin peut délivrer un certificat attestant le décès. Ce document établit que le décès ne suscite pas d'interrogation d'ordre médico-légal et que le défunt n'est pas mort d'une maladie contagieuse et permet la prise en charge par les pompes funèbres.

La loi de financement pour 2016 a prévu une prise en charge forfaitaire des certificats établis au domicile par les médecins mais sans remédier au manque de praticiens. Dans certaines zones, rurales mais aussi urbaines, les délais d'attente sont insupportables.

S'inspirant de règles adoptées par le Canada, cet amendement permet à l'infirmier ayant dispensé les soins de signer le certificat de décès en cas d'issue fatale prévisible.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Cet amendement a suscité un vif débat en commission. C'est une responsabilité importante. La notion de prévisibilité du décès est complexe à définir sur le plan législatif. Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Cet amendement est intéressant et soulève un vrai problème de terrain. Mais la signature du certificat est un acte médico-légal. Il faut travailler avec le ministère de l'intérieur sur les pistes envisageables. Je vous propose d'y revenir lors du prochain PLFSS, si tant est que le sujet relève de la loi. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Patricia Morhet-Richaud.** – Au vu de l'engagement de la ministre, je retire mon amendement.

*L'amendement n°191 rectifié bis est retiré.*

### ARTICLE 38

**M. le président.** – Amendement n°325, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste et républicain.

Alinéas 4 et 5

Supprimer ces alinéas.

**M. Yves Daudigny.** – Je crains que la baisse de la marge remette en question l'activité de rétrocession dans les établissements publics de santé et porte atteinte à la qualité du circuit pharmaceutique. L'amendement revient au monde ancien en restaurant une marge de rétrocession fixe pour les établissements de santé.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** – La marge des médicaments donnant lieu à rétrocession est fixée de manière forfaitaire : actuellement, 22 euros, quel que soit le prix du produit. Il n'est pas absurde de la réduire pour des produits peu coûteux. Retrait, sinon rejet.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – La modulation de la marge est déjà fonction du prix pour les médicaments vendus par les officines. Comment justifier une prise en charge par l'assurance maladie d'une marge de 22 euros pour un médicament vendu 2 euros ? Mettons en cohérence la marge avec le prix du médicament. Retrait, sinon avis défavorable.

*L'amendement n°325 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°153, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

I. - Alinéa 5

Après les mots :

au premier alinéa du I

insérer les mots :

du présent article

II. - Alinéa 11

Après les mots :

du III

insérer les mots :

du présent article

III. - Alinéa 25

Après les mots :

du III

insérer les mots :

du présent article

*L'amendement rédactionnel n°153, accepté par le Gouvernement, est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°180 rectifié *quater*, présenté par M. Gilles, Mme Bories, MM. Panunzi et Forissier, Mme Micouleau, MM. Paul, Cambon et Cuypers, Mme Garriaud-Maylam, MM. Pellevat et Lefèvre, Mme Giudicelli, MM. Karoutchi et Genest, Mme A.M. Bertrand, M. Laménie et Mmes Lamure, Berthet et Deromedi.

I. – Alinéa 10, première phrase :

Après le mot :

fixé

insérer les mots :

par convention selon les modalités prévues à l'accord mentionné à l'article L. 162-17-4, ou à défaut d'accord

II. – Alinéa 24, première phrase :

Après le mot :

fixé

insérer les mots :

par convention selon les modalités prévues à l'accord mentionné à l'article L. 162-17-4, ou à défaut d'accord

**M. Roger Karoutchi.** – La fixation unilatérale d'un tarif unifié n'a vocation à intervenir qu'à défaut d'accord entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et l'entreprise.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Cela viderait l'article 38 de sa substance. Le prix du médicament distribué à l'hôpital est libre, il fait l'objet de négociations. Avis défavorable à défaut de retrait.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Le mode de fixation des tarifs, c'est la négociation. Le tarif unifié est uniquement une solution pour surmonter un blocage. Avis défavorable.

*L'amendement n°180 rectifié quater est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°182 rectifié *quater*, présenté par M. Gilles, Mme Bories, MM. Panunzi et Forissier, Mme Micouleau, MM. Paul et Cuypers, Mme Garriaud-Maylam, MM. Pellevat et Lefèvre, Mme Giudicelli, MM. Cambon et Karoutchi,

Mme A.M. Bertrand, MM. Gremillet et Laménie, Mmes Lamure, Berthet et Deromedi et M. Saury.

I. – Alinéa 10, deuxième phrase

Remplacer les mots :

comparable en ce qui concerne les indications ou la visée thérapeutique

par les mots :

de même indication et de même visée thérapeutique, et similaire en termes de composition qualitative et quantitative

II. – Alinéa 24, deuxième phrase

Remplacer les mots :

comparable en ce qui concerne les indications ou la visée thérapeutique

par les mots :

de même indication et de même visée thérapeutique, et similaire en termes de composition qualitative et quantitative

**M. Roger Karoutchi.** – Les médicaments de même indication ou de même visée thérapeutique, similaires en termes de composition qualitative et quantitative, ne doivent pas pouvoir tirer argument d'une protection brevetaire pour contourner l'éventuelle application d'un tarif unifié.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Nous nous sommes interrogés sur la rédaction, d'autant que l'étude d'impact n'apporte pas d'éclaircissement. Avis du Gouvernement ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Défavorable. En pratique, des produits génériques au principe actif similaire peuvent avoir une indication légèrement différente. L'amendement viderait l'article de son intérêt. Je vous déconseille cette voie, sinon on ne pourra plus réguler les prix !

**M. Roger Karoutchi.** – Devant cette force de conviction, je retire l'amendement.

*L'amendement n°182 rectifié quater est retiré.*

*L'article 38, modifié, est adopté.*

## ARTICLES ADDITIONNELS

**M. le président.** – Amendement n°483, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 38

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle tient également compte des informations transmises par l'entreprise exploitant le médicament au comité, concernant les montants consacrés au financement d'opérations de recherche liées au produit

de santé, les montants effectifs consacrés au développement et notamment les montants affectés au financement d'essais cliniques cités lors de l'enregistrement du produit indiquant le nombre d'essais et de patients inclus dans ces essais, les lieux, les crédits d'impôt, les bourses et autres financements publics dont les industriels ont bénéficié en lien avec ces activités de recherche et de développement, les éventuels achats de brevets liés au produit de santé, le coût d'opérations d'acquisition ou de spéculation éventuellement liées à l'acquisition de brevets, les coûts de production du produit de santé, ainsi que les coûts de commercialisation et de promotion engagés par les entreprises. »

**Mme Laurence Cohen.** – Défendu.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – La liste des critères n'est pas limitative. L'amendement n'est pas utile, d'autant qu'il y a un problème de rédaction.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis défavorable à cette fausse bonne idée. Il y a des obstacles juridiques, car les informations sur le coût de fabrication relèvent du secret des affaires. Le prix d'un médicament tient surtout compte de l'investissement du laboratoire en recherche et développement plutôt que du coût de fabrication.

Avis défavorable, même si je partage votre objectif.

**Mme Laurence Cohen.** – Nous avons besoin d'un débat sur cette question. L'amendement est perfectible - mais nous sommes toujours contraints par les articles 40 et 41 de la Constitution !

Ne pourrait-on élargir le champ d'action de l'Agence générale des équipements et produits de santé (Ageps) au-delà de la seule AP-HP pour créer les prémices d'un pôle public du médicament, d'un laboratoire public ? Cela suppose bien entendu une aide de l'État, des moyens tant humains que financiers. Je suis à la disposition de la ministre pour échanger davantage.

*L'amendement n°483 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°125, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'article 38

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. L'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La seconde phrase du cinquième alinéa est supprimée ;

2° À la seconde phrase du sixième alinéa, les mots : « , qui pourraient être dues au titre des trois prochaines années, » sont supprimés.

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle

aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – L'article 40 nous interdit de proposer l'extension du délai pour les médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU).

Cet amendement précise que le montant des remises versées au titre des produits sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ainsi que la fixation de leur prix de référence ne prend pas en compte les prévisions d'évolution de la diffusion de ces produits au cours des trois prochaines années, par nature aléatoire. Il faut réguler les prix, certes, mais surtout permettre aux patients d'avoir accès à l'innovation.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Si l'on déconnecte le prix payé pendant la période d'ATU de celui qui sera en vigueur après, on s'expose à des surcoûts considérables, voire au risque de mettre en péril le dispositif même d'ATU. Retrait sinon avis défavorable.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – C'était un amendement d'appel. Il faut régler le problème des ATU. Le groupe d'étude sur le cancer qui vient d'être reconduit au Sénat aura l'occasion de s'y pencher, car nous sommes sollicités par les laboratoires qui jouent le jeu de l'innovation, notamment en oncologie pédiatrique.

**M. Alain Milon, président de la commission.** – Il faut améliorer la représentation des usagers au sein du CEPS pour renforcer la confiance des usagers et valoriser les innovations à leur juste prix - donc réduire le temps d'accès aux produits pour éviter toute perte de chance.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Bien sûr, il est urgent de travailler sur les ATU et les extensions d'indication, c'est un sujet bien identifié. Nous attendons la signature imminente d'une convention-cadre entre les usagers et le CEPS.

*L'amendement n°125 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°485 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Avant l'article 39

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article 81 de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est abrogé.

**M. Dominique Watrin.** – La dernière loi de financement a introduit des sanctions financières pour les établissements de santé qui ne respectent pas les objectifs prévus dans le cadre d'un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins.

Nous récusons la logique d'économie qui prédomine dans la gestion du service public hospitalier. En cas de refus de souscrire à un tel contrat, le directeur général de l'ARS peut réduire de

70 % le taux de prise en charge ! L'ARS dispose déjà de pouvoirs très importants, n'en rajoutons pas.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Avis défavorable. Les établissements exemplaires doivent pouvoir recevoir un intérêt, mais les sanctions sont tout aussi utiles pour responsabiliser les équipes.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis défavorable pour les mêmes raisons.

*L'amendement n°485 rectifié n'est pas adopté.*

### ARTICLE 39

**M. le président.** – Amendement n°486, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Supprimer cet article.

**Mme Laurence Cohen.** – Alors que les établissements de santé sont déjà à la peine, cet article instaure un système d'économies permanentes qui aggravera les conditions de travail des personnels soignants et aura des conséquences sur le traitement des patients. N'asphyxions pas les hôpitaux, ce sera au détriment de la qualité des soins. Ces mesures sont contraignantes et inappropriées, nous demandons la suppression de cet article.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Avis défavorable à la suppression de l'article 39 pour les mêmes raisons.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Si nous supprimons l'article 39, le régime actuel perdurerait, ce qui serait pire. Avis défavorable.

*L'amendement n°486 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°241 rectifié ter, présenté par Mmes Delmont-Koropoulis et Gruny, MM. Dallier, Paul et Gilles, Mme Deromedi, M. Daubresse, Mmes F. Gerbaud, Lamure et Garriaud-Maylam et MM. Paccaud, Raison et Perrin.

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par les mots :

qui ne peut compter de clause contraire à l'indépendance des praticiens exerçant dans l'établissement

**Mme Annie Delmont-Koropoulis.** – L'article 39 est dans la prolongation du précédent PLFSS et son Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQUES), conclu entre l'ARS et l'organisme local d'assurance maladie, qui améliore la pertinence des soins et réduit les dépenses.

Mais le nouvel élan que le PLFSS entend donner au Caques ne doit pas constituer un moyen de pression aux mains des directeurs d'établissements publics ou des investisseurs exploitant les établissements privés pour orienter vers les pratiques les plus rentables qui ne sont pas nécessairement les plus pertinentes.

La logique de rentabilité ne doit pas être seule prise en compte. Elle n'est ni la plus pertinente, ni la plus efficiente, ni la plus qualitative. Ces contrats pourraient être contraires à l'indépendance des praticiens.

**M. le président.** – Amendement identique n°326, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste et républicain.

**M. Yves Daudigny.** – Il a été défendu.

**M. le président.** – Amendement n°295 rectifié bis, présenté par MM. Chasseing, Wattebled, A. Marc et Decool, Mme Mélot et MM. Bignon, Capus, Guerriau, Lagourgue et Fouché.

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Le contrat ne contient aucun indicateur qui dépend de la prescription médicale.

**M. Daniel Chasseing.** – Cet amendement exclut les indicateurs liés à la prescription médicale.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – La liberté de prescription est présumée par la consultation du corps médical en amont de toute signature de Caques, introduite par l'Assemblée nationale. Retrait ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Le Caques est mal interprété : la pertinence, cela peut consister à prescrire plus de génériques ou à préciser la façon dont certains actes sont pratiqués. Ce contrat n'est donc pas attentatoire à la liberté de prescrire, mais il incite utilement à certaines pratiques. L'Assemblée nationale a prévu la consultation préalable des commissions médicales d'établissement (CME), le corps médical est donc associé, comme vous le souhaitez. Retrait, sinon défavorable.

**Mme Annie Delmont-Koropoulis.** – En effet, les CME sont consultées, mais leur avis devrait être contraignant. Je maintiens mon amendement.

**M. Yves Daudigny.** – Moi aussi. L'amendement prévient des dérives éventuelles.

*Après une épreuve à main levée déclarée douteuse, les amendements identiques n°241 rectifié ter et 326, mis aux voix par assis et debout, ne sont pas adoptés.*

*L'amendement n°295 rectifié bis n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°127, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 4

Remplacer le mot :

réalisées

par le mot :

constatées sur les dépenses d'assurance maladie

*L'amendement rédactionnel n°127, accepté par le Gouvernement, est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°128, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 5

Remplacer le mot :

conclus

par les mots :

entrant en vigueur

*L'amendement rédactionnel n°128, accepté par le Gouvernement, est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°126, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – L'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale s'applique à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – La démarche de contractualisation se heurte à des limites. La volonté des ARS de conclure ces contrats « à marche forcée » avec les établissements avant la fin de l'année, pour respecter la date d'entrée en vigueur de ces contrats au 1<sup>er</sup> janvier 2018, conduit à une insuffisante personnalisation des objectifs. Des pratiques très hétérogènes sont relevées par les représentants des fédérations hospitalières : certaines vont à rebours de l'objectif de simplification et de lisibilité, en imposant aux établissements le suivi de plus de 150 indicateurs...

Nous proposons de reporter l'application de la sanction, pour laisser le temps à la campagne de contractualisation de se déployer dans des conditions satisfaisantes, et d'en établir un bilan en lien avec les fédérations hospitalières.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – J'ai déjà demandé aux directeurs régionaux des ARS de ne pas prendre de sanctions pour les deux prochaines années. Nous agissons avec tact et mesure. Retrait, sinon avis défavorable.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Je le retire donc.

*L'amendement n°126 est retiré.*

*L'article 39, modifié, est adopté.*

## ARTICLES ADDITIONNELS

**M. le président.** – Amendement n°296 rectifié bis, présenté par MM. Chasseing, Wattebled, A. Marc et Decool, Mme Mélot et MM. Bignon, Capus, Guerriau, Lagourgue et Fouché.

Après l'article 39

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :



Le premier alinéa de l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le nom des établissements de santé qui remplissent ces critères est publié au recueil des actes administratifs. »

*L'amendement n°296 rectifié bis est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°298 rectifié bis, présenté par MM. Chasseing, Wattebled, A. Marc et Decool, Mme Mélot et MM. Bignon, Capus, Guerriau, Lagourgue et Fouché.

Après l'article 39

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« En cas de refus par un établissement de santé de conclure ce contrat ou l'un de ses volets, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une sanction financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. La somme de cette sanction et de celles mentionnées à l'article L. 162-30-4 ne peut être supérieure à 5 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. Le produit de ces sanctions est versé à l'assurance maladie. En cas de refus de conclure les volets relatifs aux produits de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut choisir, à la place de la sanction mentionnée à la première phrase du présent alinéa, de réduire de 30 % la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnées à l'article L. 162-22-7. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients. Ces sanctions sont applicables à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020. »

**M. Daniel Chasseing.** – Cet amendement propose de repousser l'application des sanctions liées à ce dispositif au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – C'est le même que l'amendement n°126. Mme la Ministre nous a donné satisfaction. Retrait.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°298 rectifié bis est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°297 rectifié ter, présenté par MM. Chasseing, Wattebled, A. Marc et Decool, Mme Mélot et MM. Bignon, Cabanel, Guerriau, Lagourgue et Fouché.

Après l'article 39

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le III de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° – Un comité de suivi du dispositif "Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins" est créé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018. Il a pour objectif de suivre la mise en place de ce dispositif d'évaluation. Il comprend des représentants des fédérations hospitalières, publiques et privées, les plus représentatives. Sa composition est définie par arrêté du ministère de la santé. Ce comité de suivi remet un rapport annuel. Les membres du comité de suivi ne sont ni rémunérés ni défrayés. »

**M. Daniel Chasseing.** – L'application des indicateurs du Caques est aujourd'hui très hétérogène et génère des inégalités territoriales.

Cet amendement propose donc la création d'un comité de suivi de l'application de ce dispositif, auxquels seront représentées les fédérations hospitalières publiques et privées.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Un tel comité de suivi ne relève pas de la loi, mais du domaine réglementaire. Retrait.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Retrait, sinon avis défavorable.

*L'amendement n°297 rectifié ter est retiré.*

## ARTICLE 40

**M. le président.** – Amendement n°389 rectifié bis, présenté par MM. Houpert, Bonhomme, Mandelli et Frassa, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Paul, Le Gleut, Charon et Pellevat et Mme Deromedi.

Alinéa 4, première phrase

Supprimer les mots :

de présentation, d'information ou

**M. Alain Houpert.** – La promotion du médicament est une activité encadrée par la loi et par une charte de l'information par démarchage ou prospection visant à la promotion du médicament. Cette charte, signée entre l'État, représenté par le CEPS, et par les industriels, représentés par le LEEM, des entreprises du médicament. La charte actuellement en vigueur date d'octobre 2014.

L'article 40 instaure également, en miroir du médicament, une charte pour mieux encadrer cette activité et prévoit que chaque directeur d'établissement de santé définisse les conditions de réalisation et d'encadrement de cette activité dans son établissement et que ce processus fera l'objet d'une certification.

Cet amendement clarifie les champs respectifs d'application de cette mesure en faisant clairement référence, respectivement, aux chartes encadrant la promotion du médicament et du dispositif médical.

*L'amendement identique n°553 rectifié ter n'est pas défendu.*

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – L'exclusion proposée ici concernerait tous les produits de santé. Avis favorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis défavorable. La certification de la présentation des produits de santé a pour but de mieux l'encadrer, le contrôle doit être effectif quel que soit le vocable utilisé, d'information ou de présentation.

Les visiteurs médicaux ont été remplacés par des médecins dont l'activité est très peu encadrée.

**M. René-Paul Savary.** – Certains fauteuils roulants en coquille sont réservés - par décret ! - aux personnes âgées de plus de 65 ans et aux GIR 1 et 2, ce qui en exclut les personnes moins dépendantes et les personnes handicapées. C'est dommage !

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Il se trouve que les coquilles étaient dangereuses. C'est pour cela que nous avons limité l'usage par décret. Je vous ai répondu par courrier.

**M. René-Paul Savary.** – Merci !

**M. Alain Houpert.** – Il y va ici de pertinence des soins.

*L'amendement n°389 rectifié bis est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°130, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéa 17

Supprimer les mots :

de la présentation, de l'information ou

II. – Alinéa 18

1° Première phrase

Remplacer les mots :

, promotionnelles, de présentation ou d'information,

par les mots :

ou promotionnelles

2° Seconde phrase

Supprimer les mots :

de présentation, d'information et

III. – Alinéa 23

Remplacer les mots :

, promotionnelles, de présentation ou d'information

par les mots :

ou promotionnelles

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Cet amendement limite l'encadrement des activités de publicité en faveur des dispositifs médicaux à la seule activité de promotion de ces produits.

La présentation et l'information adaptées des dispositifs médicaux par leurs fabricants constituent une obligation déjà prévue et réglementée dans le cadre européen, en application, notamment, de la directive n°93/42 CEE, du règlement n°745/2017, mais également de la norme ISO EN NF 14971 gestion des risques. Le risque serait dès lors de créer une double obligation de certification au contenu identique.

Les dispositifs médicaux sont très variables et beaucoup d'entreprises, souvent petites, sont positionnées sur ce secteur. N'alourdissons pas leurs contraintes.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Le Règlement européen couvre la sécurité sanitaire et non la pertinence de l'usage. Avis défavorable.

*L'amendement n°130 est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°4 rectifié *quater*, présenté par Mmes Deseyne et Lassarade, MM. Cornu, de Legge, Vaspert, Paccaud et Dallier, Mmes Morhet-Richaud et F. Gerbaud, MM. Bonne, Cardoux et Danesi, Mme Imbert, M. Lefèvre, Mmes Gruny et Garriaud-Maylam, MM. B. Fournier, Savary, Paul et Chatillon, Mme Deromedi, MM. Courtial et Vogel, Mme Procaccia, M. Darnaud, Mme Lavarde, MM. Gremillet, Leroux, D. Laurent, Bonhomme, Buffet, Poniatowski, Raison et Perrin, Mmes Bonfanti-Dossat et Lamure et MM. Laménie, Pellevat et Mayet.

Alinéas 30 à 33

Supprimer ces alinéas.

**Mme Christine Lavarde.** – Ces alinéas prévoient qu'au regard notamment de l'intérêt de la santé publique, de l'impact financier ou des risques de mésusage, la prise en charge d'un produit de santé et de ses prestations éventuellement associées, puisse être subordonnée au renseignement, par le professionnel de santé sur l'ordonnance, d'éléments relatifs au contexte ou à la motivation de la prescription. Ces éléments présents sur l'ordonnance doivent être transmis au service du contrôle médical par le prescripteur, le pharmacien ou, le cas échéant, par un autre professionnel de santé, selon une forme qui sera déterminée par voie réglementaire, sous peine de sanctions.

Une telle obligation serait extrêmement chronophage pour les médecins et elle représente une charge administrative considérable au détriment du temps consacré aux soins. En obligeant le médecin à motiver le pourquoi du comment de sa prescription, elle remet en question à la fois la liberté de prescription, mais aussi le secret médical.

**M. le président.** – Amendement identique n°233, présenté par MM. Morisset et Mouiller.

**M. Jean-Marie Morisset.** – L'alinéa 31 prévoit que la prise en charge par l'assurance maladie d'un médicament peut être subordonnée à des précisions sur l'ordonnance du professionnel de santé relatives

aux circonstances et à la prescription lorsque le produit présente un intérêt pour la santé et un impact financier fort ou un risque dit mésusage.

Dans leur rédaction même, ces alinéas sont très flous sur les obligations : la prise en charge « peut être subordonnée » aux renseignements fournis sur l'ordonnance, le non-respect de cette obligation « peut » donner lieu à un constat d'indu... Comment les professionnels de santé pourront-ils apprécier les choses, dans un tel flou ?

**M. le président.** – Amendement identique n°243 rectifié *ter*, présenté par Mme Delmont-Koropoulis et MM. Gilles et Daubresse.

**Mme Annie Delmont-Koropoulis.** – Il a été bien défendu.

**M. le président.** – Amendement n°196, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 31

Après les mots :

santé publique,

rédiger ainsi la fin de cet alinéa :

sont susceptibles d'avoir un impact financier sensible sur les dépenses d'assurance maladie, ou peuvent entraîner un risque de mésusage.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Cet amendement rédactionnel précise également les conditions relatives à la constitution de l'obligation de renseignement de l'ordonnance pour la prise en charge des produits prescrits.

Sagesse pour les amendements identiques n°4 rectifié *quater*, 233 et 243 rectifié *ter*.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis défavorable à ces quatre amendements. Certains médicaments très coûteux sont prescrits en ville sans aucun moyen d'en contrôler le recours et c'est dans ces cas bien spécifiques que la procédure est destinée : des cas exceptionnels, où le ministère demandera des précisions sur la prescription. Deuxième sujet : le mésusage des antibiotiques, qui sont parfois prescrits trop généralement, sur des spectres trop larges, sans qu'on ne fasse rien - cela pose un problème de santé publique.

Le secret médical est couvert : l'ordonnance est lue par un pharmacien. Enfin, il n'y a quasiment pas de charge administrative supplémentaire, puisque les conditions de prescription figurent sur l'ordonnance numérisée.

**M. Michel Amiel.** – Au risque de jeter un pavé dans la mare, il faudrait peut-être s'interroger sur la sacro-sainte liberté de prescription !

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Je retire mon amendement car je partage la préoccupation face au mésusage des antibiotiques. Mais ce que vous

dîtes, Madame la Ministre, n'est pas si clair dans la rédaction de l'article, qui inquiète les producteurs de dispositifs de santé et les médecins.

Retrait également des amendements identiques n°4 rectifié *quater*, 233, 243 rectifié *ter* ?

**M. Alain Milon, président de la commission.** – On a moins confiance dans le texte de la ministre que dans l'avis du professeur de médecine qu'est Mme Buzyn...

**M. Jean-Marie Morisset.** – Je maintiens mon amendement. Même si votre ministère établit une liste, le texte du PLFSS dit bien « peut ».

**Mme Annie Delmont-Koropoulis.** – Nous refusons un cadre aussi contraignant.

*Les amendements n°4 rectifié quater, 233, 243 rectifié ter ne sont pas adoptés.*

*L'amendement n°196 est retiré.*

*La séance est suspendue à 13 heures.*

PRÉSIDENCE DE M. PHILIPPE DALLIER,  
VICE-PRÉSIDENT

*La séance reprend à 14 h 30.*

*L'amendement n°390 rectifié bis n'est pas défendu.*

*L'amendement n°554 rectifié ter n'est pas défendu.*

**M. le président.** – Amendement n°131, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'alinéa 56

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du précédent alinéa sont applicables aux établissements de santé mentionnés au premier alinéa de l'article L. 6111-1. »

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Cet amendement étend les mesures prévues par l'article 40 à l'ensemble des établissements de santé, y compris ceux relevant du secteur privé ou du secteur privé non lucratif. La rédaction actuelle vise seulement les établissements publics de santé.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Le rôle du directeur n'est pas le même dans ces deux types d'établissement : dans le privé, les médecins, libéraux, ne sont pas sous son autorité. Ce n'est pas juridiquement faisable. Retrait.

*L'amendement n°131 est retiré.*

*L'article 40 est adopté.*

## ARTICLES ADDITIONNELS

**M. le président.** – Amendement n°489, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 40

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 138-19-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« À défaut d'accord amiable sur les prix des médicaments proposés ou leurs tarifs de remboursement entre les entreprises mentionnées au même premier alinéa et le Comité économique des produits de santé, le ministre chargé de la propriété industrielle peut, sur la demande du ministre chargé de la santé publique, soumettre par arrêté tout brevet au régime de la licence d'office au titre de l'article L. 613-16 du code de la propriété intellectuelle. »

**Mme Laurence Cohen.** – La licence d'office, utilisée dans d'autres pays, en Inde par exemple, autorise pour des raisons de santé publique à contourner un brevet existant et à créer un médicament de même intérêt thérapeutique à un tarif acceptable.

Pourquoi ne pas l'utiliser en France ? Le Gouvernement nous a appelés à voter des pratiques nouvelles, à casser les cadres archaïques. En l'occurrence, ce serait un beau moyen de pression sur les industriels. Peut-être faut-il améliorer la licence d'office : avez-vous abordé ce sujet avec vos partenaires internationaux ?

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Le régime de la licence d'office est déjà défini par le code de la propriété intellectuelle. MM Daudigny et Barbier dans leur rapport avaient du reste souligné les risques en cas de recours. L'État devant, lui, payer aux industriels le prix demandé, cette mesure n'a pas d'intérêt pour faire baisser les coûts. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Retrait pour les mêmes raisons. Nous privilégions la voie conventionnelle qui nous a, pour l'instant, toujours permis d'obtenir des prix acceptables.

**Mme Laurence Cohen.** – Je le retire, mais ce dispositif a été employé au Brésil ou en Inde. Il doit donc y avoir moyen d'éviter de se faire imposer les prix exorbitants des médicaments. Si vous créez un groupe de travail, nous sommes volontaires pour y participer.

*L'amendement n°489 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°487, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 40

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa de l'article L. 162-16-4 est ainsi modifié :

a) Après la première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Ces conventions et les remises accordées sont publiques. » ;

b) Sont ajoutées deux phrases ainsi rédigées : « Au terme de chaque année, une entreprise exploitant une spécialité de référence commercialisée transmet au Comité économique des produits de santé le chiffre d'affaires réalisé en France attribuable à cette spécialité. Le Comité économique des produits de santé rend publique cette information. » ;

2° Après l'article L. 162-16-4, il est inséré un article L. 162-16-4... ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-4... – L'entreprise exploitant le médicament remet un rapport annuel à la direction de la sécurité sociale détaillant médicament par médicament le prix de vente au public, le prix réel et la justification du différentiel entre prix de vente et prix réel.

« Les informations transmises sont évaluées par un auditeur indépendant.

« La direction de la sécurité sociale rend publiques ces informations dans des conditions précisées par décret. »

**Mme Laurence Cohen.** – Cet amendement prévoit de rendre publiques toutes les conventions signées par le CEPS avec l'industrie pharmaceutique, ainsi que les remises accordées par rapport au prix facial des médicaments, le prix réel des médicaments et la justification du différentiel entre prix de vente et prix réel.

Une information complète, notamment sur les différences entre prix facial et prix réel suite aux diverses remises, éclairerait les parlementaires et la société civile sur les finances publiques et sur la politique publique du médicament. L'opacité nourrit les suspicions.

Cette transparence accrue est d'autant plus pertinente que le chiffre d'affaires réalisé peut, lorsqu'il dépasse un certain seuil, conduire au versement de contributions à l'assurance maladie par l'entreprise exploitant le médicament, ce qui est pris en compte par le laboratoire lors de la fixation initiale du prix.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Cette mesure serait contraire au secret des affaires et ruinerait l'intérêt de la négociation conventionnelle.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Je me suis penchée sur la question car j'avais, Madame Cohen, le même sentiment que vous. Mais dans le système tel qu'il est construit, votre mesure serait contreproductive. Si l'on rendait publique chaque remise, cela obligerait l'industriel à appliquer le même prix dans tous les pays, et l'inciterait à négocier plus durement avec le CEPS ; les remises seraient plus faibles. Repenser le système globalement, oui, mais procéder par petits bouts induit des effets pervers. Défavorable.

**Mme Laurence Cohen.** – Nous verrons cette année comment le dossier évolue...

*L'amendement n°487 est retiré.*

## ARTICLE 41

**M. le président.** – Amendement n°491, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'alinéa 1

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° L'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les pharmacies du régime minier sont ouvertes aux ressortissants du régime général. » ;

**M. Dominique Watrin.** – C'est une mesure de justice. Les pharmacies libérales sont ouvertes aux affiliés du régime minier, mais pas l'inverse. Tout est fait pour faire disparaître les pharmacies du régime minier. Pourtant, historiquement, leurs excédents ont comblé les déficits des centres de santé miniers - qui sont, eux, ouverts à toute la population, sans dépassement d'honoraires ni avance de frais. Ils remplissent donc une mission de service public, contribuent au recul de la désertification médicale et accueillent beaucoup de médecins stagiaires, qui découvrent notre territoire et parfois s'y installent. Il serait normal d'ouvrir les pharmacies du régime minier aux affiliés du régime général.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Sagesse.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Une expérimentation a été tentée dans trois pharmacies minières. Les nouveaux patients n'ont apporté que 10 % de recettes supplémentaires, ce qui n'a pas changé la situation. Il n'est pas souhaitable de généraliser cela, d'autant que le maillage des territoires par les pharmacies est désormais correct, il ne faudrait pas le fragiliser. Avis défavorable.

**M. Dominique Watrin.** – Cette expérimentation est menée dans le sud, les territoires sont différents.

*L'amendement n°491 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°132, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 5

Supprimer cet alinéa.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Nous supprimons le dispositif d'ajustement à la baisse des prix et des tarifs des dispositifs médicaux et des prestations associées, au-delà d'un plafond de dépenses.

Attention en effet à ne pas déstabiliser le secteur des dispositifs médicaux. Celui-ci est en effet en cours de structuration, et repose encore principalement sur un réseau de petites entreprises produisant le plus souvent en petites séries et avec un gain marginal faible.

En outre, la croissance de ces dépenses s'explique en partie par le développement des prises en charge ambulatoires, qu'il s'agit par ailleurs d'encourager.

Il sera toujours possible de convenir d'une mesure de régulation équivalente par la voie conventionnelle. Les intervenants de santé à domicile sont préoccupés par cet alinéa 5...

**M. le président.** – Amendement identique n°222, présenté par M. Tourenne et les membres du groupe socialiste et républicain.

**M. Jean-Louis Tourenne.** – La mesure ne laisse pas aux entreprises le temps pour se préparer. Elle est contradictoire avec la nécessité de développer l'ambulatoire. Les petites associations n'ont pas les moyens de s'adapter. Prenons le temps d'étudier les conséquences.

**M. le président.** – Amendement identique n°348 rectifié, présenté par M. Kennel, Mme Lopez, MM. Carle, Pellevat et Bas, Mme Gruny, MM. Dallier et Genest, Mme Bories, MM. Ginesta et Savary, Mme Keller, M. Paul, Mmes Estrosi Sassone et Procaccia, MM. Husson, Panunzi, Dufaut et Paccaud, Mme Micouleau, MM. Pillet, Mandelli et Pierre, Mmes Thomas et Lanfranchi Dorgal, MM. Leroux, Revet, H. Leroy et D. Laurent, Mmes Delmont-Koropoulis, Durantou et Deromedi et M. B. Fournier.

**M. René-Paul Savary.** – Il est défendu.

**M. le président.** – Amendement identique n°490, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

**M. Dominique Watrin.** – Il est défendu.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis défavorable. Cet article est un outil indispensable pour réguler les dispositifs médicaux en ville, il n'est pas destiné à être utilisé en permanence, mais uniquement si la négociation n'aboutit pas.

**M. Dominique Watrin.** – Nul ne souhaite rester trop longtemps à l'hôpital ! L'ambulatoire est une bonne solution, encore faut-il préparer le retour à domicile : parfois celui-ci a lieu dans des conditions catastrophiques. Cela a un coût pour l'hôpital car alors les patients y retournent !

**M. Michel Amiel.** – L'ambulatoire a de nombreux avantages. Raccourcir le délai d'hospitalisation réduit le risque de maladie nosocomiale. L'ambulatoire permet en outre de réduire les coûts. Enfin, l'hospitalisation prolongée occasionne des pertes de repères neuro-psychologiques chez les personnes âgées.

**M. Daniel Chasseing.** – Je soutiens ces amendements. Il faut en effet préparer le retour à domicile des patients, avec les assistants sociaux.

Un exemple : les patients sortent parfois de l'hôpital avec des kits de pansement énormes, quand compresses et sparadrap suffiraient, avec une bonne hygiène.

*Les amendements identiques n<sup>os</sup> 132, 222, 348 rectifié et 490 sont adoptés.*

**M. le président.** – Amendement n°327 rectifié *bis*, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Le premier alinéa de l'article L. 162-17-5 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Pour les produits et prestations, la fixation de ce montant tient également compte des facteurs structurels influençant le niveau des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale, tels que l'évolution démographique et la prévalence des pathologies concernées, ainsi que des économies permises par la prise en charge de ces pathologies en ville par rapport au coût d'une prise en charge en établissement de santé. » ;

**M. Yves Daudigny.** – Le Comité économique des produits de santé peut désormais fixer, pour certains produits et prestations, le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le prix ou le tarif de responsabilité des produits et prestations concernés.

Ce nouvel outil de régulation est incompatible avec les spécificités du secteur de la santé à domicile. En effet, l'évolution démographique et épidémiologique conjuguée à une volonté politique forte en faveur du virage ambulatoire conduit à une augmentation inéluctable du nombre de patients souffrant de maladies chroniques.

Lorsque le CEPS fixe un montant maximal des dépenses de l'assurance maladie, il doit prendre en compte cette évolution en lien avec la démographie, l'épidémiologie, et la volonté politique d'accroître les prises en charge à domicile, objectif qui sera inscrit dans la Stratégie nationale de santé.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Retrait.

*L'amendement n°327 rectifié bis est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°383 rectifié *ter*, présenté par Mmes Imbert et Morhet-Richaud, M. Morisset, Mme Gruny, MM. de Legge, Mandelli et Frassa, Mme Bonfanti-Dossat, M. Paul, Mme Berthet, M. Pellevat, Mme Micouleau, MM. Buffet, Poniatowski, Pierre, Vial, Gremillet et D. Laurent et Mme Deromedi.

Alinéa 12, première phrase

Supprimer les mots :

sauf opposition d'un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine qui, dans ce cas, relèvent alors des modalités prévues aux quatrième et avant-dernier alinéas du présent II

**M. Jean-Marie Morisset.** – En 2015, l'USPO et la FSPF ont été déclarés représentatifs par le ministère de la santé, respectivement à 42,6 % et 48,8 %. Ces syndicats peuvent donc représenter l'ensemble des pharmaciens d'officine au sein des diverses instances. Il est inopportun de permettre à quelques pharmaciens non représentatifs de venir défendre devant le CEPS leurs propres intérêts économiques.

**M. le président.** – Amendement n°133, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 12, première phrase

Supprimer les mots :

, dans ce cas,

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Amendement rédactionnel.

Sagesse sur l'amendement n°383 rectifié *ter*.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis défavorable à l'amendement n°383 rectifié *ter*, comme à l'amendement n°133, dont la rédaction me paraît moins claire.

*L'amendement n°383 rectifié ter est adopté, ainsi que l'amendement n°133.*

*L'article 41, modifié, est adopté.*

## ARTICLE 42

**M. le président.** – Amendement n°134, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 14

Rédiger ainsi cet alinéa :

« - le recours moins coûteux à une autre prestation susceptible de présenter la même efficacité thérapeutique doit être préalablement vérifié eu égard notamment à l'état du bénéficiaire. » ;

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – L'article 42 ajoute un cas de recours à la procédure de demande d'accord préalable : lorsque « le recours à une autre prestation est moins coûteux ». Cela semble contradictoire avec l'exposé des motifs. Il faut encadrer la disposition, afin qu'elle ne conduise pas à une perte de chance pour les patients.

*L'amendement n°181 rectifié ter n'est pas défendu.*

**M. le président.** – Amendement n°392 rectifié, présenté par Mmes Delmont-Koropoulis et Morhet-Richaud et MM. Panunzi, Chaize, Mandelli, Bazin et Paul.

Alinéa 14

Remplacer les mots :

moins coûteux

par les mots :

plus efficient au sens de l'article L. 161-37

**Mme Annie Delmont-Koropoulis.** – Cet amendement vise à prendre en compte l'efficacité des prescriptions, tout en assurant une meilleure sécurité juridique ainsi qu'une meilleure prise en compte de la valeur ajoutée médicale.

Certains médicaments, comme les nouvelles molécules, sont plus efficaces que ceux délivrés jusque-là. Les nouveaux anticoagulants oraux sont certes coûteux mais les anciens n'empêchent pas la mort de 5 000 personnes chaque année. L'efficacité des médicaments ne doit donc pas constituer une variable d'ajustement ni être subordonnée aux logiques financières. Le coût n'est pas un indicateur pertinent, d'autant qu'il n'intègre pas les accidents, l'hospitalisation, les soins de suite induits par les produits moins efficaces...

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Nous cherchons à assurer la cohérence des parcours de soins et des prescriptions. Il s'agit seulement de vérifier que la prescription correspond bien aux strictes indications du produit. Ce mécanisme a fait ses preuves et il est bien accepté par les professionnels de santé. Défavorable.

*L'amendement n°134 est adopté.*

*L'amendement n°392 rectifié n'a plus d'objet.*

**M. le président.** – Amendement n°135 rectifié, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéa 15

Supprimer cet alinéa.

II. – Alinéa 17, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

mentionnées au I de l'article L. 315-1

III. – Alinéa 18, première phrase

1° Remplacer les mots :

deuxième et troisième alinéas du présent III

par les mots :

deux précédents alinéas

2° Après le mot :

décision

insérer les mots :

de subordonner le bénéfice de certaines prestations à l'accord préalable du service du contrôle médical

IV. – Alinéa 20

Remplacer la référence :

IV

par la référence :

III

V. – Alinéa 22

Remplacer la référence :

V

par la référence :

IV

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Amendement rédactionnel.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis favorable.

*L'amendement n°135 rectifié est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°398 rectifié, présenté par Mmes Guidez, Doineau et Dindar, MM. Henno et Mizzon, Mme Billon, MM. Bonnacarrère, Canevet, Delcros, Détraigne, L. Hervé et Janssens, Mme Joissains, MM. Kern, Lafon et Laugier, Mmes Létard et Lozier, MM. Longeot, Louault et Marseille et Mmes Sollogoub et de la Provôté.

Alinéa 17, première phrase

Avant les mots :

Les ministres chargés

insérer les mots :

Pour des motifs de santé publique,

**Mme Élisabeth Doineau.** – Amendement de précision.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Avis favorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Sagesse.

*L'amendement n°398 rectifié est adopté.*

*L'article 42, modifié, est adopté.*

## ARTICLES ADDITIONNELS

**M. le président.** – Amendement n°5 rectifié *quater*, présenté par Mmes Deseyne et Lassarade, MM. Cornu, de Legge, Vaspart, Paccaud et Dallier, Mmes Morhet-Richaud et F. Gerbaud, MM. Bonne, Danesi, Savary et B. Fournier, Mme Gruny, M. Cardoux, Mme Imbert, MM. Lefèvre et Paul, Mme Deromedi, MM. Gilles, Chatillon, Courtial et Vogel, Mme Procaccia, M. Darnaud, Mme Lavarde, MM. Gremillet, Leroux, D. Laurent, Buffet, Poniatowski, Husson, Raison et Perrin, Mmes Bonfanti-Dossat et Lamure et MM. Laménie, Pellevat et Mayet.

Après l'article 42

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au troisième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, les mots : « sous forme exclusivement manuscrite » sont supprimés.

**Mme Christine Lavarde.** – À l'heure où les médecins sont fortement incités à informatiser les cabinets médicaux, et où des expérimentations ont lieu sur les prescriptions électroniques, il n'est pas concevable d'obliger les médecins de porter de façon manuscrite, à chaque ligne de prescription, la mention « non substituable », comme le prévoit la loi de 2011.

**M. le président.** – Amendement n°6 rectifié *quater*, présenté par Mmes Deseyne et Lassarade, MM. Cornu, de Legge, Vaspert, Paccaud et Dallier, Mmes Morhet-Richaud et F. Gerbaud, MM. Bonne, Danesi, Savary et B. Fournier, Mme Gruny, M. Cardoux, Mme Imbert, MM. Lefèvre et Paul, Mme Deromedi, MM. Gilles, Chatillon, Courtial et Vogel, Mme Procaccia, M. Darnaud, Mme Lavarde, MM. Gremillet, D. Laurent, Buffet, Poniatowski, Husson, Raison et Perrin, Mmes Bonfanti-Dossat et Lamure et MM. Laménie, Pellevat et Mayet.

Après l'article 42

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique, les mots : « sous forme exclusivement manuscrite » sont supprimés.

**Mme Christine Lavarde.** – Défendu.

**Mme Catherine Deroche,** *rapporteuse.* – L'inscription manuscrite implique une volonté spécifique du médecin. Retrait.

**Mme Agnès Buzyn,** *ministre.* – Retrait.

*Les amendements n°5 rectifié quater et 6 rectifié quater sont retirés.*

## ARTICLE 43

**M. le président.** – Amendement n°136, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 10

Rédiger ainsi cet alinéa :

II. – À la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-1-17 du même code, les mots : « malgré une décision de refus de prise en charge », sont remplacés par les mots : « en l'absence d'accord préalable »

**Mme Catherine Deroche,** *rapporteuse.* – Amendement rédactionnel.

**Mme Agnès Buzyn,** *ministre.* – Favorable.

*L'amendement n°136 est adopté.*

*L'article 43, modifié, est adopté.*

## ARTICLES ADDITIONNELS

*L'amendement n°432 n'est pas défendu.*

**M. le président.** – Amendement n°161 rectifié *ter*, présenté par M. Houpert, Mme Gruny, M. Frassa, Mme Lassarade, MM. Joyandet, Paul, Cambon et Longuet, Mmes Deromedi et Goy-Chavent, MM. Carle et Charon, Mme Loisier, MM. Médevielle et Leroux, Mme F. Gerbaud et MM. Laménie, Paccaud et Pierre.

Après l'article 43

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Les articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

**M. Alain Houpert.** – Cet article rompt avec les principes de la négociation conventionnelle et les procédures de fixation des tarifs qui en découlent. Sous couvert d'une concertation entre le directeur général de l'Uncam, les professionnels et les établissements opérant un scanner, une IRM ou un TEP-scan, et les syndicats conventionnels, l'article donne un pouvoir unilatéral au directeur général de l'Uncam pour fixer les tarifs et les classifications des équipements lourds. Ce faisant, il réduit le champ de compétence de la convention médicale.

Aujourd'hui on achète des scanners bas de gamme en France, sans logiciel vérifiant les taux de radiation. Il en résulte un manque de chance de diagnostic pour les patients. N'oublions pas l'efficacité !

**Mme Catherine Deroche,** *rapporteuse.* – Sagesse.

**Mme Agnès Buzyn,** *ministre.* – Le directeur de l'Uncam n'interviendra que si les partenaires ne sont pas parvenus à un accord.

**M. Alain Houpert.** – Dans ce cas le directeur choisit toujours la solution la moins chère. C'est un système perdant-perdant pour les praticiens et les patients.

*L'amendement n°161 rectifié *ter* est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°193 rectifié *bis*, présenté par Mme Deromedi, M. Frassa, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Bonhomme, Buffet, Cadic, Cuypers, Danesi et Darnaud, Mme Garriaud-Maylam, MM. Genest et Gremillet, Mme Gruny, M. Houpert, Mme Keller, MM. Kennel et Kern, Mme Lamure, MM. Le Gleut et H. Leroy, Mme Morhet-Richaud et MM. Paccaud et Pierre.

Après l'article 43

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après l'article L. 5125-23-4 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5125-23-... ainsi rédigé :

« Art. L. 5125-23-... – La délivrance dans des officines de pharmacie des médicaments à usage humain appartenant à la classe des antibiotiques se fait à l'unité, lorsque leur forme pharmaceutique le permet.

« L'opération de division du conditionnement en vue de la délivrance au détail des médicaments par les pharmaciens d'officine ne constitue pas une opération



de fabrication au sens du présent code. Elle est réalisée par le pharmacien ou, sous sa responsabilité, par le préparateur en pharmacie ou par un étudiant en pharmacie dans les conditions prévues à l'article L. 4241-10.

« Un décret définit, pour ces médicaments, les modalités de délivrance, d'engagement de la responsabilité des différents acteurs de la filière pharmaceutique, de conditionnement, d'étiquetage, d'information de l'assuré et de traçabilité, après la consultation des professionnels concernés. Il détermine, en fonction du prix de vente au public mentionné à l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, les règles de fixation du prix à l'unité de vente au public, de prise en charge par l'assurance maladie et de facturation et prévoit les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre.

II. – Le I du présent article entre en vigueur dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de la présente loi.

**M. Olivier Cadic.** – Notre amendement vise à lutter contre le gaspillage de médicaments ; en effet un médicament sur deux n'est pas consommé et chaque Français conserve en moyenne 1,5 kilo de médicaments non utilisés dans son armoire à pharmacie. Il est urgent d'appliquer le dispositif adopté il y a un an.

Déjà en place en Angleterre ou en Allemagne, la délivrance de médicaments à l'unité peine à se développer en France. Pourtant à Nevers, en janvier 2017, le candidat Macron avait affirmé que le passage au médicament à l'unité était un « impératif sanitaire, économique et une évidence environnementale ». À quelle vitesse nous mettrons-nous en marche sur ce sujet ?

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Si l'objectif est louable, cet amendement pose des problèmes de traçabilité, de pharmacovigilance. Qu'en pense le Gouvernement ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – C'est une promesse du président de la République et une vraie piste à explorer. Des expérimentations ont eu lieu. Le rapport final vient d'être rendu, nous l'étudierons. Il y a en effet un enjeu de traçabilité, un coût - pour rémunérer les pharmaciens - et il faut prendre en compte les habitudes des personnes âgées qui utilisent des piluliers.

Retrait afin que nous réfléchissions à ce sujet avant le PLFSS de l'an prochain.

**M. René-Paul Savary.** – Comme médecin généraliste, je sais que certains patients stockent des boîtes de pilules par peur de ne plus pouvoir s'en procurer par la suite ! Il y a dans toute politique une éducation à mener. Alors que les pharmaciens sont rémunérés au coût du médicament, ils seraient rémunérés différemment. Le coût de la distribution par les grossistes répartiteurs serait plus élevé

unitairement. Bref, il y a beaucoup d'implications, il faut y réfléchir.

**M. Daniel Chasseing.** – Beaucoup de médicaments restent dans les armoires pharmacies sans être utilisés, notamment si la prescription change. Pourquoi n'est-il plus possible de rapporter les médicaments dans les SPAD ? Cela pourrait se faire sous le contrôle du pharmacien.

**Mme Michelle Meunier.** – Le sujet est complexe, certes, mais pourquoi attendre ? Je voterai cet amendement.

**M. Alain Milon, président de la commission.** – Chaque année, le Gouvernement prend l'engagement de réfléchir à ce sujet. Je constate que rien ne vient.

**M. Olivier Cadic.** – Nous retirons cet amendement et prenons l'engagement de le redéposer l'année prochaine ! (*Rires*)

*L'amendement n°193 rectifié bis est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°224, présenté par M. Tourenne et les membres du groupe socialiste et républicain.

I. – Après l'article 43

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 6152-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6152-3-... ainsi rédigé :

« Art. L. 6152-3-... – Les établissements de santé privés d'intérêt collectif peuvent faire appel à des praticiens hospitaliers dans les conditions prévues par les statuts de ces praticiens détachés dès la fin de la période probatoire d'un an d'exercice effectif des fonctions mentionnées à l'article R. 6152-13 du présent code. »

II. – En conséquence, faire précéder cet article d'une division et de son intitulé ainsi rédigés :

Chapitre ...

Élargir les possibilités d'exercice de certains professionnels de santé

**M. Jean-Louis Tourenne.** – Aucun praticien ne pourra être détaché dans un établissement privé à but non lucratif avant trois ans de service. Nous proposons de réduire la période probatoire à un an.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** – Qu'en pense le Gouvernement ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Je comprends l'intention mais quand un établissement recrute un praticien, la procédure est longue, ce n'est pas pour voir le nouveau venu repartir immédiatement ! Songez que nous avons de plus en plus de difficultés à recruter à l'hôpital public. Avis défavorable.

*L'amendement n°224 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°223 rectifié, présenté par M. Tourenne et les membres du groupe socialiste et républicain.

## I. – Après l'article 43

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 8° de l'article L. 162-9 est complété par les mots : « et pour les orthophonistes, la durée minimum d'expérience professionnelle acquise au sein d'un établissement sanitaire, social ou médico-social » ;

2° Le 3° de l'article L. 162-12-9 est complété par les mots : « et celles relatives à la durée minimum d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un établissement sanitaire, social ou médico-social ».

II. – En conséquence, faire précéder cet article d'une division additionnelle et de son intitulé ainsi rédigés :

Chapitre...

Élargir les possibilités d'exercice de certains professionnels de santé

**M. Jean-Louis Tourenne.** – Une grande majorité de masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes s'orientent dès leur diplôme obtenu vers un exercice libéral. Dans les déserts médicaux, la situation est particulièrement alarmante - d'autant que le *numerus clausus* est bas. Aussi, nous leur appliquons le dispositif mis en œuvre pour les infirmières qui prévoit une durée minimum d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un établissement de santé avant toute installation.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Avis défavorable, on ne peut instaurer ainsi de condition préalable sans concertation avec les professionnels.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis défavorable. Des avenants conventionnels viennent d'être signés qui prévoient des modalités de régulation de l'exercice.

**Mme Laurence Cohen.** – C'est un réel problème. Si l'on veut lever la défiance des orthophonistes et les inciter à exercer en établissement de santé, il conviendrait de revoir leur statut. La profession est mobilisée pour obtenir une meilleure reconnaissance salariale.

*L'amendement n°223 rectifié n'est pas adopté.*

**ARTICLE 44**

*L'amendement n°263 rectifié n'est pas défendu.*

**M. le président.** – Amendement n°234 rectifié bis, présenté par MM. Morisset, Mouiller, D. Laurent, Leroux et Revet.

Rédiger ainsi cet article :

I. – L'article 75 de la loi n°2016-1827 de financement de sécurité sociale pour 2017 est abrogé.

II. – Il est instauré un moratoire sur les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes mentionnés à l'article L. 162-9 du code de la

sécurité sociale pendant une durée de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi.

**M. Jean-Marie Morisset.** – Cet amendement abroge l'article 75 de la loi de financement pour 2017 qui a imposé le règlement arbitral aux dentistes. Vous avez entendu leur mécontentement, Madame la Ministre, et repoussé d'un an l'entrée en vigueur du règlement arbitral et le déclenchement de la clause de sauvegarde. Les dentistes veulent en finir avec les ajustements de circonstances : ils veulent une refonte d'un modèle dépassé, qui tienne compte des techniques innovantes et des enjeux de la prévention.

Nous saluons votre esprit de dialogue, mais la menace d'un nouveau règlement arbitral plane toujours. Cette procédure doit être supprimée car c'est l'échec de la négociation. Supprimons l'article 75 - que le Sénat n'avait pas voté à l'époque.

*L'amendement n°267 rectifié n'est pas défendu, non plus que l'amendement n°201 rectifié.*

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – En effet, le règlement arbitral ne nous avait pas paru adapté pour mettre en œuvre un avenant ponctuel. Face à la fronde des chirurgiens-dentistes, la ministre s'est engagée à relancer le dialogue. Il est un peu tard pour supprimer purement et simplement le règlement arbitral dont certaines mesures sont déjà appliquées.

Il ne semble pas pertinent de mettre en place un moratoire ; il faut rétablir la confiance qui a été rompue par le précédent gouvernement. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

**M. Jean-Marie Morisset.** – Mon but était de démontrer que le règlement arbitral n'est pas une bonne procédure. Merci d'avoir rouvert la négociation, Madame la Ministre.

*L'amendement n°234 rectifié bis est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°236 rectifié, présenté par MM. Morisset, Mouiller, D. Laurent et Leroux.

Alinéa 1

Remplacer l'année :

2018

par l'année :

2019

**M. Jean-Marie Morisset.** – Amendement de repli. Il faut préciser la procédure de règlement arbitral : si la discussion n'aboutit pas, on risque d'y être encore contraint au prochain PLFSS.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Avis du Gouvernement sur cette proposition de report jusqu'en 2019.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – La procédure engagée aboutit au report du règlement arbitral

jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2019 avec des orientations nouvelles : plus de prévention, reste à charge zéro pour les soins indispensables. Votre amendement est satisfait par la procédure que j'ai engagée en juin à mon arrivée. Retrait.

**M. Jean-Marie Morisset.** – Si tout se passe bien au 1<sup>er</sup> janvier 2019, tant mieux ! Je maintiens mon amendement pour donner un marqueur aux dentistes, dans le cadre d'une discussion apaisée.

*L'amendement n°236 n'est pas adopté.*

*L'article 44 est adopté.*

## ARTICLES ADDITIONNELS

**M. le président.** – Amendement n°237 rectifié, présenté par MM. Morisset, Mouiller et Revet.

Après l'article 44

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le II de l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« II. – L'arbitre est désigné par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'ensemble des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé libéraux concernés. »

**M. Jean-Marie Morisset.** – L'article 75 prévoit qu'en cas de règlement arbitral, l'arbitre est désigné par l'Uncam et une organisation syndicale. Nous proposons qu'il soit désigné par l'Uncam et l'ensemble des organisations syndicales. Mais j'espère bien qu'il n'y aura pas de nouveau règlement arbitral !

*L'amendement n°264 rectifié n'est pas défendu.*

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Ce sujet est à la marge du PLFSS. Votre rédaction ne comprend pas de mécanisme de désignation en cas de désaccord entre l'Uncam et les organisations syndicales. Bien sûr, il ne faut pas contourner les professionnels, mais il faut aussi pouvoir sortir des situations de blocage. Sagesse.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Défavorable à l'amendement n°237 rectifié. La procédure est éprouvée, elle fonctionne.

**M. Jean-Marie Morisset.** – S'il y a un nouveau règlement arbitral, il y aura un nouvel article... Je le retire donc.

*L'amendement n°237 est retiré.*

*Les amendements n°266 rectifié, 265 rectifié et 269 rectifié ne sont pas défendus.*

## ARTICLE 44 BIS

**Mme Corinne Féret.** – La généralisation du tiers payant était une mesure phare de la loi Santé de Marisol Touraine. C'est une réforme fondamentale, qui s'applique déjà en partie. La ministre invoque des difficultés techniques, le rapport de l'IGAS est plus

nuancé. On ne peut pas tirer un trait aussi rapidement sur un tel progrès social : le tiers payant s'adresse aux classes intermédiaires, aux étudiants par exemple, dont un tiers renonce aux soins pour des raisons financières.

En substituant le terme « généralisable » à celui de « généralisé », c'est toute la dynamique du tiers payant que vous remettez en cause. Cet article va à l'encontre de l'intérêt général et de la solidarité.

**M. Martin Lévrier.** – Le rapport de l'IGAS constate que les médecins ont des difficultés réelles à généraliser le tiers payant. Même lorsqu'il est obligatoire, il n'est pas forcément effectif : 74 % seulement pour les ALD, 75 % pour les femmes enceintes. Il faut une appropriation par les médecins : je préfère que ceux-ci consacrent leur temps aux patients plutôt qu'aux tâches administratives.

**M. le président.** – Amendement n°328, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste et républicain.

Supprimer cet article.

**M. Yves Daudigny.** – Votre argumentation n'est pas indigne, Madame la Ministre : oui, il y a des difficultés techniques ; oui, il faudrait une extension simultanée aux complémentaires - comme le souhaitait Marisol Touraine ; oui, il est utile d'identifier des publics prioritaires. Mais nous dénonçons l'abandon du caractère obligatoire du tiers payant. Dans un contexte de renoncement croissant aux soins, substituer « généralisé » à « généralisable » n'est pas que symbolique : ce serait un réel progrès social pour les populations à revenus modestes.

Les choses auraient pu se faire dans un climat apaisé puisque le texte ne prévoyait pas de sanction contre les médecins. Cela aurait eu le mérite d'affirmer clairement une volonté.

**Mme Michelle Meunier.** – Très bien.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Lors de l'examen de la loi Santé, la commission s'était opposée à la généralisation du tiers payant. L'IGAS a confirmé que cette mesure était irréaliste, eu égard au nombre de complémentaires. Les médecins doivent se concentrer sur les soins ! Nous sommes favorables à l'extension du tiers payant aux publics fragiles. Je salue la décision de la ministre. Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Mon action répond à deux impératifs : favoriser l'accès aux soins, car le renoncement pour raisons financières est insupportable, et rendre du temps médical aux médecins. Selon l'IGAS et la CNAM, la généralisation du tiers payant au 1<sup>er</sup> décembre n'était pas réalisable techniquement. J'ai donc pris la décision pragmatique de la reporter et proposé une autre façon de travailler.

Beaucoup de nos concitoyens n'ont pas besoin de tiers payant généralisé pour accéder aux soins. Il est déjà obligatoire pour les bénéficiaires de la CMU-C et pour toutes les personnes prises en charge à

100 % - soit tout de même 11 millions de personnes. Le tiers payant en pharmacie était simple à mettre en place, c'est pourquoi il s'est imposé de lui-même. Mais il est très compliqué pour un médecin libéral de jongler entre les 250 complémentaires différentes, toutes ayant des niveaux de contrats différents, qui évoluent...

Les pharmaciens ont des employés en *back-office* pour les tâches administratives, ce n'est pas le cas des médecins libéraux.

Il nous faut travailler avec les complémentaires pour trouver des solutions techniques. Il nous faut également identifier les populations qui n'accèdent pas aux soins pour des raisons financières : les étudiants, par exemple. Le plan Étudiant de Frédérique Vidal comprend un volet santé : centres de santé dans les universités, modification du statut des services universitaires de médecine préventive...

Le tiers payant doit être rendu accessible à la majorité de la population pour ne pas obérer le temps de médecine des professionnels. C'est quand les choses seront techniquement faisables qu'elles s'imposeront d'elles-mêmes.

**M. Daniel Chasseing.** – Merci, madame la ministre, pour votre pragmatisme. Pour certaines catégories de la population, comme les bénéficiaires de la CMU ou les femmes enceintes, le tiers payant ne pose aucun problème. Pour les autres, obtenir le remboursement des mutuelles prend un temps fou. Les patients qui peuvent avancer les 25 euros sont remboursés dans les huit jours. Pour ceux qui ne peuvent pas faire l'avance, le plus simple serait de laisser le recours au tiers payant au choix du patient.

**Mme Michelle Meunier.** – C'est encore un rendez-vous manqué. Madame la ministre, j'entends vos arguments techniques. D'autres transitions étaient techniquement difficiles, comme le passage à l'euro : nous avons surmonté les difficultés. Le prix de la consultation a une incidence dans le renoncement aux soins, j'en suis persuadée.

Sans compter que vous créez des consultations complexes, dont le tarif pourra atteindre 80 euros ! Certains ne pourront pas avancer ces sommes. Il est injuste que certains bénéficient du tiers payant et pas d'autres. Je voterai la suppression de cet article.

**M. Xavier Iacovelli.** – Très bien.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Je suis consciente que le tarif de la consultation peut être un frein - surtout en cas de dépassements d'honoraires. Je reconnais que Marisol Touraine a beaucoup travaillé sur la régulation des dépassements, mais l'inscription dans la loi du tiers payant généralisé était idéologique. Rien n'avait été préparé en amont, aucun rapport préparatoire sur la faisabilité.... C'est comme si nous inscrivions dans la loi que nous irons tous sur Mars en 2018 !

J'ai été obligée de prendre une mesure pragmatique. Je m'engage à ce qu'aucun Français n'ait de difficulté d'accès aux soins pour des raisons financières. Mais vous ne pouvez me reprocher de ne pas mettre en place une mesure irréaliste et non préparée. (*Applaudissements sur les bancs des groupes Les Républicains et Les Indépendants*)

**Mme Catherine Procaccia.** – C'était une mesure d'affichage, prise sans aucune concertation. La ministre a bien fait de reporter la date de la généralisation du tiers payant : il n'y aurait eu que des déçus.

Le Sénat a publié un rapport et voté une proposition de loi sur les systèmes de sécurité sociale étudiants. Le plus gros problème, c'est le fonctionnement de la carte Vitale qui tarde à arriver ou à être mise à jour. Les services de médecine préventive des universités se muent en centres de soins mais ne pourront accueillir tous les étudiants ; il faut des partenariats avec des médecins libéraux.

**Mme Laurence Cohen.** – Quel système de santé voulons-nous ? Je vous crois, madame la ministre, quand vous vous engagez à ce qu'aucun Français ne renonce aux soins pour des raisons financières. Mais les moyens que vous employez ne sont pas les bons.

La meilleure des simplifications, c'est la prise en charge à 100 % par la sécurité sociale. C'est possible, dès 2017. Mais d'autres orientations politiques ont été prises : fiscalisation de la protection sociale, privatisation rampante. Voilà des années que notre système social est attaqué. En ciblant telle ou telle catégorie, vous faites du bricolage. Je vous encourage à aider les centres de santé qui prennent à leurs frais la gestion des dossiers du tiers payant.

**M. René-Paul Savary.** – Cet article est une mesure de bon sens. Quand le tiers payant sera généralisable, il n'aura plus besoin d'être obligatoire.

**M. Xavier Iacovelli.** – Engagez-vous !

**M. Yves Daudigny.** – Nous ne récusons pas tous vos arguments, madame la ministre, mais nous ne sommes pas en phase avec votre objectif. Vous auriez pu écrire que le « tiers payant pourra être progressivement généralisé », ce qui aurait été plus subtil.

**M. Alain Milon, président de la commission.** – Ceux d'entre vous qui ont exercé comme médecin savent que l'on n'exige pas un paiement immédiat quand un patient n'a pas les moyens de régler sa consultation. Nous avons tous attendu qu'un patient soit remboursé pour être payés - il est un peu outrageant que certains puissent en douter !

Pour lutter contre les dépassements d'honoraires, le gouvernement précédent a instauré le contrat d'accès aux soins qui a interdit aux mutuelles de rembourser les praticiens de secteur 2 lorsque le tarif atteint deux fois le tarif opposable. S'en est suivi un alignement sur ce tarif maximal, qui n'a fait

qu'aggraver le phénomène de médecine à deux vitesses.

*L'amendement n°328 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°137, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 1

Remplacer les mots :

Le chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complété par

par les mots :

Après l'article L. 162-1-20 du code de la sécurité sociale, il est inséré

*L'amendement rédactionnel n°137, accepté par le Gouvernement, est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°340, présenté par M. Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain.

Alinéa 6, première phrase

Remplacer les mots :

de rendre le tiers payant généralisable

par les mots :

de généraliser le tiers payant intégral

**M. Bernard Jomier.** – Le terme « généralisable » induit un doute sur la volonté d'aboutir. J'admets que l'obligation n'est pas la meilleure piste à suivre : mieux vaut un bon système généralisé, à flux unique, qui s'imposera naturellement. C'est ainsi qu'on évitera les pertes de temps médical. Mais pourquoi ne pas indiquer clairement que votre objectif est bien de généraliser le tiers payant intégral ?

Vous souhaitez cibler les populations prioritaires : les étudiants, certes, mais il y en a beaucoup d'autres. Ce sera un travail extrêmement technocratique. Quelqu'un qui gagne 2 500 euros par mois mais qui doit soutenir sa grand-mère en Ehpad sera-t-il concerné ? Mieux vaut un flux unique.

On ne peut nier qu'un certain nombre de personnes sont gênées financièrement pour accéder aux soins. Même pour 25 euros, les patients demandent à ce que leur chèque ne soit pas encaissé avant la fin du mois... Et le tarif des consultations complexes pourra dépasser 50 euros, même en secteur 1.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis défavorable. Les consultations complexes concerneront presque uniquement les maladies chroniques, donc des personnes prises en charge à 100 %, qui bénéficient déjà du tiers payant.

**M. René-Paul Savary.** – Très bien.

*L'amendement n°340 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°339, présenté par M. Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain.

Alinéa 6, troisième phrase

Remplacer le mot :

généralisable

par le mot :

généralisé

**M. Bernard Jomier.** – Amendement rédactionnel. Les consultations de prévention pour les jeunes filles seront-elles prises en charge à 100 % ? En ira-t-il de même pour tous les actes de prévention ? Il y aura bien un coût pour l'assuré.

Tout cela me rappelle les débats sur le paiement à l'acte, qui était présenté par beaucoup comme l'alpha et l'oméga... (*Mme la ministre indique que ce n'était pas son cas.*) Depuis, les esprits ont évolué et chacun reconnaît désormais l'intérêt d'une rémunération forfaitaire. Le tiers payant est un progrès social pour les assurés sociaux : une rédaction non ambiguë nous rassurerait.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis défavorable.

*L'amendement n°339 n'est pas adopté.*

À la demande du groupe CRCE, l'article 44 bis est mis aux voix par scrutin public.

**M. le président.** – Voici le résultat du scrutin n°25 :

Nombre de votants .....	341
Nombre de suffrages exprimés .....	340
Pour l'adoption.....	232
Contre .....	108

*Le Sénat a adopté.*

## ARTICLE ADDITIONNEL

**M. le président.** – Amendement n°498, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 44 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur la révision de la liste des pathologies ouvrant droit aux congés de longue durée pour les agents de la fonction publique d'État, territoriale et hospitalière.

Ce rapport distingue les pathologies déclarées éliminées, les nouvelles pathologies qui pourraient les

remplacer, et le nombre potentiel de fonctionnaires que ces mesures pourraient concerner.

**Mme Laurence Cohen.** – Le Sénat avait adopté cet amendement de Jean-Pierre Bosino, avant qu'il ne disparaisse en CMP.

Le congé de longue durée est accordé aux agents de la fonction publique pour cinq pathologies : tuberculose, poliomyélite, affections cancéreuses, maladies mentales et SIDA. Article 40 oblige, nous demandons un rapport pour évaluer s'il faut faire évoluer cette liste, qui date de 1984, notamment en y ajoutant la sclérose en plaques.

Mme Touraine m'avait répondu attendre les conclusions des travaux des organisations syndicales sur la santé et la sécurité au travail. Nous n'en avons jamais eu vent. Ont-ils seulement été réalisés ?

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Cet amendement, qui concerne les trois fonctions publiques, n'a pas vraiment sa place dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale. Retrait ou rejet.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Le chantier de la réforme des instances médicales de la fonction publique est inscrit à l'agenda social 2017-2018 dont est en charge Gérard Darmanin. Ce sera l'occasion de remettre à plat les règles de gestion des différentes ALD comme la sclérose en plaques et de faire évoluer les congés en cohérence avec les avancées thérapeutiques. L'amendement est un cavalier : retrait ou avis défavorable.

**Mme Laurence Cohen.** – Soit. Nous resterons vigilants.

*L'amendement n°498 est retiré.*

#### ARTICLE 44 TER

**M. le président.** – Amendement n°175 rectifié *bis*, présenté par MM. Mouiller et Bazin, Mme Billon, MM. Bonne et Cambon, Mme Canayer, M. Chaize, Mme Chauvin, MM. Cornu, Cuypers, Dallier et Danesi, Mmes de Cidrac, Dumas et Estrosi Sassone, MM. B. Fournier et Frassa, Mmes Garriaud-Maylam et F. Gerbaud, M. Groperrin, Mmes Gruny et Lassarade, MM. Lefèvre et Leroux, Mmes Lopez et Morhet-Richaud, MM. Morisset et Paul, Mme Puissat, MM. Revet, Savary et Sol, Mme Deromedi, MM. Kennel, Gilles et Chatillon, Mmes L. Darcos et Gatel, M. Kern, Mme Malet, MM. Brisson, Canevet, Darnaud, Genest, Mandelli, Longeot, Maurey et Laménie, Mmes Bories et Bonfanti-Dossat, MM. Rabin, L. Hervé et Husson et Mme Lamure.

Première phrase

Supprimer le mot :

financier

**M. Philippe Mouiller.** – Cet amendement élargit le champ du rapport à l'accès global aux soins des personnes handicapées.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Avis favorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis favorable.

*L'amendement n°175 rectifié bis est adopté.*

*L'article 44 ter, modifié, est adopté.*

#### ARTICLE ADDITIONNEL

**M. le président.** – Amendement n°545 rectifié, présenté par MM. Jomier, Antiste, Cabanel, Courteau, Féraud, Iacovelli, Jeansannetas, Temal et Tissot et Mmes Ghali, Grelet-Certenais, Féret, Lepage, Lienemann, Lubin, Meunier, Rossignol et Taillé-Polian.

Après l'article 44 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conditions de mise en œuvre de l'intégration du dispositif d'aide médicale d'État au sein de l'assurance maladie et sur l'accès à une complémentaire santé pour les plus précaires.

Ce rapport établit notamment un état des lieux des dysfonctionnements dans l'accès des personnes aux dispositifs de l'Aide Médicale d'État (AME), de la Protection universelle maladie, et des complémentaires santé (Aide à la complémentaire santé, Couverture maladie universelle complémentaire). Il établit également une évaluation de l'impact de cette intégration en termes de coûts évités et/ou induits pour le système de santé et des propositions opérationnelles pour sa mise en œuvre effective ainsi que les mesures nécessaires pour garantir un accès effectif des personnes en situation de précarité sociale à une couverture maladie.

**M. Bernard Jomier.** – De nombreuses études ont démontré que l'aide médicale d'État (AME) ne garantissait pas un bon accès aux soins, qu'elle entraînait des ruptures dans les parcours de soins. L'IGAS a préconisé de la fusionner avec l'assurance maladie, soutenue en cela par l'IGF - qui estime que cela générerait des économies d'échelle, par le Défenseur des droits et par l'Académie nationale de médecine dans son rapport du 20 juin 2017. La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale s'est également prononcée à l'unanimité pour cette fusion.

Nous invitons le Gouvernement à présenter un rapport complet sur les avantages et inconvénients d'une telle réforme et sur son impact en termes de coûts évités et d'amélioration des parcours de soins.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Demande de retrait ou avis défavorable sur cette demande de rapprochement. L'AME est spécifique et s'adresse aux

personnes en situation irrégulière tandis que l'assurance maladie relève d'une logique universelle pour les assurés sociaux.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – J'ai donné un avis de sagesse à l'Assemblée nationale. Vous connaissez mon souci des personnes en précarité. La partie de votre amendement sur la demande de rapport est satisfaite par l'article 44 ter. Je suis extrêmement attachée à l'AME qui relève de l'action sociale et humanitaire de l'État. En outre, les paniers de soins ne sont pas les mêmes ; par exemple : les cures thermales ne sont pas prises en charge par l'AME.

**M. Gérard Dériot.** – C'est normal !

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Votre amendement risque d'alimenter des fantasmes contre l'AME et d'affaiblir l'adhésion au système. Avis défavorable.

**M. Bernard Jomier.** – Je prends note de la réponse sur la première partie de mon amendement. Les arguments sur la seconde partie sont externes à la logique de santé publique.

*L'amendement n°545 rectifié n'est pas adopté.*

*L'article 45 est adopté.*

*L'article 46 est adopté.*

## ARTICLE 47

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Je souhaite alerter Mme la Ministre sur le transport inter-établissements. La dépense passerait de l'assurance maladie aux établissements. L'enveloppe prévue ne fait pas consensus, c'est le moins qu'on puisse dire, les établissements la jugent même très insuffisante. La commission des affaires sociales a estimé que les conditions ne sont pas réunies pour appliquer cette réforme. J'aurais souhaité la reporter au 1<sup>er</sup> octobre 2019, malheureusement les règles de recevabilité des amendements ne me l'ont pas permis.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – J'ai pris note de ces remarques et je serai vigilante.

*L'article 47 est adopté.*

## ARTICLES ADDITIONNELS

**M. le président.** – Amendement n°329, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'article 47

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au II de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « de l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie au sens du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de celui » sont supprimés.

**M. Yves Daudigny.** – Depuis plusieurs années, la maîtrise insuffisante des dépenses des soins de ville

conduit à une mobilisation des mises en réserve des dépenses des établissements de santé. Les efforts d'efficacité des établissements de santé sont ainsi absorbés par le dynamisme immodéré des dépenses de soins de ville.

Comme l'a constaté la Cour des comptes dans un récent rapport, la progression toujours vive des dépenses de soins de ville rend nécessaire l'adoption de mécanismes de régulation, actuellement inexistantes à l'exception des dépenses de médicaments.

Nous proposons de différer les augmentations tarifaires en cours d'exercice en cas de non-respect de l'objectif prévisionnel de dépenses des soins de ville.

Cet amendement d'appel permettra d'entendre la ministre.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – La commission des affaires sociales est sceptique. On n'est pas certain de la portée de l'amendement. Qu'en pense le Gouvernement ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – L'article du code de la sécurité sociale que vous souhaitez modifier prévoit déjà le mécanisme que vous proposez : votre amendement est satisfait ; retrait ?

*L'amendement n°329 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°341, présenté par M. Milon.

Après l'article 47

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard neuf mois après la promulgation de la présente loi, un rapport sur les modalités de la mise en place d'un établissement financier dédié à l'investissement immobilier des établissements de santé publics.

**M. Alain Milon.** – Acceptez mes excuses, Madame la Ministre. En tant que président de la commission des affaires sociales, je suis contre les demandes de rapport. Seulement voilà, la seule solution à ma question est une demande de rapport. Dans le rapport que nous avons écrit avec Yves Daudigny et Jacky Le Menn sur la tarification à l'activité (T2A), nous déplorons que le ministère de la santé doive financer les investissements immobiliers des hôpitaux - et proposé qu'une banque sanitaire assume cette fonction, comme cela se passe pour l'enseignement, où l'Éducation paie les professeurs, pas les bâtiments. La Constitution m'interdisant de proposer ici la création d'une telle banque sanitaire, j'en suis réduit à vous demander un rapport au Parlement sur le sujet...

**M. René-Paul Savary.** – Très bien !

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Notre commission s'est régulièrement interrogée sur ce sujet. Les professionnels nous disent que les établissements de santé ne peuvent plus financer leurs investissements, qu'ils n'ont plus de marges de

manœuvre. Avis favorable, bien qu'il s'agisse d'une demande de rapport.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Les établissements de santé ont accès au système bancaire. Ils sont accompagnés par Santé publique France et la BPI. Créer une banque spécifique ne nous paraît pas opportun. Sagesse.

**M. Bernard Jomier.** – Je voterai cet amendement. Les hôpitaux ne peuvent même plus financer l'entretien courant de leurs bâtiments. Il y a des risques, évidemment. On ne doit pas créer un établissement à but lucratif. La piste de réflexion de cet amendement est tout à fait intelligente.

*L'amendement n°341 est adopté et devient un article additionnel.*

## ARTICLE 48

**M. le président.** – Amendement n°140, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 1

Rédiger ainsi cet alinéa :

I. – L'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du 3° du I de l'article 82 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, devient l'article L. 162-23-16.

*L'amendement rédactionnel n°140, accepté par le Gouvernement, est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°302 rectifié bis, présenté par MM. Chasseing, Wattebled, A. Marc, Malhuret et Decool, Mme Mélot et MM. Bignon, Capus, Guerriau, Lagourgue et Fouché.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2020, les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale servant de base au calcul de la participation de l'assuré sont communs à toutes les catégories d'établissements. Ces tarifs sont calculés en fonction de l'objectif défini à l'article L. 162-23 du même code.

**M. Daniel Chasseing.** – L'article 78 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 prévoit la possibilité de mettre en place deux grilles tarifaires nationales, distinctes entre catégories d'établissements, concrétisées par un premier arrêté ministériel en mai 2017. Ces tarifs nationaux tout compris correspondent à un périmètre de remboursement identique pour toutes les catégories d'établissements.

Cet amendement instaure une seule échelle tarifaire pour les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) dans le cadre du modèle de la transition de la réforme du financement SSR sur le volet dotation modulée à l'activité.

**M. le président.** – Amendement identique n°346 rectifié bis, présenté par Mme Doineau, M. Kern, Mmes Joissains, Goy-Chavent et Gatel, MM. Henno, Laugier, Canevet, Médevielle et Janssens, Mmes Sollogoub, Férat et Guidez et M. L. Hervé.

**Mme Élisabeth Doineau.** – Défendu.

**M. le président.** – Amendement identique n°547, présenté par M. Mouiller.

**M. Philippe Mouiller.** – Défendu.

*L'amendement n°549 n'est pas défendu.*

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Il est vrai que les activités des SSR sont très hétérogènes. La commission des affaires sociales avait regretté l'absence d'évaluation de l'impact pour ces établissements. Quelles sont les orientations du Gouvernement sur le tarif unique ? Et sur ces amendements ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Nous demandons le report de deux ans de la définition du schéma cible de SRR. Dans l'attente, il est nécessaire de ne pas modifier les fondamentaux du financement. Avis défavorable.

*Après une épreuve à main levée déclarée douteuse, les amendements n°302 rectifié bis, 346 rectifié bis, 547,*

*mis aux voix par assis et debout, ne sont pas adoptés.*

*L'article 48, modifié, est adopté.*

## ARTICLES ADDITIONNELS

**M. le président.** – Amendement n°422 rectifié, présenté par M. Antiste, Mme Conconne, M. Devinaz, Mme Ghali, M. Iacovelli, Mmes Jasmin, G. Jourda, Lepage et Lienemann, M. Todeschini et Mmes Espagnac et Blondin.

Après l'article 48

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, après le mot : « spécifiques », sont insérés les mots : « liés notamment à l'éloignement, à l'insularité, aux risques naturels, à la dépendance économique vis-à-vis d'un petit nombre de produits et au surcoût des dépenses de personnel ».

**M. Maurice Antiste.** – Dans tous les départements d'outre-mer, les hôpitaux font face à des surcoûts liés à l'insularité, aux dépenses de personnel, aux frais d'approche, aux évacuations sanitaires mais également ceux liés à la mise aux normes des bâtiments en matière sismique et cyclonique.

Les coefficients géographiques appliqués dans les outre-mer par la sécurité sociale aux tarifs nationaux, aux forfaits annuels et à la dotation complémentaire des établissements de santé, bien que majorés par rapport à l'Hexagone, de 26 % pour la Guadeloupe et



la Martinique, de 31 % pour La Réunion et la Guyane, ne compensent pas les charges pesant sur les hôpitaux.

C'est ainsi que, chaque fin d'année, une aide exceptionnelle en trésorerie est accordée a posteriori aux établissements de santé.

Afin d'assurer un financement réaliste et adapté à la situation des outre-mer, cet amendement précise les critères sur lesquels reposent les coefficients géographiques.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Avis favorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Demande de retrait. Les surcoûts sont d'ores et déjà inclus dans les coefficients géographiques. En outre, ces derniers ont été réactualisés en mars 2017 pour la Corse, les Antilles et la Guyane.

*L'amendement n°422 rectifié n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°574, présenté par Mme Lienemann et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'article 48

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale est supprimée.

**Mme Marie-Noëlle Lienemann.** – Le Gouvernement prétend qu'en augmentant le forfait hospitalier de 2 euros à 20 euros, il ne fait que l'ajuster à l'inflation alors que si le forfait hospitalier avait suivi l'inflation depuis sa création, il serait de 7 euros.

Quelque 200 millions d'euros sont en jeu, les patients sans mutuelle verront leurs frais d'hospitalisation alourdis et ceux qui en ont une, la paieront plus cher : dans les deux cas, ce sera aux patients de payer !

Or ce montant correspond au doublement des avantages fiscaux concédés aux porteurs d'actions gratuites : est-il bien juste de dépenser autant d'argent public dans ces avantages fiscaux - qui bénéficient surtout à des cadres de multinationales -, que dans l'hôpital public qui en a tant besoin ?

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Le montant du forfait journalier n'a pas été revalorisé depuis des années. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Il n'a pas été revalorisé depuis 2010, l'augmentation de deux euros correspond à l'inflation. La grande majorité des patients n'ont pas à payer ce forfait, par exemple les femmes enceintes, les nourrissons, les victimes d'attentats, les bénéficiaires de la CMU-C. En outre, pour 95 % des Français, c'est pris en charge par leur mutuelle. Avis défavorable.

**Mme Marie-Noëlle Lienemann.** – On connaît bien cette thèse. C'est la même pour les APL. Ce seraient

les mutuelles qui payeraient et pas les patients. Mais les mutuelles vont augmenter leurs tarifs !

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe.** – Mais non !

**Mme Marie-Noëlle Lienemann.** – Si. La Mutualité française me l'a confirmé.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Si elles le faisaient, elles augmenteraient leurs tarifs de 0,5 %. Or nous avons inclus cet aspect dans les négociations, car la part des mutuelles dans le financement diminue, il est temps de les repositionner.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe.** – J'invite Mme Lienemann à réfléchir sur les frais de gestion des mutuelles, de 20 à 25 %. Vous avez peut-être lu l'article du professeur Didier Tabuteau et de Martin Hirsch sur ce sujet. Il est temps de revoir la place des mutuelles dans le financement de la sécurité sociale.

**Mme Marie-Noëlle Lienemann.** – À qui le dites-vous !

**M. Bernard Jomier.** – L'assurance maladie sait être complémentaire. Voyez la CMU ! Il faut réfléchir à offrir à tous les assurés sociaux l'assurance maladie comme complémentaire.

*L'amendement n°574 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°226 rectifié, présenté par M. Tourenne et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'article 48

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la publication de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2018, le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif à la situation des établissements de soins de suite et de réadaptation très spécialisés, du point de vue de la dotation modulée à l'activité attribuée en 2017 et 2018.

Ce rapport présente les solutions budgétaires et tarifaires ainsi que les coefficients de spécialisation que le Gouvernement entend prendre en compte pour éviter que les charges notamment de fonctionnement des structures très spécialisées et les plus indispensables aux personnes handicapées ou présentant les pathologies ou polyopathologies les plus sévères et des soins de longues durées ne soient insuffisamment couvertes.

**M. Jean-Louis Tourenne.** – Avec la T2A, on a établi des moyennes de prise en charge des établissements. Or il y a des différences considérables entre eux. La moyenne n'est pas un outil satisfaisant. J'ai la tête dans le feu et les pieds dans le frigo, ça veut dire que je suis à l'aise ? Non ! (*Sourires*) Pour une part, les établissements sont bénéficiaires et, pour une autre part, c'est une difficulté. Le report de deux ans est une bonne chose, le temps d'évaluer et d'adapter aux spécificités.

**Mme Catherine Deroche**, *rapporteuse*. – Un rapport supplémentaire sur le sujet ne fera pas avancer la question. Retrait.

**Mme Agnès Buzyn**, *ministre*. – Un rapport qui couvre l'ensemble des activités hospitalières est transmis chaque année au Parlement. Votre amendement est satisfait. Retrait.

*L'amendement n°226 rectifié est retiré.*

## ARTICLE 49

*L'amendement n°538 n'est pas défendu.*

**M. le président**. – Amendement n°304 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Wattebled, A. Marc, Malhuret et Decool, Mme Mélot et MM. Bignon, Capus, Guerriau, D. Laurent, Lagourgue et Fouché.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Les dispositions financières du présent article concernant les décisions des agences régionales de santé et relatives à la fongibilité des financements des dispositifs d'appui à la coordination territoriale ainsi qu'aux règles de gestion du fonds d'intervention régional sont publiées au recueil des actes administratifs.

**Mme Colette Mélot**. – Cet amendement rend publiques les décisions des ARS en matière d'attribution des fonds aux établissements de santé. Il s'agit donc d'accroître la transparence du financement de l'assurance maladie et de permettre un accès libre aux données d'attribution des comptes publics.

**M. le président**. – Amendement identique n°345 rectifié, présenté par Mme Doineau, MM. Bonnacarrère, Détraigne et Kern, Mmes Joissains, Goy-Chavent et Férat, MM. Henno, Laugier, Canevet, Médevielle et Janssens, Mmes Sollogoub, Gatel et Guidez, M. L. Hervé, Mme Loisier, M. Moga, Mme de la Provôté et M. Delcros.

**Mme Élisabeth Doineau**. – Défendu.

**Mme Catherine Deroche**, *rapporteuse*. – Cette obligation ne fournirait qu'une information partielle et compliquerait la tâche des ARS. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn**, *ministre*. – Avis défavorable.

*L'amendement n°304 rectifié bis est retiré, ainsi que l'amendement n°345 rectifié.*

**M. René-Paul Savary**. – Quand il y a des crédits non consommés, ils viennent en déduction l'année suivante. Ce n'est pas le cas pour l'APA2 : à quand l'irrecevabilité financière pour les dépenses que l'État engage sur les ressources des départements ?

Il y a fongibilité des crédits FIR. Un rapport sénatorial formulait des propositions intéressantes.

*L'article 49 est adopté.*

## ARTICLE ADDITIONNEL

**M. le président**. – Amendement n°500, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 49

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6111-3-... ainsi rédigé :

« Art. L. 6111-3-... – I. – Plus aucun service ou établissement public de santé ne peut être fermé ou se voir retirer son autorisation, sans l'avis favorable du conseil de surveillance de l'établissement et de la conférence de santé du territoire, jusqu'à ce qu'une offre de santé au moins équivalente, pratiquant le tiers payant et les tarifs opposables soit garantie à la population concernée. La commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement sont également consultés. Leur avis est joint à ceux prononcés par le conseil de surveillance de l'établissement et la conférence de santé du territoire et adressé au directeur de l'Agence régionale de santé qui en tire toutes conséquences utiles.

« II. – Le I n'est pas applicable aux services et établissements publics de santé qui présentent un risque grave et imminent pour la santé et la sécurité des personnels, de ses usagers ou des personnes présentes à d'autres titres dans l'établissement.

« III. – Un décret en Conseil d'État précise les conditions dans lesquelles le directeur de l'Agence régionale de santé fait application du I, ainsi que les voies de recours devant l'autorité administrative. »

**Mme Laurence Cohen**. – Avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoires (GHT), la situation ne fait que se dégrader davantage. Aussi proposons-nous un moratoire des fermetures des services et établissements de santé : c'est plus que jamais nécessaire.

Entre 1995 et 2005, près de 1 200 recompositions hospitalières ont eu lieu en France. Entre 1992 et 2003, 83 000 lits d'hospitalisation complète ont été supprimés, représentant 15 % des capacités installées ; 380 établissements (11 % des établissements existants en 1992) ont été supprimés ou regroupés ; le nombre de lits a baissé dans le secteur public de façon beaucoup plus importante que dans le secteur privé, en pourcentage comme en volume.

Le nombre de maternités a, quant à lui, chuté de 60 % en trente ans, sans parler des conséquences que cela a entraîné sur les centres d'IVG : 130 centres ont été fermés en dix ans.

Dans mon département, une maternité de secteur 1, celle d'Ivry-sur-Seine a été fermée, au profit de celle du Kremlin-Bicêtre. Résultat huit ans après : la maternité du Kremlin Bicêtre est complétement saturée !

Même chose pour le Grand hôpital Nord, à Saint-Ouen, qui entraîne des fermetures à Bichat et à Beaujon... avec un recul de 400 lits au total.

Les exemples pourraient être multipliés dans tous les départements. Les motivations de fermeture sont avant tout financières.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Cet amendement est démagogique. Quand on décide de fermer une maternité ou un hôpital de proximité, c'est pour des raisons de qualité des soins et non des raisons financières. Si un plateau technique est trop peu utilisé, la qualité n'est pas au rendez-vous. Ceux qui réclament le maintien de ces maternités n'y enverraient pas leur fille !

Il faut parvenir à expliquer à nos concitoyens qu'il vaut mieux faire 50 kilomètres de plus plutôt qu'atterrir dans un établissement où on ne sera pas bien soigné. Soyons raisonnables, c'est le sens de la réorganisation des soins que nous proposons - elle permettra aussi de rouvrir des lits dans des secteurs où il en manque, je pense, par exemple, à la pédopsychiatrie.

Je souhaite offrir à mes concitoyens ce que je veux pour mes parents ou mes enfants ! (*Applaudissements sur les bancs des groupes Les Républicains, Les Indépendants et LaREM*)

**Mme Laurence Cohen.** – La qualité des soins, oui ! Mais en zone montagnaise, 50 kilomètres c'est beaucoup - une femme peut en arriver à accoucher dans la voiture. L'exemple de la maternité de secteur 1, à Ivry-sur-Seine, ne posait aucun problème de sécurité. Aujourd'hui, les « usines à bébés » satisfont-elles les Françaises qui n'ont pas une grossesse pathologique ? Les déserts médicaux sont dus à la concentration des moyens sur certains pôles. Les GHT, c'est pour faire des économies et pourtant ce sont des gouffres financiers...

*L'amendement n°500 n'est pas adopté.*

*L'amendement n°178 rectifié ter n'est pas défendu.*

## ARTICLE 50

**M. Philippe Mouiller.** – Certains handicapés doivent être accueillis en Belgique. Il faut trouver une solution à cette situation dramatique. Seul un fonds d'amorçage de 15 millions d'euros a été mis en place. 6 500 Français sont accueillis en Belgique dont 1 500 enfants pour un coût de 400 millions d'euros pour les collectivités territoriales.

Même si des mesures ont été mises en place avec la réponse accompagnée pour tous, il faut travailler davantage au retour de nos compatriotes. Je suggère la création d'un fonds. La situation est intolérable.

**M. le président.** – Amendement n°501, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Supprimer cet article.

**M. Dominique Watrin.** – L'article 50 généralise les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), actuellement applicables aux Ehpad, à tous les établissements du secteur du médico-social.

Ensuite, il supprime l'opposabilité des conventions collectives de travail aux établissements.

Alors que ce secteur est marqué par une grande précarité, une telle mesure aggraverait la situation en contribuant au démantèlement du statut collectif des personnels du secteur social et médico-social. D'où cet amendement de suppression.

**M. Bernard Bonne, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social.** – Je ne peux pas être favorable à cet amendement. Il y a bien des carences, mais le CPOM, par sa pluriannualité, est un bon outil pour y faire face. Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis défavorable.

*L'amendement n°501 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°141, présenté par M. Bonne, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 2

Rédiger ainsi cet alinéa :

1° La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 313-1 est ainsi rédigée : « Toute autorisation est réputée caduque pour la part de l'activité de l'établissement ou du service qui n'est pas ouverte au public dans un délai et selon des conditions fixées par décret. » ;

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** – La rédaction actuelle de l'article 50 présente le risque d'une caducité totale de l'autorisation en cas d'une installation seulement partielle de places. Cet amendement tend à sécuriser le dispositif pour les places effectivement ouvertes par les établissements, qui ne pourront se voir menacer de caducité.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – L'objectif est plus de souplesse. Cet amendement crée un vide juridique en ne traitant pas du cas de caducité totale. L'intention du Gouvernement est la même que la vôtre. Retrait.

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** – Je le retire.

*L'amendement n°141 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°557 rectifié, présenté par MM. Gremillet et Husson, Mmes Di Folco et Imbert et MM. Morisset, Raison, Perrin, Paul, Pierre, Mouiller et Genest.

Après l'alinéa 3

Insérer trois alinéas ainsi rédigés :

...) Le premier alinéa du A est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« IV ter. – A. – La personne physique ou morale qui gère un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné aux I ou II, à l'exception des petites unités de vie non médicalisées, conclut un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec le ou les présidents du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé concernés.

« Les modalités spécifiques de conventionnement de ces petites unités de vie avec le conseil départemental et l'agence régionale de santé sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

**M. Jean-Marie Morisset.** – Cet amendement permet aux petites unités de vie (PUV) ayant opté pour la non-médicalisation en interne, de déroger à l'obligation de signer un CPOM de type Ehpad avec le conseil départemental et l'ARS, ainsi qu'à l'obligation de se conformer à la procédure de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), dans la mesure où elles ne sont pas tarifées par ces autorités de tarification.

Les maisons d'accueil rural pour les personnes âgées (MARPA) constituent une solution d'hébergement intermédiaire entre le domicile et l'Ehpad. Elles bénéficient aux territoires où elles sont implantées. Elles ne perçoivent pas de crédit de l'assurance maladie. Il est donc injuste que le CPOM s'impose à elles. Évitions les lourdeurs de gestion administrative.

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** – Je comprends l'intention de l'amendement. Mais il n'est pas adéquat. Pour les petites unités de vie médicalisées liées à un Ehpad, il est plus simple de maintenir le CPOM. Avis du Gouvernement ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Nous sommes en ligne avec le rapporteur. Les CPOM ont une visée de qualité et d'efficacité. Retrait ou avis défavorable.

**M. Jean-Marie Morisset.** – Le débat était nécessaire. Imposer un CPOM est déraisonnable, mais j'accepte de retirer.

*L'amendement n°557 rectifié est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°142, présenté par M. Bonne, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'alinéa 9

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Après la première phrase, sont insérées deux phrases ainsi rédigées : « Lorsqu'un organisme gère plusieurs de ces établissements et services situés dans le même ressort territorial et financés par la même autorité de tarification, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est conclu pour l'ensemble de ces établissements entre la personne physique ou morale qui

en est gestionnaire et l'autorité de tarification. Dans les cas où cette dernière réunit le président du conseil départemental et le directeur de l'agence régionale de santé, ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut inclure les établissements situés dans d'autres départements de la même région, sous réserve de l'accord des présidents de conseils départementaux concernés et du directeur général de l'agence. » ;

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** – Cet amendement propose de reproduire dans le champ du handicap l'obligation de CPOM déjà prévue aux Ehpad gérés par le même gestionnaire dans le même département. Les établissements et services chargés de la prise en charge du handicap auraient l'obligation de contracter un CPOM unique à la triple condition d'une identité de gestionnaire, de ressort territorial et de mode de tarification.

Il s'agit à notre sens d'une contribution à la restructuration efficace de l'offre médico-sociale via l'outil contractuel. Je précise que c'est sous réserve de l'accord des présidents de conseils départementaux.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis défavorable. Il n'est pas nécessaire de l'imposer dans la loi. Laissons une marge de manœuvre aux ARS et aux conseils départementaux pour juger en opportunité. Modifier la règle actuelle serait contre-productif. Retrait ou avis défavorable.

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** – Ne traitons pas différemment handicap et personnes âgées.

**M. René-Paul Savary.** – Nous avons un an d'expérience pour la tarification des Ehpad. Or c'est une affaire compliquée. Tout le monde n'est pas gagnant. Le CHU de Reims aura 5 millions d'euros de financement de moins ces prochaines années. Le principe d'un alignement des handicapés sur les personnes âgées est bon en théorie, difficile dans la pratique.

*L'amendement n°142 est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°143, présenté par M. Bonne, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéa 11

Remplacer les mots :

Après la troisième phrase, est insérée

par les mots :

Est ajoutée

II. – Alinéa 14

Supprimer les mots :

, à la fin

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** – Amendement rédactionnel.

**M. le président.** – Amendement n°214, présenté par Mme Lienemann et les membres du groupe socialiste et républicain.

Alinéas 12 à 14

Supprimer ces alinéas.

**M. Jean-Louis Tourenne.** – Reportons la mesure proposée pour mieux examiner les nouvelles modalités de financement.

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** – Je comprends les inquiétudes sur la fin de l'opposabilité de la convention collective. Mais elle ne signifie pas la fin des revalorisations salariales.

Il faut responsabiliser les gestionnaires d'établissement et donc leur donner des marges de manœuvre. De plus, il sera possible de conserver les excédents au profit des personnes handicapées, comme c'est le cas pour les personnes âgées.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis favorable à l'amendement n°143. Avis défavorable à l'amendement n°214.

*L'amendement n°143 est adopté.*

*L'amendement n°214 n'a plus d'objet.*

**M. le président.** – Amendement n°303 rectifié *quater*, présenté par MM. Chasseing, Wattebled, A. Marc, Malhuret et Decool, Mme Mélot et MM. Bignon, Capus, Guerriau, Lagourgue et Fouché.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Avec l'accord des deux parties, les personnes en accueil de jour en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes peuvent être intégrées au pôle d'activités et de soins adaptés, sauf avis contraire du médecin coordonnateur du pôle.

**M. Daniel Chasseing.** – Le Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) est un espace d'accueil pour les résidents des établissements pour personnes âgées dépendantes souffrant de troubles cognitifs consécutifs particulièrement à une maladie neurodégénérative associée à un syndrome démentiel.

Les personnes en accueil de jour des Ehpad doivent pouvoir être intégrées au PASA, sauf avis du médecin coordonnateur. Il serait opportun pour certains Ehpad, notamment en zone rurale, d'abaisser le seuil de places en accueil de jour de six à quatre lits.

Je ne comprends pas le refus de l'ARS. C'est pourtant une mesure de bon sens, qui ne pose pas de problème budgétaire. L'accueil de jour est essentiel pour le répit des aidants.

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** – Cet amendement est satisfait par la nouvelle rédaction de l'alinéa 9 de l'article 50. Retrait. Des financements complémentaires sont donnés au titre des PASA.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Retrait sinon défavorable.

**M. Daniel Chasseing.** – Je sais comment sont financés les PASA ! Je doute simplement que les établissements qui pratiquent l'accueil de jour puissent participer aux pôles.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Votre proposition désorganiserait les PASA. Le PLFSS comporte déjà des mesures en faveur des personnes atteintes d'Alzheimer : nous créerons 1 500 places d'hébergement de jour supplémentaires dans les Ehpad, nous renforcerons les équipes de maintien à domicile et prenons des dispositions en faveur des aidants.

*L'amendement n°303 rectifié quater n'est pas adopté.*

**Mme Annie Delmont-Koropoulis.** – Quand on légifère dans le domaine médico-social, il faut veiller à la compatibilité avec les réalités, notamment budgétaires. La suppression des conventions collectives se fait sans concertation, elle risque de fragiliser encore l'exercice des missions... La libre affectation des excédents d'exploitation est une bonne chose. Mais attention à ne pas fragiliser le secteur.

*L'article 50, modifié, est adopté.*

## ARTICLES ADDITIONNELS

*L'amendement n°515 rectifié n'est pas défendu.*

**M. le président.** – Amendement n°225, présenté par M. Tourenne et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'article 50

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – La section 4 du chapitre II du titre I<sup>er</sup> du livre III du code de l'action sociale et des familles est complétée par un article L. 312-7-... ainsi rédigé :

« Art. L. 312-7-... – Les appartements de coordination thérapeutique mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 peuvent fonctionner en service d'intervention à domicile pour accompagner des personnes malades chroniques et en situation de précarité. Ces interventions visent notamment la prévention des expulsions locatives. Les modalités de ces interventions et de leur financement sont fixées par voie réglementaire.

« Les appartements de coordination thérapeutique peuvent fonctionner en dispositif. Le fonctionnement en dispositif consiste en une organisation des établissements d'appartements de coordination thérapeutique en services constitués d'équipe pluridisciplinaire d'accompagnement à domicile pour les personnes malades chroniques en situation de précarité mentionnés au premier alinéa du présent article. Les interventions de ces équipes sont destinées à prévenir notamment le risque d'expulsion locative par des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives en fonction des besoins

médico-psycho-sociaux des personnes qu'ils accompagnent. Dans le cadre du dispositif, ces services proposent aux bailleurs sociaux et aux locataires, directement ou en partenariat, l'ensemble des modalités d'accompagnement prévues par les équipes pluridisciplinaires des appartements de coordination thérapeutique.

« Un cahier des charges fixé par décret définit les conditions de fonctionnement et de financement en dispositif intégré.

« Le fonctionnement des services d'accompagnement à domicile pour les personnes malades chroniques en situation de précarité est subordonné à la conclusion d'une convention entre l'agence régionale de santé, les organismes de protection sociale et les établissements et services intéressés.

« Les établissements et services signataires de la convention adressent, au plus tard le 30 juin de chaque année à l'agence régionale de santé, un bilan établi selon des modalités prévues par décret. »

II. – Le I est applicable à compter de la conclusion des conventions mentionnées au quatrième alinéa de l'article L. 312-7-1 du code de l'action sociale et des familles, et au plus tard le 31 décembre 2018.

III. – Un rapport portant sur les conséquences du fonctionnement en dispositif à domicile des appartements de coordination thérapeutique sur le parcours des personnes malades chroniques et en situation de précarité et sur les établissements et services concernés est remis par le Gouvernement au Parlement au plus tard le 31 décembre 2018.

**M. Jean-Louis Tourenne.** – En 2015, plusieurs milliers de personnes atteintes de pathologies lourdes ont été expulsées de leur logement. Cela entraîne toujours un abandon des soins. Il faut augmenter le périmètre des appartements de coordination thérapeutique.

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** – Cet amendement est prématuré. L'appartement de coordination thérapeutique est un dispositif dédié aux personnes en très grande vulnérabilité. Une expérimentation pour étendre le dispositif est en cours avec 150 000 euros pour financer 50 places à domicile. Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Retrait ou avis défavorable.

**M. Jean-Louis Tourenne.** – Il y a urgence ! Dès la fin de l'hiver, de nouvelles expulsions seront exécutées. La solution des appartements de coordination thérapeutique est adaptée. C'est une question d'humanité.

**M. Yves Daudigny.** – La proposition n'est pas prématurée. On ne peut pas attendre. Je voterai cet amendement avec conviction.

*L'amendement n°225 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°497 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 50

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles est complété par un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – Il est instauré un moratoire sur la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à compter de la promulgation de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2018. »

**M. Dominique Watrin.** – La réforme de la tarification remet en cause le financement de la dépendance dans les Ehpad, et ce dans une conjoncture tendue : arrêt des contrats aidés, baisse des dotations, reste à charge de plus en plus élevé, etc. L'Ehpad Foucherans n'est pas un cas isolé. Les conflits se multiplient, la déshumanisation du travail et les atteintes à la dignité des personnes âgées sont courantes. Le GIR est départemental : où est le principe républicain d'égalité ? Le forfait soins, la création d'un poste d'infirmier de nuit ne compenseront pas le recul. Le pourcentage d'Ehpad en difficulté est plus près de 25 % que de 3 %... Il faut un moratoire.

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** – Votre amendement condamnerait les Ehpad à un manque à gagner criant. Mais bien sûr, il faut regarder les choses de près afin qu'aucun établissement ne soit mis en difficulté par la réforme de la tarification.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Je ne suis pas favorable à un moratoire. La réforme, initiée avant mon arrivée, visait à rétablir l'équité. Un délai de sept ans est prévu, ce qui laisse un temps d'adaptation suffisant. Un comité de suivi a été créé, il s'est réuni une première fois en septembre dernier.

Dans le cadre de la convergence, 397,9 millions d'euros supplémentaires seront alloués aux Ehpad sur sept ans. Avec la convergence du forfait soins, le solde en fin de période de convergence sera positif de 100 millions d'euros environ.

Pour les 2,9 % d'établissements en difficulté, nous dégagerons une enveloppe de 28 millions.

Le comité de suivi poursuit ses travaux, il se réunira à nouveau en mars prochain. Enfin, il y a également des mesures pour la qualité de vie dans les Ehpad. Un groupe de travail a été créé, une charte nationale et un guide sur la qualité de vie au travail seront présentés. Des instructions ont également été données aux ARS pour inclure la qualité de vie dans les Cepom.

Retrait sinon avis défavorable.

**M. Alain Milon, président de la commission.** – MM. Labazée et Roche avaient mené un excellent travail sur la loi ASV. Les difficultés viennent d'un alinéa qui a échappé à la vigilance de tous, dans un dispositif d'une page. Je mets en garde la ministre sur

le RSI : avec 34 pages et plus de 300 alinéas, il y a un risque de passer à côté de certaines choses...

**M. Jean-Marie Morisset.** – Je n'avais pas non plus le souvenir que nous avions voté une modification concernant les Ehpad. La loi ASV concernait essentiellement les soins à domicile.

**M. Dominique Watrin.** – Je crains un déséquilibre au détriment des Ehpad publics. Le nombre d'établissements fragilisés est bien plus important que ce que l'on dit.

La qualité de vie est à inclure dans le plan Grand Âge. Et comment financera-t-on l'accompagnement des personnes âgées ? La Cour des comptes a chiffré les besoins à 47 milliards d'ici 2040. Il faut une volonté politique et prendre des mesures justes.

*L'amendement n°497 rectifié n'est pas adopté.*

### ARTICLE 50 BIS

**M. le président.** – Amendement n°144, présenté par M. Bonne, au nom de la commission des affaires sociales.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le I de l'article L. 14-10-6 du code de l'action sociale et des familles est complété par un 3° ainsi rédigé :

« 3° Dans le cas où les départements n'ont pu entièrement consommer les crédits du montant mentionné au 2° du présent I, le reliquat de leur part calculée après répartition est portée en complément du montant mentionné au 1° du présent I après répartition. »

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** – Cet amendement a pour objet de remédier au problème regrettable de la sous-consommation des crédits de l'APA 2. Les départements se trouvent dans la situation paradoxale de ne pouvoir dépenser des crédits dont ils ont grandement besoin, tandis que les réserves inemployées de la CNSA sont affectées à une destination tout autre - le RSA.

Fusionner le reliquat non consommé de l'APA 2 et le montant de l'APA 1 est une mesure de clarification financière et de soutien aux départements.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Nous serons très attentifs à ce que les 100 millions soient utilisés pour améliorer les soins dans les Ehpad. Avis défavorable.

*L'amendement n°144 est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°145, présenté par M. Bonne, au nom de la commission des affaires sociales.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – À titre expérimental, et uniquement dans les départements où sont mises en place les conférences mentionnées à l'article L. 233-1 du code de l'action sociale et des familles, l'agence régionale de santé peut

privilégier les centres mentionnés au 11° du I de l'article L. 312-1 du même code, lorsqu'ils disposent des moyens nécessaires, pour la mise en œuvre de la méthode d'action mentionnée à l'article L. 113-3 dudit code. La désignation de ces centres par l'agence régionale de santé se fait après concertation des présidents des conseils départementaux de la région et en cohérence avec le schéma régional de santé mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique et avec les schémas départementaux relatifs aux personnes en perte d'autonomie mentionnés à l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles.

La répartition entre gestionnaires de centres mentionnés au 11° du I de l'article L. 312-1 du même code des crédits réservés par l'agence régionale de santé pour la mise en œuvre de la méthode d'action mentionnée à l'article L. 113-3 dudit code se décide alors dans le cadre de la conférence mentionnée à l'article L. 233-1 du même code.

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** – Nous proposons une expérimentation dans les départements où la conférence des financeurs est installée. L'agence régionale de santé serait incitée à investir les CLIC des missions habituellement attribuées aux MAIA - s'ils disposaient des moyens humains et structurels nécessaires.

Cet amendement rejoint les préconisations du Conseil économique, social et environnemental. Certaines pratiques de terrain semblent très positives ; le rapprochement des structures d'accompagnement des personnes âgées a un double objectif, mutualisation des coûts et clarté du système pour les usagers.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Il n'y a aucun obstacle au rapprochement entre les CLIC et MAIA, qui travaillent déjà ensemble. Une rationalisation des structures d'appui est engagée sur le territoire. Avis défavorable à cet amendement, prématuré et qui privilégie une solution plutôt qu'une autre.

**M. René-Paul Savary.** – J'ai rapproché CLIC et MAIA dans mon département. Cependant, les CLIC sont financés par les départements, les MAIA par l'ARS, à hauteur de 250 000 euros. Ce n'est pas la même chose. Dans les MAIA, il y a un gestionnaire pour 36 dossiers. Dans mon CLIC, il y en a 1 pour 100. Laissons chaque territoire trouver la solution de rapprochement adéquate. Les départements sont légitimes pour agir. Si le rapprochement est fait avec intelligence, il débouchera sur un meilleur service au meilleur coût.

*L'amendement n°145 est adopté.*

*L'article 50 bis, modifié, est adopté.*

### ARTICLES ADDITIONNELS

**M. le président.** – Amendement n°166 rectifié bis, présenté par MM. Mouiller et Bazin, Mme Billon,

MM. Bonne et Cambon, Mme Canayer, M. Chaize, Mme Chauvin, MM. Cornu, Cuypers, Dallier et Danesi, Mmes de Cidrac, Dumas et Estrosi Sassone, MM. B. Fournier et Frassa, Mmes Garriaud-Maylam et F. Gerbaud, M. Groperrin, Mmes Gruny et Lassarade, MM. Lefèvre et Leroux, Mmes Lopez, Micouleau et Morhet-Richaud, MM. Morisset, Paul et Perrin, Mme Puissat, MM. Revet, Savary et Sol, Mme Deromedi, MM. Kennel, Gilles et Chatillon, Mmes L. Darcos et Gatel, M. Kern, Mme Malet, MM. Brisson, Canevet, Darnaud, Genest, Mandelli, Longeot et Laménie, Mmes Bories et Bonfanti-Dossat et MM. Rapin, L. Hervé, Husson et Mayet.

Après l'article 50 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le f du III de l'article L. 14-10-7 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« (...) Le nombre de fonctionnaires qui y sont placés en détachement régis par le statut général de la fonction publique territoriale. »

**M. Philippe Mouiller.** – Cet amendement affine les critères d'allocation par la CNSA des moyens versés aux MDPH. Ces dernières sont intensément mobilisées et peinent à faire face à leurs nombreuses missions. Beaucoup sont saturées.

Les conseils départementaux sont mis à contribution pour pallier les départs de fonctionnaires détachés de la fonction publique d'État. L'État doit tenir compte des efforts financiers de ces conseils départementaux dans le versement de la dotation CNSA aux MDPH.

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** – Avis favorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Favoriser les MDPH ayant recours aux fonctionnaires départementaux détachés serait contraire au principe d'égalité de traitement. Avis défavorable.

**M. Bernard Jomier.** – Dans mon département, on a compensé la baisse des dotations de l'État non par un détachement de fonctionnaires mais par une hausse de la dotation. Cet amendement pourrait entraîner un traitement injuste.

**M. Philippe Mouiller.** – Je retire mon amendement. Nous voulions provoquer une réflexion sur le fonctionnement des MDPH tout en attirant l'attention sur les efforts des conseils départementaux. Il faut aider les MDPH à assurer leurs nouvelles missions.

*L'amendement n°166 rectifié bis est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°190 rectifié bis, présenté par MM. Mouiller et Bazin, Mme Billon, MM. Bonne et Cambon, Mme Canayer, M. Chaize, Mme Chauvin, MM. Cornu, Cuypers, Dallier et Danesi, Mmes de Cidrac, Dumas et Estrosi Sassone, MM. B. Fournier et Frassa, Mme Garriaud-Maylam, M. Groperrin, Mmes Gruny et Lassarade,

MM. Lefèvre et Leroux, Mmes Micouleau et Morhet-Richaud, MM. Morisset, Paul et Perrin, Mme Puissat, MM. Revet, Savary et Sol, Mme Deromedi, MM. Kennel, Gilles et Chatillon, Mme L. Darcos, M. Kern, Mme Malet, MM. Brisson, Canevet, Darnaud, Genest, Mandelli, Longeot et Laménie, Mmes Bories et Bonfanti-Dossat, MM. Rapin, L. Hervé et Husson, Mme Lamure et M. Pointereau.

Après l'article 50 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa de l'article L. 245-1 est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Dans le cas d'un versement en nature, et si les attributaires de la prestation bénéficient d'un logement mentionné au premier alinéa de l'article L. 441 du code de la construction et de l'habitation, il peut être procédé, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, à une mutualisation de l'attribution de la prestation, notamment lorsque celle-ci est affectée aux charges mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 245-3 du présent code. Les modalités de cette mutualisation sont alors définies, après avis de la commission mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 111-7-1 du code de la construction et de l'habitation, par convention entre le conseil départemental et le bailleur social. » ;

2° Le deuxième alinéa de l'article L. 245-2 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Dans le cas d'une demande mutualisée, ce plan de compensation peut être établi en tenant compte de l'ensemble des personnes concernées » ;

3° Au 3° de l'article L. 245-3, les mots : « personne handicapée » sont remplacés par les mots : « ou des personnes handicapées » ;

4° La première phrase de L. 245-5 est ainsi modifiée :

a) Les mots : « personnalisé de compensation » sont remplacés par les mots : « mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 245-2 » ;

b) Les mots : « que son » sont remplacés par les mots : « qu'un » ;

5° Au début de la première phrase de l'article L. 245-8, sont insérés les mots : « Sauf pour les cas où elle fait l'objet d'un versement mutualisé dans les conditions prévues à l'article L. 245-1, » ;

6° Le premier alinéa de l'article L. 245-12 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Dans le cas d'un versement mutualisé de la prestation, ces rémunérations font l'objet d'un partage entre bénéficiaires tenant compte de la situation particulière de chacun d'entre eux. »

**M. Philippe Mouiller.** – La mutualisation de la PCH lorsque plusieurs personnes handicapées partagent un logement social adapté serait une mesure de souplesse bienvenue.



**M. Bernard Bonne, rapporteur.** – Cette mutualisation de la PCH est un pas nécessaire à franchir pour assurer la sécurité juridique de ceux qui en bénéficient. Je salue l'initiative de M. Mouiller. Avis favorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Le Gouvernement a élaboré une stratégie sur le logement inclusif. Une aide spécifique forfaitaire a été créée ; un observatoire de l'habitat inclusif a été installé le 10 mai dernier, un guide sera publié bientôt. Votre amendement est satisfait.

**M. Philippe Mouiller.** – Un député en mission a été nommé sur la simplification dans le domaine du handicap. Il se prononcera dans dix-huit mois. Mais dix-huit mois, c'est long ; il faut agir.

*L'amendement n°190 rectifié bis est adopté.*

## ARTICLE 51

**Mme Laurence Cohen.** – L'article 51 organise le transfert des missions de l'ANESM à l'HAS. Les institutions de protection de l'enfance sont inquiètes. Vu le champ et l'étendue des missions de la HAS, comment prendra-t-elle en compte la spécificité du secteur médico-social ? C'est pourquoi nous proposerons d'élargir le collège de la HAS. En outre, il est regrettable que les personnels n'aient pas été consultés.

**M. le président.** – Amendement n°146 rectifié, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Au deuxième alinéa, après les mots : « à l'article L. 312-1 », sont ajoutés les mots : « du présent code » ;

II. – Alinéa 6

Remplacer la première occurrence du mot :

troisième

par les mots :

fin de la troisième

et les mots :

, au sixième alinéa et à la fin

par les mots :

et à la fin du sixième alinéa et

III. – Alinéa 7

Remplacer le mot :

seizième

par le mot :

avant-dernier

IV. – Alinéa 10

Compléter cet alinéa par les mots :

du présent article

V. – Alinéa 14

Rédiger ainsi cet alinéa :

1° Après le 12° de l'article L. 161-37, il est inséré un 15° ainsi rédigé :

VI. – Après l'alinéa 16

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

...- Au 1° du VI de de l'article 166 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le mot « dix-neuvième » est remplacé par le mot : « vingt-troisième ».

*L'amendement de coordination n°146 rectifié, accepté par le Gouvernement, est adopté.*

*L'amendement n°352 rectifié ter n'est pas défendu.*

*L'amendement n°388 rectifié n'est pas défendu.*

**M. le président.** – Amendement n°502 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

I. – Alinéa 10

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Un décret vient préciser sa dénomination, sa composition et son fonctionnement.

II. – Après l'alinéa 16

Insérer quatre alinéas ainsi rédigés :

...° L'article L. 161-42 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « sept » est remplacé par le mot : « huit » ;

b) Après le sixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Un membre non rémunéré désigné par la section sociale du comité national de l'organisation sanitaire et sociale. »

**Mme Laurence Cohen.** – Il est défendu.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Retrait sinon défavorable. Il est inutile d'élargir le collège de la HAS. Des représentants du secteur médico-social participent déjà aux sections et aux travaux de la Haute Autorité.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Cette fusion se profile depuis des années. L'ANESM est une petite structure, avec un *turn over* important dans le personnel. La méthodologie de la HAS est reconnue. Les deux structures sont déjà dans le même bâtiment.

Les membres du collège de la HAS ont une vocation généraliste ; ils ne sont pas nommés en fonction de leur domaine de compétences. En

revanche, le règlement de la HAS permet de créer une section médico-sociale. Il n'est donc pas nécessaire de changer la réglementation. Il sera toujours possible de veiller à l'équilibre entre les spécialités lors des nominations au collège. Cet amendement est donc satisfait.

**Mme Laurence Cohen.** – Soit ! Mais la tendance du Gouvernement est de demander toujours plus aux agences avec moins de moyens !

*L'amendement n°502 rectifié n'est pas adopté.*

*L'article 51, modifié, est adopté.*

### ARTICLE ADDITIONNEL

**M. le président.** – Amendement n°307, présenté par M. Daudigny.

Après l'article 51

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le dernier alinéa du III de l'article L. 221-1-3 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « ainsi que la Haute autorité de santé au titre de ses compétences dans le domaine de la démocratie sanitaire ».

**M. Yves Daudigny.** – La démocratie sanitaire consacrée par la loi du 4 mars 2002 repose sur des droits individuels et la représentation des usagers. Il faut aller plus loin, par la participation ou le partenariat comme dans d'autres pays européens, alors que nous nous sommes surtout attachés aux droits et aux procédures. Des recommandations de la HAS suffiraient. Pour cela, il faut débloquer les ressources adéquates, je songe aux fonds de l'Institut pour la démocratie en santé, au sein de la CNAM.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Cet amendement est satisfait par la rédaction actuelle. Qu'en pense Mme la Ministre, qui connaît bien la HAS ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – La HAS n'a pas pour mission de veiller à la démocratie sociale. Assurons-nous plutôt qu'elle exerce bien ses missions, recentrons-là sur l'expertise scientifique, n'introduisons pas de la confusion. Les usagers sont déjà associés dans toutes ses actions.

**M. Yves Daudigny.** – Il semble que les financements prévus pour la démocratie sanitaire ne soient pas toujours utilisés... Quoi qu'il en soit, je retire mon amendement.

*L'amendement n°307 est retiré.*

*L'article 52 est adopté.*

### ARTICLE 53

**M. Dominique Watrin.** – Année après année, les objectifs de dépenses de l'assurance maladie régressent. Les assurés sociaux comme le personnel

soignant en sont les premières victimes. Le groupe CRCE ne votera pas cet article.

*L'article 53 est adopté.*

### ARTICLE 54

**M. le président.** – Amendement n°309 rectifié *quinquies*, présenté par M. Tissot, Mmes Ghali et Harribey, M. Iacovelli, Mmes Lienemann et Préville, MM. Todeschini, Cabanel, Duran et P. Joly, Mme G. Jourda, MM. Montaugé, Antiste et Mazuir, Mme Taillé-Polian et M. Fichet.

Alinéa 2, tableau, seconde colonne

1° Deuxième ligne

Remplacer le montant :

88,9

par le montant :

87,0

2° Troisième ligne

Remplacer le montant :

80,7

par le montant :

82,6

**Mme Marie-Noëlle Lienemann.** – Cet amendement vise à équilibrer les dépenses au sein de l'Ondam, à rapprocher les dépenses de soins de ville de celles des établissements de santé tarifés à l'activité.

Le Gouvernement proposait d'augmenter de 800 millions d'euros l'écart entre les deux. Nous voulons rapprocher les deux sans modifier le total des dépenses de l'Ondam.

**Mme Catherine Deroche, rapporteure.** – Il faudrait un Ondam bien supérieur ! Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – L'Ondam est équilibré. Il est supérieur à celui des trois années précédentes ; 400 millions d'euros seront consacrés au financement de l'investissement, 600 millions à l'innovation et 200 millions aux mesures nouvelles. Retrait ou avis défavorable.

*L'amendement n°309 rectifié quinquies n'est pas adopté.*

**Mme Laurence Cohen.** – L'Ondam à 195,2 milliards d'euros progresse de 2,1 %, comme en 2017. La loi de programmation des finances publiques a fixé un objectif de réduction de 4 milliards d'euros par an du budget de la santé, ce qui ne tient pas compte du rythme naturel d'évolution des dépenses de santé qui est de 4,1 %. Cela signifie que les besoins des populations ne seront pas couverts. Le budget est indigent. Gérer l'Ondam en gestionnaire ne permet pas de répondre aux besoins de la population, ni du personnel, soumis à une charge de travail accrue et

qui ne peut consacrer aux patients le temps souhaitable.

**M. Yves Daudigny.** – Je m’abstiendrai sur l’article 54.

L’Ondam pour 2018, c’est 4,4 milliards de dépenses nouvelles par rapport à l’Ondam 2017, mais aussi 4,1 milliards d’économies par rapport à la progression tendancielle. L’ATU, envié dans le monde entier, risque d’être affaibli par les mesures prises l’an dernier et confirmées ici. Cela signifierait une perte de chance pour les malades.

En 2015, nos dépenses de santé représentaient 11 % du PIB, comme en Suède, en Allemagne, aux Pays-Bas et au Japon ; la moyenne européenne s’établit autour de 10 %. La consommation de soins médicaux représente 8,9 % du PIB - contre 2,5 % en 1950 !

**Mme Marie-Noëlle Lienemann.** – Je voterai contre cet article. Notre système de santé est en pleine crise ; la situation de nos hôpitaux est dramatique. Nous ne faisons pas les efforts suffisants en matière de santé. Les efforts d’économie se concentrent sur les dépenses de sécurité sociale.

L’austérité pénalise l’hôpital public. Au regard du vieillissement de la population et des progrès technologiques qui renchérissent le coût des traitements, notre pays ne pourra pas faire l’économie de modes de financement mettant à contribution le capital et les richesses produites.

**M. Alain Milon, président de la commission.** – Un Ondam à deux points autorise une augmentation des dépenses de 4 milliards d’euros ; c’est bien, certes, mais le tendanciel est aux alentours de 8 milliards. Le personnel hospitalier est désespéré, c’est vrai. C’est une difficulté majeure, mais qui ne date pas d’aujourd’hui. C’était déjà le cas dans les PLFSS d’hier, que vous avez votés... (*Mme Marie-Noëlle Lienemann se récrie.*)

**Mme Laurence Cohen** – Nous sommes les seuls à avoir toujours voté contre ! (*Sourires*)

**M. Alain Milon, président de la commission.** – On ne peut pas demander à l’État de dépenser 8 milliards d’euros supplémentaires d’une année sur l’autre. Où trouver les ressources ?

**Mme Laurence Cohen.** – L’ISF !

**Mme Marie-Noëlle Lienemann.** – La flat tax !

**M. Alain Milon, président de la commission.** – Un Ondam à 2,3 % peut paraître raisonnable ; pour les professionnels de santé, il est insuffisant. Ce qui importe, c’est moins les chiffres que la philosophie développée par le ministre Darmanin : l’universalité du système disparaîtra au profit d’un système budgété. Le Parlement perdra le contrôle du budget au profit de fonctionnaires qui n’ont pas sa légitimité.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – La réduction des déficits de la sécurité sociale, nous la devons à nos enfants.

**Mme Marie-Noëlle Lienemann.** – Nous leur devons aussi une bonne santé !

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Nous ne pouvons pas continuer à payer nos retraites et notre santé en creusant les déficits.

Vous parlez d’une crise du système de santé : je suis d’accord. Le système dysfonctionne non par manque d’argent mais parce que nous n’avons pas fait les réformes nécessaires. Trop de parcours inefficaces, d’actes redondants : il faut restructurer notre offre de soins.

Madame Cohen, vous posez comme axiome que l’Ondam doit augmenter pour répondre à nos besoins. Or 25 % des actes ne sont pas pertinents. Toutes ces dépenses indues ne servent pas la santé de nos concitoyens - au contraire : un séjour hospitalier inutile, c’est une exposition à des maladies nosocomiales... C’est là que nous devons réaliser des économies. Je souhaite un changement de philosophie. Je vous propose une réforme de fond qui réduira la gabegie (*Mme Marie-Noëlle Lienemann s’exclame.*) et concentrera les dépenses sur les soins utiles. Arrêtons de confondre l’augmentation des dépenses de santé avec l’augmentation de nos besoins.

À la demande du groupe CRCE, l’article 54 est mis aux voix par scrutin public.

**M. le président.** – Voici le résultat du scrutin n°26 :

Nombre de votants .....	341
Nombre de suffrages exprimés .....	264
Pour l’adoption.....	248
Contre.....	16

*Le Sénat a adopté.*

*L’article 55 est adopté, ainsi que l’article 56.*

## ARTICLE ADDITIONNEL

**M. le président.** – Amendement n°507, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l’article 56

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À l’article L. 243-7-3 du code de la sécurité sociale, après le mot : « encontre », sont insérés les mots : « ou en cas de fraude aux cotisations sociales ».

**M. Dominique Watrin.** – Cet amendement étend la responsabilité des holdings vis-à-vis des entreprises qu’elles contrôlent en cas de fraude aux cotisations sociales.

La fraude patronale, particulièrement coûteuse pour les finances publiques, est de loin la plus importante. En 2012, le rapport annuel de la Cour des comptes en estimait le montant entre 20,1 et 24,9 milliards d'euros. Éloquent !

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – La fraude patronale est déjà prise en compte dans l'article. L'amendement est satisfait : retrait ou avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°507 n'est pas adopté.*

## ARTICLE 57

**M. le président.** – Amendement n°504, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Supprimer cet article.

**Mme Laurence Cohen.** – Nous ne partageons pas la philosophie de cet article. La fraude sociale représente 3 % de la fraude détectée - 672 millions d'euros - contre 21,2 milliards d'euros pour la fraude fiscale. La fraude patronale aux cotisations sociales représenterait, elle, 20 milliards d'euros chaque année. Gabegie, disiez-vous ?

Il est regrettable d'accentuer encore la répression, alors que le non-recours aux prestations sociales est estimé à 4 milliards d'euros. Les dérives de la chasse à la fraude ont des conséquences désastreuses et stigmatisent des personnes de bonne foi.

Bref, faute de disposition ciblant la fraude patronale, votre texte paraît clairement politiquement orienté.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Si l'on pouvait récupérer 20 milliards, nous serions tous heureux !

**Mme Laurence Cohen.** – On ne fait rien pour !

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Nous avons interrogé la Cour des comptes : les chiffres ne concordent pas. Je suis contre le principe de hiérarchisation des fraudes en fonction de leur montant. Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – L'harmonisation des procédures d'avertissements favorise le bon fonctionnement du système. En cas de méconnaissance involontaire, l'assuré est invité à rectifier son erreur. Avis défavorable. Le dispositif est plus souple et mieux adapté à la situation des assurés. Avis défavorable.

**Mme Laurence Cohen.** – Les explications du rapporteur général sont atterrantes, aberrantes ! Pourquoi ne pas se donner les moyens de récupérer ces 20 milliards d'euros ? Depuis le début de ce PLFSS, on tape toujours sur les plus démunis. Vos propos sont très graves, je ne peux les cautionner.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Vos propos me choquent, madame Cohen, quand vous dites qu'on va toujours taper sur ceux qui ont moins. Il s'agit de lutter contre la fraude. Ceux qui ont moins et qui ne fraudent pas, on les protège, et heureusement !

**Mme Laurence Cohen.** – Rien sur les employeurs !

**Mme Marie-Noëlle Lienemann.** – C'est incroyable !

*L'amendement n°504 n'est pas adopté.*

*Les amendements n°s 539 et 541 ne sont pas défendus.*

**M. le président.** – Amendement n°147, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Après l'alinéa 9

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Le 2° du VII est complété par les mots : « dans la limite de huit fois le plafond mensuel de la sécurité sociale » ;

II. – Alinéa 11

Remplacer les mots :

le mot : « amende » est remplacé, deux fois, par le mot : « pénalité »

par les mots :

les mots : « l'amende » sont remplacés par les mots : « la pénalité »

III. – Alinéa 13, première phrase

Remplacer le montant :

5 000

par le montant :

10 000

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Personne ne cautionne la fraude : je contestais les chiffres avancés par Mme Cohen. Je me réjouis de l'action engagée pour lutter contre la fraude à tous les niveaux.

Cet amendement plafonne la pénalité financière en cas de fraude aux prestations d'assurance maladie commise en bande organisée et augmente la pénalité financière en cas de non-réponse aux demandes de l'organisme regardant des personnes non identifiées.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – L'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale prévoit déjà un plafond des pénalités en cas de fraude : 300 %, dans la limite de quatre fois le plafond de la sécurité sociale. Votre amendement le doublerait. La sanction forfaitaire est fixée à 5 000 euros, dans un souci d'harmonisation avec les dispositions du code général des impôts en matière fiscale.

Votre amendement est largement satisfait. Retrait ou avis défavorable.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe**, *rapporteur général*. – Notre interrogation porte sur la constitutionnalité du dispositif. Je maintiens donc cet amendement.

*L'amendement n°147 est adopté.*

**M. le président**. – Amendement n°148, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Après l'alinéa 14

Insérer cinq alinéas ainsi rédigés :

3° bis Le I de l'article L. 133-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après la référence : « L. 243-7 », sont insérés les mots : « ou à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime, » et, après le mot : « recouvrement », sont insérés les mots : « ou l'agent chargé du contrôle mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » ;

b) Le second alinéa est ainsi modifié :

- après le mot : « état », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « des dispositions légales applicables à cette infraction ainsi que celles applicables à la procédure prévue au présent article. » ;

- la seconde phrase est complétée par les mots : « ou par l'agent chargé du contrôle mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » ;

II. – Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

II. – Les dispositions du 3° bis du présent article sont applicables aux contrôles en cours à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe**, *rapporteur général*. – Cet amendement étend aux caisses de sécurité sociale du régime agricole la procédure de saisie conservatoire prévue à l'article L. 133-1 du code de la sécurité sociale, que les constats de travail dissimulé soient dressés par les Urssaf ou par les agents de contrôle de la MSA. Il précise par ailleurs le document informatif remis au cotisant.

**Mme Agnès Buzyn**, *ministre*. – Avis favorable.

*L'amendement n°148 est adopté.*

**M. le président**. – Amendement n°149 rectifié, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales.

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

...° À la deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 376-4, le mot : « septième » est remplacé par le mot : « neuvième ».

*L'amendement de coordination n°149 rectifié, accepté par le Gouvernement, est adopté.*

*L'article 57, modifié, est adopté.*

## ARTICLES ADDITIONNELS

**M. le président**. – Amendement n°505, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 57

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le I de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – Pour les faits mentionnés au I du présent article, aucune pénalité ne peut être infligée dès lors que l'intention frauduleuse n'est pas avérée. »

**Mme Laurence Cohen**. – Nous reprenons une proposition issue du rapport du Défenseur des droits du 7 septembre 2017 sur la fraude aux prestations sociales. Jacques Toubon estime en effet que le durcissement de la politique de lutte contre la fraude a conduit à des dérives dont les conséquences financières peuvent être lourdes. Le code de la sécurité sociale n'est pas assez clair. D'où cet amendement, en attendant le projet de loi annoncé sur le droit à l'erreur.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe**, *rapporteur général*. – Outre que la notion d'« intention frauduleuse » n'est pas très claire juridiquement, l'article 57 me semble apporter des garanties suffisantes. Avis du Gouvernement ?

**Mme Agnès Buzyn**, *ministre*. – La fraude est déjà définie dans le texte comme l'existence d'une irrégularité ou d'un acte commis de manière intentionnelle au détriment des finances publiques. La loi sur le droit à l'erreur rassurera les usagers : quand il n'y a pas d'intention frauduleuse, il n'y aura pas de pénalité. Retrait ou défavorable.

*L'amendement n°505 n'est pas adopté.*

*L'amendement n°540 n'est pas défendu.*

**M. le président**. – Amendement n°437 rectifié *quater*, présenté par MM. Iacovelli, Daudigny, M. Bourquin et Assouline, Mmes de la Gontrie et G. Jourda, M. Montaugé, Mme Ghali, MM. Courteau, Cabanel, Tissot, Antiste, Temal et Durain, Mme Meunier, MM. Vaugrenard et Devinaz et Mmes Monier, Taillé-Polian, Grelet-Certenais et Espagnac.

Après l'article 57

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement adresse au Parlement, le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, un rapport permettant de mesurer annuellement le taux de non-recours aux minima sociaux. Ce rapport présente de manière précise et détaillée une évaluation du coût économique du non-recours aux minima sociaux.

**M. Xavier Iacovelli.** – Cet amendement demande au Gouvernement un rapport annuel sur le non-recours aux minima sociaux. Si une prestation sociale ne trouve pas son public, son service social rendu est faible. La persistance d'un taux de non-recours élevé à une prestation doit inciter les pouvoirs publics à s'interroger sur sa pertinence. L'enjeu est de taille puisque les minima sociaux sont parmi les principaux outils de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion qui est une de vos priorités.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Hormis le minimum vieillesse, les minima sociaux relèvent du projet de loi de finances et non du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Nous disposons déjà de beaucoup d'informations. Avis du Gouvernement ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Oui, la lutte contre la pauvreté est une de mes priorités absolues. Nous allons engager des mesures fortes pour améliorer le recours aux droits.

L'Observatoire du non-recours aux droits et services (Odenore) produit un certain nombre d'informations, et le rapport parlementaire de Mme Biémouret et M. Costes est très complet : un nouveau rapport ne s'impose pas.

Je viens de nommer un délégué interministériel à la Stratégie de lutte contre la pauvreté qui inclura des mesures contre le non-recours aux droits. Votre demande est satisfaite. Retrait ?

**M. Xavier Iacovelli.** – L'Observatoire dresse une typologie, mais ne chiffre pas le taux de non-recours. Je maintiens mon amendement.

*L'amendement n°437 rectifié quater n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°506, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 57

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la fraude patronale aux cotisations sociales.

**Mme Laurence Cohen.** – Pas question de stigmatiser des populations, dites-vous - mais ce PLFSS ne comprend aucune mesure contre la fraude patronale, que la Cour des comptes estime pourtant à 20 milliards d'euros. Selon le rapport d'activité 2016 de l'Acoss, les recouvrements à la suite des contrôles des Urssaf s'élèvent à 1,5 milliard d'euros, dont 555 millions d'euros au titre du travail dissimulé.

Nous voulons disposer d'évaluations plus récentes et de recommandations pour mieux lutter contre ce type de fraude. Il faut poursuivre tous les fraudeurs, c'est une question d'équité !

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Encore faut-il les connaître...

**Mme Laurence Cohen.** – Il faut s'en donner les moyens.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Pour cela, nous n'avons pas besoin d'un énième rapport, mais de contrôleurs dans les Urssaf ! Le rapport de Mmes Émery-Dumas et Canayer concluait à la nécessité de renforcer les opérations de contrôle.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – La fraude est un sujet grave. Beaucoup de données existent : en juin 2017, à la suite du rapport des organismes sociaux, l'Acoss a évalué la fraude aux cotisations entre 6,1 et 7,4 milliards d'euros. Lutter contre la fraude sociale est un enjeu d'équité, il en va de la préservation de notre système de sécurité sociale. Ce sera une priorité de la convention d'objectifs et de gestion en cours de négociation avec l'Acoss. Le Gouvernement s'engage à mener une lutte drastique contre les fraudeurs. Avis défavorable.

**Mme Laurence Cohen.** – Article 40 oblige, je ne peux que demander un rapport. Croyez-moi, si je pouvais faire plus, j'aurais de nombreuses propositions à vous soumettre.

J'attends de voir si vos assurances se matérialisent.

Il n'est pas normal que ce PLFSS ne prévoie rien pour lutter contre la fraude patronale.

*L'amendement n°506 n'est pas adopté.*

*Les amendements n°s 543 et 542 ne sont pas défendus.*

**M. Yves Daudigny.** – Les membres du groupe SOCR auraient bien des raisons de voter contre cette quatrième partie : maintien du tiers payant « généralisable », amendements sur les pensions de retraite agricoles qui n'ont pas reçu un accueil favorable. Certaines corrections sont intervenues qui nous satisfont, sur la PAJE notamment, ou le rejet de l'amendement supprimant le pécule pour les jeunes.

Nous saluons les articles 34,35 et 36 qui devraient permettre à notre système de santé d'évoluer en mettant en œuvre les techniques modernes de télémédecine.

La grande majorité du groupe SOCR s'abstiendra.

**Mme Marie-Noëlle Lienemann.** – Je fais partie des quelques socialistes qui voteront contre. Depuis des années, on nous répète que les politiques libérales et d'austérité sont nécessaires pour préserver nos enfants, or l'endettement, loin de diminuer, augmente ! Faute de politiques de relance concertées et ciblées, l'Europe et la France restent à la traîne.

Les arbitrages se font toujours dans le même sens. C'est toujours l'hôpital public qui trinque !

Demain, on rase gratis : télémédecine, parcours de soins intelligents, efficacité renforcée... Très bien, on verra. Mais *quid* d'aujourd'hui ? On ne réformera pas l'hôpital public dans la situation de tension actuelle. Les économies que vous annoncez sont pour demain. Où sont les recettes nouvelles qui auraient pu provenir de la lutte contre la fraude ? Je voterai contre cette quatrième partie.

**M. Daniel Chasseing.** – Je suis fier de soutenir ce budget de renouveau pour la médecine et d'espoir pour les territoires, avec un Ondam augmenté, un objectif d'équilibrer la sécurité sociale en 2020, de rembourser la Cades en 2024. Avec ce budget, on va améliorer la situation des familles monoparentales, le médico-social, installer la télémédecine, étendre la couverture vaccinale ou encore reporter la généralisation inapplicable du tiers payant. Avec le groupe Les Indépendants, nous serons fiers de le voter.

**M. Martin Lévrier.** – Cette quatrième partie est riche. Des dispositifs forts ont été votés très largement. L'obligation vaccinale est une mesure de solidarité : se protéger, c'est protéger les autres. La prévention est essentielle. À l'époque où les *fake news* deviennent contagieuses, nous devons sensibiliser chacun.

Télémédecine, parcours de soins : l'article 35 innove. Sur les déserts médicaux, je reprendrai les mots de M. Savary hier soir : « Madame la Ministre, vous avez tout compris » ! Libérer et protéger, voilà bien notre ambition.

L'article 26 a malheureusement été supprimé. Nous ne pouvons tolérer que la pauvreté frappe autant d'enfants. Je salue votre action en faveur des familles monoparentales démunies, Madame la Ministre. Vous avez annoncé une grande réflexion sur la politique familiale, je regrette que le Sénat s'y refuse. Pour cette raison, le groupe LaREM votera contre la quatrième partie.

**Mme Laurence Cohen.** – Nous ne voterons pas la quatrième partie. Une fois de plus, l'Ondam n'est pas assez élevé et les économies pèsent sur l'hôpital public. On aurait pu trouver des ressources, si l'on prenait l'argent là où il est !

Je crains que les belles déclarations de la ministre ne restent lettre morte, compte tenu des contraintes budgétaires. Sur le terrain, le personnel médical, dont on sait le dévouement, exprime un ras-le-bol énorme. Il faut débloquer de l'argent pour eux. Or ce PLFSS ne fait que poursuivre et amplifier la politique menée jusqu'ici.

Enfin, on a trop peu parlé des urgences médicales, prêtes à exploser.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe,** *rapporteur général.* – J'invite mes collègues à voter cette quatrième partie qui répond largement aux attentes de la commission.

Je remercie Mme la Ministre de sa disponibilité. Vous avez montré une grande qualité d'écoute et un vrai sens du dialogue qui ont permis un débat nourri dont nous retiendrons finalement la qualité et la courtoisie. Je remercie aussi nos collègues sénateurs de leur participation. J'espère que le même esprit de dialogue prévaudra pour l'examen du projet de loi de finances. Enfin, merci à la présidence !

**Mme Agnès Buzyn,** *ministre.* – À mon tour de remercier l'ensemble des sénateurs pour la qualité de ces débats. J'y ai pris beaucoup de plaisir. Vos amendements ont été d'un haut niveau technique et souvent pertinents, nos discussions ont été très enrichissantes.

*À la demande de la commission des affaires sociales, la quatrième partie du PLFSS est mise aux voix par scrutin public.*

**M. le président.** – Voici le résultat du scrutin n°27 :

Nombre de votants .....	341
Nombre de suffrages exprimés .....	264
Pour l'adoption.....	227
Contre .....	37

*Le Sénat a adopté.*

*Prochaine séance, mardi 21 novembre 2017, à 9 h 30.*

*La séance est levée à 19 h 30.*

**Jean-Luc Blouet**

*Direction des comptes rendus*

*Analyse des scrutins publics***Annexes***Ordre du jour du mardi 21 novembre 2017***Séance publique****À 9 h 30**

Présidence :

M. Thani Mohamed Soilihi, vice-président

**1.** Vingt-six questions orales.**À 15 heures**

Présidence :

M. Gérard Larcher, président

**2.** Explications de vote des groupes sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, adopté par l'Assemblée nationale, pour 2018.**De 16 heures à 16 h 30****3.** Vote solennel par scrutin public sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, adopté par l'Assemblée nationale, pour 2018. Ce scrutin sera organisé en salle des Conférences, avec la possibilité d'une seule délégation de vote par sénateur.**À 16 h 30**

Présidence :

Mme Valérie Létard, vice-présidente

**4.** Proclamation du résultat du scrutin public solennel sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, adopté par l'Assemblée nationale, pour 2018.**5.** Débat sur l'avenir de l'Institut français (*demandes de la commission de la culture, de l'éducation et de la communication et de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées*).**À 18 h 30**

Présidence :

M. David Assouline, vice-président

**6.** Débat : « Politique de la ville : une réforme bien engagée mais fragilisée par un manque de moyens » (*demande de la commission des affaires économiques*).**Scrutin n°25** sur l'article 44 bis du projet de loi de financement de la sécurité sociale, adopté par l'Assemblée nationale, pour 2018.**Résultat du scrutin**

Nombre de votants :	341
Suffrages exprimés :	340
Pour :	232
Contre :	108

Le Sénat a adopté

**Analyse par groupes politiques****Groupe Les Républicains (145)**

Pour : 143

N'ont pas pris part au vote : 2 - M. Gérard Larcher, Président du Sénat, M. Philippe Dallier, Président de séance

**Groupe SOCR (78)**

Contre : 78

**Groupe UC (49)**

Pour : 49

**Groupe LaREM (21)**

Pour : 21

**Groupe du RDSE (21)**

Pour : 5 - M. Stéphane Artano, Mme Nathalie Delattre, M. Jean-Marc Gabout, Mme Véronique Guillotin, M. Franck Menonville

Contre : 15

Abstention : 1 - M. Jean-Claude Requier

**Groupe CRCE (15)**

Contre : 15

**Groupe Les Indépendants (11)**

Pour : 11

**Sénateurs non inscrits (5)**

Pour : 3

N'ont pas pris part au vote : 2 - Mme Claudine Kauffmann, M. Stéphane Ravier



**Scrutin n°26** sur l'article 54 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, adopté par l'Assemblée nationale, pour 2018.

**Résultat du scrutin**

Nombre de votants : 341  
Suffrages exprimés : 264  
Pour : 248  
Contre : 16

Le Sénat a adopté

**Analyse par groupes politiques**

**Groupe Les Républicains (145)**

Pour : 143

N'ont pas pris part au vote : 2 - M. Gérard Larcher, Président du Sénat, M. Philippe Dallier, Président de séance

**Groupe SOCR (78)**

Contre : 1 - Mme Marie-Noëlle Lienemann

Abstentions : 77

**Groupe UC (49)**

Pour : 49

**Groupe LaREM (21)**

Pour : 21

**Groupe du RDSE (21)**

Pour : 21

**Groupe CRCE (15)**

Contre : 15

**Groupe Les Indépendants (11)**

Pour : 11

**Sénateurs non inscrits (5)**

Pour : 3

N'ont pas pris part au vote : 2 - Mme Claudine Kauffmann, M. Stéphane Ravier

**Scrutin n°27** sur la quatrième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale, adopté par l'Assemblée nationale, pour 2018.

**Résultat du scrutin**

Nombre de votants : 341  
Suffrages exprimés : 264  
Pour : 227  
Contre : 37

Le Sénat a adopté

**Analyse par groupes politiques**

**Groupe Les Républicains (145)**

Pour : 143

N'ont pas pris part au vote : 2 - M. Gérard Larcher, Président du Sénat, M. Philippe Dallier, Président de séance

**Groupe SOCR (78)**

Contre : 1 - Mme Marie-Noëlle Lienemann

Abstentions : 77

**Groupe UC (49)**

Pour : 49

**Groupe LaREM (21)**

Contre : 21

**Groupe du RDSE (21)**

Pour : 21

**Groupe CRCE (15)**

Contre : 15

**Groupe Les Indépendants (11)**

Pour : 11

**Sénateurs non inscrits (5)**

Pour : 3

N'ont pas pris part au vote : 2 - Mme Claudine Kauffmann, M. Stéphane Ravier